

CONSULTORÍA

Fortalecimiento del rol rector de la SUNASA en la implementación del Aseguramiento Universal en Salud, respecto a la supervisión y vigilancia de las IPRESS, en el marco del Intercambio Prestacional del SIS, EsSalud y los gobiernos regionales de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica

Producto N° 4: Evaluación del Modelo de Supervisión del AUS

Consultores

Janice Seinfeld

Ricardo Paredes

Nicolás Besich

Asistentes

Alexander Alfaro

Financiado por:

**LA COOPERACIÓN BELGA
AL DESARROLLO**



Operado por:



CIES
consorcio de investigación
económica y social

Con la participación de:



APCI

Agencia Peruana de Cooperación Internacional



CTB AGENCIA BELGA
DE DESARROLLO

Lima, 2014

Tabla de Contenidos

RESUMEN EJECUTIVO	5
INTRODUCCIÓN	12
METODOLOGÍA.....	13
Capítulo I. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD	16
1. Marco normativo.....	16
1.1. Normativa vinculada al aseguramiento universal en salud.....	16
1.2. Normatividad vinculada al intercambio prestacional	20
1.3. Normatividad vinculada a la supervisión realizada por SUNASA	24
2. Contexto económico y social.....	26
3. Diagnóstico de la situación actual del AUS	31
3.1. Garantía de acceso.....	33
3.2. Garantía de Oportunidad.....	37
3.3. Garantía de Calidad.....	39
3.4. Garantía de protección Financiera.....	42
4. Mapeo de actores	46
4.1. Identificación de instituciones	46
4.2. Matriz de poder/interés	47
5. Matriz de causa efecto	50
Capítulo II. EVALUACIÓN DEL INTERCAMBIO PRESTACIONAL	55
1. Evolución del IP y decisiones de carácter normativo	55
2. Evaluación del IP.....	57
2.1. Matriz de análisis	58
3. Propuestas de mejora.....	65
4. Recomendaciones para mejorar el IP	67
Capítulo III. EVALUACIÓN DEL MODELO DE SUPERVISIÓN.....	70
1. El modelo de supervisión de SUNASA	70
1.1. Dimensiones del modelo de supervisión.....	71
2. Evaluación de la implementación del Modelo de Supervisión	76
2.1. Diagnóstico de la Implementación del Modelo de Supervisión	76
3. Identificación de los verificadores de las garantías explícitas.....	81
4. Propuestas de mejora del Modelo de Supervisión.....	86
Capítulo IV. CONCLUSIONES GENERALES	89
Referencias.....	95
Anexos.....	96
Anexo N° 1: Relación de personas entrevistadas	96
Anexo N° 2: Preguntas motivadoras para los grupos focales	97
Anexo N° 3: Dinámicas de los grupos focales.....	97
Anexo N° 4: Concordancias a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.....	98
Anexo N° 5: Establecimientos incorporados en el IP en las regiones estudiadas	101
Anexo N° 6: Prestaciones y tarifas (S/.) establecidas en los convenios de IP	102
Anexo N° 7 Mapa de procesos generación de pagos de prestaciones de pacientes afiliados a EsSalud atendidos en establecimientos del Gobierno Regional	107

Lista de Cuadros

Cuadro N° 1: PBI en miles de soles de 1994	26
Cuadro N° 2: PBI per cápita en miles de soles de 1994	27
Cuadro N° 3: Pobreza monetaria.....	27
Cuadro N° 4: Pobreza no monetaria	28
Cuadro N° 5: Población según área de residencia, Perú 2012, %	28
Cuadro N° 6: Proporción de ocupados por rama extractiva	28
Cuadro N° 7: Población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua ...	29
Cuadro N° 8: Población con acceso a servicios de saneamiento mejorados	29
Cuadro N° 9: Deserción escolar acumulada, primaria y secundaria	30
Cuadro N° 10: Repetición escolar, primaria y secundaria.....	31
Cuadro N° 11: Gasto público en salud, (en soles)	31
Cuadro N° 12 : Composición del gasto público en salud, (%)	31
Cuadro N° 13: Porcentaje de población asegurada según IAFA, 2012	33
Cuadro N° 14: Mejoras en los indicadores de mortalidad y salud infantil	34
Cuadro N° 15: Porcentaje de población afiliada al SIS y EsSalud, 2009 - 2012	34
Cuadro N° 16: Población asegurada según situación de pobreza, 2012	35
Cuadro N° 17: SIS: atención efectiva (N° de atendidos/ N° de asegurados) x 100	35
Cuadro N° 18: Razones para no acceder a un establecimiento de salud %, 2012	35
Cuadro N° 19: Establecimiento de salud por cada mil habitantes, 2012.....	36
Cuadro N° 20: Tiempos de espera promedio para ser atendido en emergencia.....	38
Cuadro N° 21: Número de médicos por cada mil habitantes, 2012	39
Cuadro N° 22: Satisfacción global con el servicio recibido en los establecimientos	40
Cuadro N° 23: Uso de oxitocina durante el parto, afiliadas al SIS, %	41
Cuadro N° 24: Uso de MgSO ₄ en caso de HIG severa, afiliadas al SIS, %	41
Cuadro N° 25: Uso de corticoides en gestantes con parto pre-término, afiliadas al SIS, %.....	42
Cuadro N° 26: importancia de los gastos de bolsillo (paga directo) en salud per cápita, en relación al gasto total per cápita (gasto de bolsillo/gasto per cápita)*100	43
Cuadro N° 27: Incidencia de gasto catastrófico en salud, %.....	44
Cuadro N° 28: Empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud, %.....	45
Cuadro N° 29: Actores relevantes e intereses	46
Cuadro N° 30: Diagnóstico del modelo de supervisión. Macro proceso 0 – Programación anual.....	77
Cuadro N° 31: Diagnóstico del modelo de supervisión. Macro proceso 1 – Evaluación de gabinete	78
Cuadro N° 32: Diagnóstico del modelo de supervisión. Macro proceso 2 – Supervisión de campo.	80
Cuadro N° 33: Matriz de identificación de verificadores de garantías explícitas	82

Lista de Gráficos

Gráfico N° 1: Porcentaje de personas sin seguro de salud, 2008 - 2012	32
Gráfico N° 2: Tiempo promedio de traslado a pie al establecimiento de salud más cercano en zonas rurales, en minutos, 2012.....	37
Gráfico N° 3: Porcentaje de citas que son brindadas el día que solicita el usuario	38
Gráfico N° 4: Fuentes de financiamiento del gasto en salud, 2011	42
Gráfico N° 5: Matriz poder/interés	50
Gráfico N° 6: Dimensiones del Modelo de Supervisión de la SUNASA a IAFAS e IPRESS	71
Gráfico N° 7: Dimensión estratégica de la Supervisión.....	72
Gráfico N° 8: Dimensión Organizacional de la Supervisión.....	73
Gráfico N° 9: Dimensión Operativa de la Supervisión	73
Gráfico N° 10: Macro proceso 0 Programación Anual de Supervisión.....	74
Gráfico N° 11: Macro proceso 1 Evaluación de Gabinete	75
Gráfico N° 12: Macro proceso 2 Supervisión de Campo	76

RESUMEN EJECUTIVO

- En el presente informe se muestran los resultados del diagnóstico situacional del AUS, así como de la evaluación del IP y el Modelo de Supervisión del AUS, con especial énfasis en los departamentos priorizados de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica.
- Para el adecuado desarrollo del documento se procesó información primaria y secundaria. Respecto a la información secundaria, se revisó el Sistema Peruano de Información Jurídica (SPIJ), la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), la Encuesta Nacional de Programas Sociales (ENAPRES), el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES), el Sistema Integrado de Información Financiera (SIAF), el Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD), e información de EsSalud, INEI, MINSA, SIS y SUNASA, así como otros estudios existentes sobre el AUS. Las fuentes de información primaria se obtuvieron mediante entrevistas semi-estructuradas a los principales actores y grupos focales llevados a cabo en las regiones.
- Las entrevistas se realizaron con actores claves relacionados al sector salud y al desenvolvimiento del AUS, el IP y la supervisión, a nivel nacional así como a nivel sub-nacional en las regiones priorizadas.

Diagnóstico situacional del AUS

Marco normativo:

- La Ley 29344 tiene como objetivo establecer el marco normativo del AUS con la finalidad de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda la población en la seguridad social en salud. Así, el AUS cuenta con las siguientes características: es obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible. Además, tiene como ámbito de aplicación a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al sistema nacional de salud. Asimismo se establece que el MINSA es el órgano rector del AUS y la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) – hoy en día Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo al DL N° 1158 publicado en diciembre 2013 – la instancia supervisora. Por último, la ley establece la obligatoriedad por parte de las IAFAS de ofertar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Hallazgos de las entrevistas y grupos focales:

- Los actores clave entrevistados del sector salud a nivel nacional coinciden en reconocer tres problemas que limitan el AUS. (i) Insuficiente infraestructura: existe una gran brecha entre la oferta y la demanda, la cual se agrava al tener en cuenta la antigüedad de la infraestructura actualmente disponible. En este sentido, se

requiere aumentar la inversión pública y privada, para atender adecuadamente a la población. Así, resulta alentador entender que ambos tipos de inversiones se están dinamizando. (ii) Escasez de recursos humanos, donde se estima un déficit de 5 a 7 mil especialistas en el país. Se propone contribuir a una formación más intensiva de especialistas cada año; y hacer una planificación adecuada de la formación y desarrollo de los recursos humanos necesarios para todo el sistema de salud del país. (iii) Falta de insumos estratégicos (medicamentos) que se requieren para dar un buen servicio. Se propone un sistema de suministro eficiente y el desarrollo de una oferta privada, con bienes de origen nacional o importado; al respecto, cabe mencionar el proyecto de Farmacias Inclusivas, DL N° 1165, al estilo de las farmacias populares en Brasil, donde farmacias privadas, previamente certificadas por el MINSA, ofrecerán medicamentos que permitan asegurar la continuidad del tratamiento farmacológico a pacientes asegurados al SIS afectados por enfermedades crónicas.

- A nivel regional, en las tres regiones se señalan problemas comunes para lograr atenciones oportunas, de calidad y con protección financiera. Así, por ejemplo, en Apurímac los entrevistados afirmaron que existe una falta de apoyo de otros sectores para que se logre el AUS; la inexistencia de medios de comunicación que fomenten el AUS; falta infraestructura, equipamiento y recursos humanos para los establecimientos de salud; la carencia de DNI para parte de la población limita la afiliación.
- El AUS en Ayacucho es considerado importante para romper las barreras económicas y facilitar la atención. Consideran que una de las principales limitaciones para la afiliación está en el SISFOH. Además, existen problemas de oferta y de tarifarios.
- En Huancavelica se encontró que una limitación importante para la afiliación es que la población no cuenta con DNI. También hay un problema de escasez de médicos especialistas, falta de equipamiento para los hospitales y escasez de medicinas para los asegurados, lo que impide dar una buena atención. En relación a los tarifarios indican que estos se encuentran desfasados y desactualizados.
- En el caso de los grupos focales la información encontrada en las regiones es similar. Los problemas encontrados en las zonas priorizadas son: i) insuficiencia de médicos capacitados y medicinas; ii) falta de sistema de información y ausencia de espacio efectivo para quejas; iii) el personal de los establecimientos no sabe hacerse entender –actitudes, lengua- con los pacientes; iv) el sistema de referencias y contra-referencias no funciona; y v) mala atención en EsSalud así como demora excesiva para obtener las citas.

Avances y retos en el aseguramiento:

- En el Perú los esfuerzos por implementar el AUS han hecho posible extender el porcentaje de personas que cuentan con un seguro de salud. De acuerdo a la ENAHO, a nivel nacional, el porcentaje de personas afiliadas a algún esquema de aseguramiento creció de 53.5% en el 2008 a 61.8% en el 2012. En el caso de los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica el porcentaje de personas sin ningún seguro de salud es menor incluso que el promedio nacional, lo cual se debe principalmente a que en estas regiones se inició el proceso de AUS (2009).
- El SIS es la principal IAFAS en los tres departamentos priorizados, asegurando a más del 60% de la población. Por su parte, en promedio, en estos departamentos, EsSalud asegura al 10% de la población. Sin embargo, la ENAHO revela que el SIS presenta un problema de sub-cobertura, pues aún existen 125 mil personas en situación de pobreza que no cuentan con un seguro de salud.
- Si bien el incremento en el porcentaje de población afiliada a algún esquema de aseguramiento es un aspecto sumamente relevante en el proceso del AUS, este no debe ser considerado como un fin en sí, sino un medio para lograr una cobertura efectiva en salud. Por ello, es importante analizar el AUS en relación a las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.
- En relación a la evolución de la proporción de asegurados, entre el 2011 y el 2012 el porcentaje de afiliados al SIS disminuyó en las tres regiones. De acuerdo a la información primaria obtenida, esta disminución se explicaría por la desafiliación de asegurados que de acuerdo al SISFOH no cumplen con los criterios de elegibilidad. Hay que considerar también que el Perú está en proceso de crecimiento y reducción de la pobreza.
- Un factor que limita el acceso a los servicios de salud es el importante déficit de infraestructura que existe en el sector. Si bien entre los años 2002 y 2009 la infraestructura en salud creció a una tasa de 1.5% por año; la brecha de infraestructura en el sector es todavía importante.
- En cuanto a la accesibilidad a los establecimientos de salud, se tiene que el tiempo promedio de traslado a pie al establecimiento de salud más cercano en las zonas rurales de cada uno de los departamentos supera los 30 minutos.
- Por el lado de las garantías de oportunidad, uno de los principales problemas identificado en los grupos focales fue la dificultad para conseguir citas en EsSalud, así como el tiempo que se debe esperar para ser atendido. Incluso, el estudio de percepción de los usuarios de servicios de salud en el 2013 señala que solo el 35% de afiliados a EsSalud consigue una cita para el día requerido.

- La falta de personal es un problema no solo de estas regiones, sino a nivel nacional: 70% de médicos especialistas se concentran en Lima; 82% en Lima, Arequipa y Trujillo.
- Respecto a las garantías de calidad, en los grupos focales se identificó que muchos de los problemas priorizados están relacionados con la calidad de la atención recibida.
- A pesar del importante crecimiento en el porcentaje de personas afiliadas a algún esquema de aseguramiento en salud y del crecimiento en el gasto público en salud, los gastos de bolsillo en salud –en particular los pagos directos – siguen siendo la fuente más importante del financiamiento del gasto en salud.
- El aseguramiento reduce la posibilidad de enfrentar gasto catastrófico así como la posibilidad de empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud.

Mapeo de actores:

- En relación al mapeo de actores, y a la matriz de poder/interés, se considera que las instituciones más importantes dentro del proceso del AUS en las regiones son SUNASA, MINSA, Gobiernos Regionales (GR), IAFAS públicas, Unidades Ejecutoras – redes de Salud, IPRESS públicas, gobiernos provinciales y locales, y el SISFOH. Dentro de las instituciones que muestran un gran interés en la implementación del AUS pero cuyo poder de acción es limitado se encuentran los usuarios organizados y los cooperantes. Por último, si bien las IAFAS privadas son importantes, su presencia y penetración de mercado en los departamentos analizados es prácticamente nula; similar al caso de la IPRESS privadas, cuya presencia es aún baja y su financiamiento se realiza principalmente mediante pago de bolsillo.

Evaluación del IP

Antecedentes y marco normativo:

- Diferentes esfuerzos por promover el IP, principalmente entre el SIS y EsSalud, existen desde la década de 1980; sin embargo estos no resultaron sostenibles.
- En el año 2009, con la aprobación de la Ley AUS y su respectivo reglamento, el IP es relanzado como una estrategia de fortalecimiento del AUS, para mejorar la calidad y oportunidad de la atención a los asegurados SIS y EsSalud. Así, se establecen los criterios para la articulación de las instituciones prestadoras de salud, incluyendo a los mecanismos de pago e intercambio de servicios.
- Luego de la promulgación de la Ley AUS y las normas sucesivas en el marco de la reforma de salud, el IP se convierte en una realidad tangible aunque en la práctica

este siendo solo parcialmente implementado por las limitaciones que conlleva el actual modelo de gestión de las IPRESS públicas.

- La evaluación del IP analiza la normativa actual, los convenios establecidos, los documentos de gestión y las reglas de juego definidas entre IAFAS e IPRESS públicas. También se analiza el funcionamiento de la Comisión de Intercambio Prestacional; la operación del IP entre SIS y EsSalud. Asimismo, se evalúa el modelo de IP vigente en cada región, empleando información de campo. Finalmente, se establecen las limitaciones del modelo y las oportunidades de mejora.

Principales hallazgos:

- Se concluye que el IP es una estrategia necesaria que amplía la oferta y capacidad resolutive de un sistema de salud fragmentado. Si se logra su eficaz implementación, ésta será una oportunidad para mejorar la calidad de atención que reciben los asegurados y usuarios de los servicios públicos de salud.
- El IP no logra la eficacia deseada por las siguientes razones principales: i) la preocupación de los gestores de las IPRESS, sobre todo en EsSalud, de agotar su capacidad de respuesta y retrasar la ejecución de procedimientos para su propia población asegurada; ii) la poca extensión de la oferta a determinadas IPRESS y prestaciones, lo cual genera una imagen en el usuario de un servicio con limitaciones; iii) las dificultades para que un asegurado de EsSalud que labora en el ámbito rural, adscrito a una red urbana, acceda a la oferta de servicios primarios del Gobierno Regional y iv) las IPRESS de los Gobiernos Regionales (oferta de primer nivel de atención) que brindan IP, tienen una escasa capacidad resolutive, lo cual genera en los asegurados de EsSalud una percepción de menor calidad.
- A pesar de las limitaciones encontradas, el IP logra obtener algunos primeros resultados: mejora de la capacidad resolutive y la oportunidad. Así, a través del IP, los asegurados SIS acceden a los procedimientos especializados que brinda EsSalud, resolviendo situaciones de emergencia; de igual manera, a través del IP los asegurados EsSalud ubicados en zonas rurales, pueden acceder a una atención primaria de salud.
- El IP requiere de reajustes en su modo de conducción y toma de decisiones, para lograr su permanencia y sostenibilidad. Igualmente se considera necesaria la inclusión del sector privado en los convenios de IP como una alternativa para ampliar la capacidad de oferta de servicios de salud, sobre todo en las capitales de cada región; para ello es necesario una acuciosa evaluación y acreditación de los actores privados que están efectivamente en capacidad de participar del IP. Ello requiere de un esfuerzo conjunto de instituciones, incluyendo a la SUNASA. En las

zonas rurales se considera indispensable el incremento y mejora de la oferta pública.

- Del mismo modo, se sugiere evaluar el rediseño de los procesos relacionados a la gestión sanitaria, el alineamiento y estandarización de los procesos prestacionales, la identificación de espacios para aprovechar las sinergias, la definición de una autoridad única que lidere el IP, la modificación de las reglas que favorecen el acceso de los asegurados a la oferta prestacional de los Gobiernos Regionales y la implementación de un sistema de monitoreo del desempeño del IP.
- Por otro lado, el MINSA debe establecer lineamientos para las distintas intervenciones médicas del SIS y EsSalud en el marco del IP y las actividades diarias de ambos.
- Finalmente, es necesario que EsSalud cierre el circuito demanda de atención – prestación – información – liquidación – pago a las IPRESS del Gobierno Regional.

Evaluación del Modelo de Supervisión del AUS

Antecedentes:

- En el año 2013, con la aprobación del Reglamento de Supervisión del AUS, mediante Decreto Supremo 03-2013-SA, se estableció el Modelo de Supervisión del AUS, el cual tiene por objetivo verificar que las instituciones supervisadas (IAFAS e IPRESS) cumplan con la normativa vigente en el marco del AUS y otras normativas emitidas por SUNASA. Sin embargo, su implementación viene enfrentando diversas dificultades de carácter operativo y normativo.
- En este sentido, la evaluación del Modelo de Supervisión del AUS analiza la normativa actual y el proceso de ejecución del mismo. Del mismo modo, se identifica los instrumentos utilizados por los supervisores para verificar el cumplimiento de las garantías explícitas determinadas en el PEAS.

Principales hallazgos:

- Se concluye que el Modelo de Supervisión es una oportunidad relevante para enmarcar la función de supervisión que debe ejercer la SUNASA, en el marco del AUS. Si se logra su eficaz implementación, la Superintendencia estará en capacidad de velar por el bienestar de los usuarios de servicios de salud y asegurados en lo que se refiere al acceso a un servicio de calidad y oportuno, cuya sostenibilidad de la protección financiera está asegurada.
- El Modelo de Supervisión no logra consolidarse debido principalmente a las siguientes razones: i) su aprobación ha sido reciente y aún se encuentra en proceso de identificación de falencias y limitaciones; ii) los vacíos normativos existentes dificultan la obtención de información, estandarización de procesos y

determinación de objetivos; iii) existen dificultades para conseguir personal capacitado que pueda realizar una supervisión de calidad; iv) hacen falta manuales de procesos y guías de supervisión que estandaricen la supervisión y faciliten la transmisión del know-how de los supervisores más antiguos.

- A pesar de las limitaciones encontradas, ya existen al interior de SUNASA algunas iniciativas para la solución de los problemas, como son la cesión a la Superintendencia, por parte del Ministerio de Justicia, de áreas en sus instalaciones de cada región, lo cual es un primer paso en el logro de la implementación a nivel nacional del Modelo de Supervisión. En esta misma línea, algunas metodologías y guías de supervisión se encuentran en fase de aprobación. Asimismo, se viene promoviendo entre las intendencias supervisoras, iniciativas de articulación de la información, lo cual permitirá aliviar en algún modo la falta de información relevante y oportuna para la toma de decisiones y planificación de la supervisión, tanto anual como de campo.
- En este sentido, se recomienda (i) regular y generar incentivos que mejoren la provisión de información por parte de las instituciones supervisadas; (ii) revisar y afinar los procesos de reclutamiento y selección de nuevo personal, así como mejorar los mecanismos de retención del personal actual; (iii) aprobar un reglamento de infracciones y sanciones que facilite y legitime la labor de SUNASA; (iv) desarrollar y aprobar un Manual de Supervisión; (v) llamar la atención a los Gobiernos Regionales y locales para que mejoren las condiciones de comunicación de las IPRESS en su ámbito; (vi) desarrollar un nuevo instrumento de supervisión para el caso de las garantías explícitas de calidad; y (vii) revisar los instrumentos usados por ISIAFAS, de modo que incorporen verificadores que evalúen la sostenibilidad, buen manejo de fondos, rentabilidad y solvencia de las IAFAS.

INTRODUCCIÓN

En el marco de la ejecución de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo, se crea el Fondo de Estudios y Consultorías Belga Peruano (FECBP), que tiene como objetivo global fortalecer las capacidades de las instituciones públicas del Perú. Entre sus sectores priorizados está el apoyo a la política de aseguramiento universal en salud.

En este sentido, la presente consultoría financiada por el FECBP tiene como objetivo brindar asistencia técnica para que la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) fortalezca su rol rector en la implementación del aseguramiento universal en salud (AUS) en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, respecto a la supervisión y vigilancia de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), en el marco del intercambio prestacional (IP) del SIS, EsSalud y los Gobiernos Regionales de los ámbitos geográficos priorizados.

De acuerdo al plan de trabajo aprobado (primer producto de la consultoría), se elaboró el diagnóstico situacional del AUS con especial énfasis en las regiones Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, cuya versión final es presentada en el Capítulo I del presente informe. Asimismo, en el Capítulo II se presenta la versión final de la evaluación del IP, el cual fue establecido como una estrategia de fortalecimiento del AUS. Luego, en el Capítulo III se presenta la evaluación de la implementación del modelo de supervisión de SUNASA, el cual se basa en el DS 003-2013-SA. Este capítulo culmina con una serie de recomendaciones y propuestas de mejora vinculadas a la implementación del modelo y los verificadores de garantías explícitas.

Finalmente, el presente informe presenta conclusiones tanto del diagnóstico situacional del AUS como de la evaluación del IP y del Modelo de Supervisión de SUNASA. Del mismo modo se presentan recomendaciones para mejorar el IP y la labor de supervisión de la SUNASA.

METODOLOGÍA

Con la finalidad de realizar el diagnóstico situacional del AUS, la evaluación del IP y de la implementación del Modelo de Supervisión en el ámbito de los gobiernos regionales de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, se ha procesado información secundaria proveniente de las fuentes oficiales de información así como primaria, obtenida a través de las entrevistas semi-estructuradas realizadas a actores claves relacionados al AUS y al IP, y de los grupos focales a asegurados SIS y EsSalud.

En el caso de la información secundaria se utilizó el sistema peruano de información jurídica (SPIJ) con la finalidad de revisar la normativa relacionada con el AUS. Así mismo, para analizar la situación de los indicadores relacionados a los compromisos del AUS, se analizó y sistematizó información proveniente de la encuesta nacional de hogares (ENAHO), la encuesta nacional de demografía y salud (ENDES), la encuesta nacional de programas sociales (ENAPRES), el registro nacional de establecimientos de salud (RENAES), el sistema integrado de información financiera (SIAF) y el programa de apoyo a la reforma del sector salud (PARSALUD); asimismo, se revisó información estadística publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el MINSA, el SIS, EsSalud y la propia SUNASA. Igualmente para la elaboración del diagnóstico situacional se revisó el estudio “Aseguramiento en salud en el Perú. ¿Existe un efecto inclusivo del Seguro Público en salud? de Margarita Petretera; el estudio sobre “Nuevas tendencias de la cooperación internacional en el Perú: Del enfoque de proyectos al apoyo financiero sectorial en salud” publicado por el CIES y la Cooperación Técnica Belga, así como otros estudios relevantes.

Tanto la ENAHO, como la ENDES y la ENAPRES, permiten obtener estimaciones de las características socio-demográficas de la población a nivel departamental. Por ende, la información obtenida de estas bases de datos y presentada a nivel de cada una de las regiones en estudio debe ser considerada como representativa de la distribución poblacional. Por su parte la información mostrada para un nivel de inferencia menor al departamental – por ejemplo gasto de bolsillo de personas aseguradas al SIS en la región Ayacucho – no se puede considerar como representativa de la distribución poblacional; es información referencial.

Asimismo, con el propósito de realizar el mapeo de actores, se utilizó la matriz poder/interés, metodología planteada por (Mind Tools, s.f.). Esta metodología consiste en clasificar a los actores involucrados previamente identificados en cuatro categorías, según el nivel de influencia y poder que tengan para limitar o facilitar el proceso del AUS.

Por su parte, para realizar la evaluación del IP, se revisó la siguiente información secundaria:

- Acuerdos y convenios entre el SIS, EsSalud y gobiernos regionales relacionados al tema de intercambio prestacional.

- Flujograma establecido para operar el IP, detalles referidos a las Unidades Básicas de Intercambio Prestacional (UBIPS), los reportes de ejecución de los procesos de IP, y los resultados logrados, a partir de información disponible del SIS, EsSalud y los Gobiernos Regionales involucrados.
- Informes disponibles provenientes de la Comisión de Intercambio Prestacional conformada por el MINTRA y MINSA, habiendo tenido una limitación por el escaso acceso a los Informes Semestrales elaborados por el SIS, EsSalud, las Direcciones de Salud y la Autoridad Sanitaria Regional, sobre las acciones realizadas relativas al intercambio prestacional conforme la Ley AUS y a los informes de la SUNASA sobre la supervisión de las obligaciones contenidas en el D.S. 005 - 2012 SA.
- La normativa actual, los convenios establecidos, los documentos de gestión y las reglas de juego definidas entre los actores (IAFAS e IPRESS públicas) sobre el IP.
- El funcionamiento de la Comisión de Intercambio Prestacional conformada por el MINTRA y MINSA; la operación del intercambio prestacional entre SIS y EsSalud; las relaciones entre el SIS y la Red Regional de Salud, y EsSalud con su propia red.
- El modelo de IP vigente en cada región visitada, empleando información de campo.
- Las actuales limitaciones del modelo y las oportunidades de mejora, a partir de la información del proceso en el que se viene dando el servicio y los grupos focales realizados en cada región.

En relación a la evaluación de la implementación del Modelo de Supervisión, se revisó la siguiente información secundaria:

- La normativa actual vinculada a la labor de supervisión y vigilancia de SUNASA, en concreto el decreto 003-2013-SA que establece el marco del Modelo de Supervisión.
- Los formatos de los instrumentos de recojo de información que utilizan las distintas intendencias supervisoras de SUNASA.

En relación a la información primaria, se utilizaron dos instrumentos metodológicos inicialmente:

i) Entrevistas semi-estructuradas en instancias nacionales y regionales con actores clave, así como con el equipo técnico de la SUNASA. Para ello, se desarrolló una guía de preguntas sobre el AUS, el IP y el modelo de supervisión de la SUNASA, considerando el diseño y procesos planteados o percibidos, las restricciones o problemas existentes en la implementación del AUS, las restricciones y limitantes particulares por cada región, la supervisión de actividades críticas y el desarrollo/evolución del IP. De igual manera se

tomaron en cuenta las soluciones, recomendaciones o aportes que formularon los entrevistados, gestores del sistema de salud nacional o regional. El análisis de las entrevistas a los actores nacionales y regionales sigue un criterio de agrupamiento y sistematización. Las entrevistas presenciales permitieron obtener información cualitativa valiosa para la elaboración tanto del diagnóstico del AUS como de la evaluación del IP. El Anexo N° 1 presenta el listado de personas entrevistadas tanto en el ámbito nacional, como en cada una de las regiones. Finalmente, para el caso específico de la evaluación de la implementación del Modelo de Supervisión, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a los intendentes de ISIAFAS, ISIPRESS, IACPA e IRAR. Estas se llevaron de manera independiente con cada actor y tenían como objetivo validar el esquema del Modelo de Supervisión e identificar las posibles dificultades que enfrentan en su implementación. Del mismo modo, se realizaron entrevistas con los supervisores de ISIAFAS e ISIPRESS. En éstas se pudo recoger información relevante sobre cada uno de los macro-procesos que involucra la tarea de Supervisión de SUNASA.

- ii) Grupos focales realizados en cada una de las regiones priorizadas, en los que se recolectó información a partir del desarrollo de diferentes dinámicas con grupos de personas aseguradas al SIS y EsSalud, elegidas aleatoriamente por el equipo de apoyo regional. Se utilizó como guía un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con el objetivo de permitir que surgieran actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes. Los grupos focales permitieron también obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo. Se llevaron a cabo dos grupos focales por región, una para asegurados al SIS y otro para asegurados a EsSalud; el criterio de selección empleado para los participantes fue por un lado su condición de asegurado; por el otro, su pertenencia a grupos organizados relacionados a aspectos de salud. Cada grupo focal estuvo conformado por un mínimo de 6 y un máximo de 10 personas. Cabe señalar que estos grupos representan a diferentes perfiles de personas que se atienden en los establecimientos de salud; jóvenes, adultos mayores, madres con infantes, entre otros. Los grupos focales, desarrollados bajo la modalidad de preguntas motivadoras (ver Anexo N° 2) y trabajo en grupo, permitieron recopilar información sobre los problemas y necesidades existentes dentro de la red de seguros de la región correspondiente, aspectos de calidad percibida de la prestación del servicio de salud y existencia de intercambio prestacional entre los asegurados. Para ello, se utilizaron tres dinámicas distintas, las cuáles se presentan en el Anexo No.3.

Capítulo I. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

1.Marco normativo

1.1.Normativa vinculada al aseguramiento universal en salud

A continuación se describe: i) antecedentes a la promulgación de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; ii) alcances de la Ley N° 29344; iii) principales normas relacionadas con el proceso de AUS emitidas después de la promulgación de la Ley N° 29344; y iv) principales normas relacionadas con el proceso de AUS emitidas en el marco de la reforma del sector salud. El Anexo N°4 muestra una relación de la normatividad relacionada con el AUS, en concordancia con la Ley N° 29344, emitidas hasta el año 2012.

1.1.1.Antecedentes a la Ley N° 29344

En el año 2002, los firmantes del Acuerdo Nacional (AN) – representantes de las fuerzas políticas, la sociedad civil y el gobierno– asumen el compromiso de “garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud... y fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado”. Así, tras la firma del AN, los lineamientos de política sectorial para el periodo 2002 – 2012 establecen lograr el AUS como uno de los principales lineamientos del sector salud. En el 2005, con la firma del primer acuerdo de Partidos Políticos en Salud, se consolida la importancia del AUS como un objetivo de política nacional (CTIN, 2011).

En el 2007, se aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud. Este plan dentro de sus lineamientos de política establece la necesidad de que todos los peruanos tengan acceso a un seguro de salud. Además, se establece que el AUS se debe dar de manera progresiva, empezando con la población pobre y pobre extrema (MINSa, 2007). Considerando los lineamientos del Plan Nacional Concertado de Salud, en el 2008 se crea la Comisión Multisectorial encargada de proponer los mecanismos necesarios que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud. Esta comisión evaluó 10 ejes temáticos, el primero de ellos relacionado con el AUS. Finalmente, el 9 de Abril del 2009 se da la promulgación de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (OIT, 2012).

1.1.2.Ley N° 29344: Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud (Ley AUS)

La Ley AUS tiene como objetivo establecer el marco normativo del AUS con la finalidad de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda la población a la seguridad social en salud. Según la Ley, el AUS cuenta con las siguientes características: es obligatorio, progresivo, garantizado (se garantiza que la población cubierta bajo el esquema del AUS cuente con las

garantías explícitas de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad), regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible.

La Ley, cuyo ámbito de aplicación alcanza a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al sistema nacional de salud, categoriza a los principales actores del proceso de aseguramiento universal en salud en instituciones administradoras de fondos de salud (IAFAS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), igualmente establece los criterios de articulación entre IPRESS.

Asimismo, la Ley establece al MINSA como órgano rector del AUS y crea sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, la SUNASA como instancia supervisora del AUS; encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las IAFAS, así como supervisar a las IPRESS. Igualmente, la Ley –en función de la capacidad de pago de los asegurados – establece la creación de tres regímenes de financiamiento: i) régimen contributivo, ii) régimen subsidiado y iii) régimen semi-contributivo.

Finalmente, la Ley establece la obligatoriedad por parte de las IAFAS de ofertar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). El PEAS consiste en “la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios”. La Ley permite además la existencia de planes complementarios y específicos; los cuales no se deben ver afectados por la creación del PEAS.

1.1.3. Normatividad emitida tras la promulgación de la Ley N° 29344

- El 13 de Junio de 2009, mediante Decreto Supremo N° 011-2009-SA se dispone la conformación del Comité Técnico Implementador Nacional (CTIN), como un órgano colegiado encargado de conducir el AUS a nivel nacional, con un plazo de funcionamiento máximo de 2 años. El DS N° 011-2009-SA también norma la creación de un Comité Técnico Implementador Regional (CTIR) en cada uno de los Gobiernos Regionales; estos comités tendrían a su cargo diseñar, ejecutar y coordinar en el ámbito de sus respectivas regiones las estrategias específicas de implementación del AUS conforme a las directivas del CTIN. En el caso de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica sus respectivos CTIR fueron conformados por un plazo de 2 años mediante sendas Resoluciones Ejecutivas Regionales aprobadas entre los meses de Junio y Julio del 2009.
- El 28 de Noviembre de 2009, mediante Decreto Supremo N° 016-2009, se aprobó el PEAS, que incluye un listado de 140 condiciones asegurables que representan el 65% de la carga de enfermedad. De estas condiciones asegurables, 34 –

principalmente asociadas a las condiciones obstétricas, ginecológicas y pediátricas – cuentan con garantías explícitas.

- El 19 de Diciembre de 2009, mediante Resolución Ministerial N° 839-2009-SA se oficializa el inicio del proceso del AUS en las zonas piloto seleccionadas por el MINSA. Estas fueron las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, y ciertos distritos de las regiones La Libertad, Lambayeque y Piura. Posteriormente, se incorporaron los distritos VRAEM de las regiones de Junín y Cusco. Al día de hoy, el AUS se ha implementado en 13 regiones del país.
- El 4 de Febrero de 2010, mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA se aprobó el reglamento de la Ley N° 29344. Este reglamento fue aprobado previamente por el CTIN. En el Reglamento del AUS se establecen, entre otras cosas: la naturaleza, objeto y funciones de los agentes vinculados al AUS – en particular se detallan las funciones y estructura interna de la SUNASA; las características de los afiliados según régimen de financiamiento; características de los planes de aseguramiento, incluyendo además del PEAS, los planes complementarios y específicos; definición de las garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera; la forma de financiamiento de los planes del AUS y los lineamientos para la articulación de los agentes del sistema incluyendo ciertas definiciones y características del intercambio prestacional (IP).
- El 11 de Julio de 2010, mediante Decreto de Urgencia N° 048-2010 se decreta, entre otras cosas, que para la afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS) se deben tomar en cuenta los criterios de elegibilidad establecidos por el Sistema Nacional de Focalización de Hogares – SISFOH.
- El 25 de Noviembre 2010, se aprueba el Decreto Supremo N° 034-2010-SA, el cual considera una serie de mecanismos para garantizar la obligatoriedad del AUS, los cuales se deben implementar de forma progresiva. Así, se establece que toda persona residente en el país deberá acreditar su afiliación previamente a: i) realizar trámites administrativos antes los agentes vinculados a los procesos del AUS, ii) obtener desembolsos de créditos del sistema financiero, iii) inscribirse o renovar su inscripción en el registro nacional de proveedores y iv) obtener subvenciones financiadas con cargo a fondos públicos.
- El 22 de Julio de 2011, se aprueba la Ley N° 29761, Ley de financiamiento público de los regímenes subsidiado y semi-contributivo del aseguramiento universal. Esta Ley, además de establecer los principios y el financiamiento para la atención de las personas afiliadas a los regímenes subsidiado y semi-contributivo, establece las modalidades de pago a las IPRESS por la atención en salud de los afiliados a estos dos regímenes. La presente Ley también crea a la Unidad Ejecutora FISSAL

sobre la base del fondo creado por la Ley N° 27656 y lo constituye como una IAFAS. Igualmente, esta Ley establece la creación de una Comisión Multisectorial de Aseguramiento Universal la cual tendría a su cargo proponer las metas de aseguramiento de los regímenes subsidiado y semi-contributivo de acuerdo a los alcances establecidos por su reglamento. Sin embargo, cabe mencionar, que a la fecha, este reglamento aún no ha sido aprobado.

1.1.4. Normatividad emitida en el marco de la actual reforma de salud

- El 9 de Agosto de 2013, se emite la Ley N° 30073, Ley que delega en el poder ejecutivo facultades legislativas en materia de fortalecimiento del sistema nacional de salud. La ley autoriza al poder ejecutivo a legislar sobre las siguientes materias: i) reorganización del MINSA, ii) modernización del sistema nacional de salud, iii) modernización de la gestión de inversiones públicas en salud, iv) política integral de remuneraciones de los servidores médicos, profesionales y personal asistencial de la salud del sector público, v) extensión de la cobertura de protección financiera en salud y vi) fortalecimiento del financiamiento de EsSalud.
- En el marco de las facultades legislativas recibidas, el 6 de diciembre de 2013, el ejecutivo emitió Decreto Legislativo (DL) N° 1158. Este decreto tiene como objetivo el fortalecimiento y cambio de denominación de la SUNASA. Así, el DL manda que la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, pase a denominarse Superintendencia Nacional de Salud. El DL establece que dentro del ámbito de la SUNASA se encuentran todas las IAFAS e IPRESS – se amplían así las funciones de la SUNASA a todo el sistema prestacional y no solo al de aseguramiento –, e incluye un concepto y ámbito nuevo: las Unidades de Gestión de las IPRESS, definidas como aquellas empresas públicas, privadas o mixtas, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las IPRESS. Una de las primeras funciones generales de la SUNASA es “Promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie..”, estableciendo un reto importante y de alcance nacional, pues la SUNASA debe desarrollar acciones conducentes a cautelar estos derechos en todo el país, en los subsectores de salud públicos y privados, en cada nivel de complejidad, lo cual requerirá de un gran cambio en la estructura orgánica y las estrategias de esta institución para conseguir los resultados encomendados.
- Igualmente, dentro del paquete de decretos legislativos emitidos como parte de la reforma de salud, el 7 de Diciembre de 2013, se emitió el DL N° 1163. Este decreto

establece una serie de medidas relacionadas con las atribuciones del SIS, su financiamiento y sus asegurados, todas ellas orientadas al fortalecimiento del SIS.

- El mismo 7 de Diciembre se emitió el DL N° 1164. Este decreto extiende la cobertura de régimen subsidiado del SIS. Así el DL ordena la incorporación como afiliados al régimen de financiamiento subsidiado del SIS a: i) población residente en los centros poblados focalizados por el MIDIS; ii) personas recluidas en centros penitenciarios o que residan en centros de atención residencial de niños, niñas y adolescentes, centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación a cargo del poder judicial y personas en situación de calle y iii) personas en periodo de gestación y niños entre 0 y 5 años de edad.
- El DL N° 1165, emitido el 7 de Diciembre, tiene como objetivo instaurar el mecanismo de “farmacias inclusivas”, mecanismo por el cual, mediante una alianza con las farmacias privadas, se busca facilitar el acceso a medicamentos por parte de los asegurados al SIS.
- Asimismo, como parte de la reforma, se emitió el DL N° 1166, el cual tiene como objeto establecer el marco normativo para la conformación y funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de salud. Estas se definen como el conjunto de IPRESS públicas, privadas y mixtas que se articula funcionalmente a través de acuerdos de carácter institucional o contractual para prestar atenciones de salud a una población definida y ubicada en un espacio geográfico determinado.
- Igualmente el 7 de Diciembre se emiten los decretos legislativos N° 1173 y 1174. El primero de estos decretos legislativos modifica la denominación de los actuales fondos de salud de las fuerzas armadas y crea la IAFAS del Ejército del Perú, la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú y la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú. En la misma línea el DL N° 1174 modifica el actual Fondo de Salud para el personal de la Policía Nacional del Perú y crea fondo de aseguramiento en salud de la Policía Nacional del Perú.

1.2. Normatividad vinculada al intercambio prestacional

1.2.1. Normativa de alcance nacional relacionada con el IP

El reglamento de la Ley AUS, Decreto Supremo N° 008-2010-SA, define el IP como el conjunto de “acciones interinstitucionales conducentes a brindar atención integral de salud a las poblaciones sujetas de las coberturas y planes establecidos en la normatividad...”.

Por otro lado, el mismo reglamento establecía que el IP se ejecuta entre IPRESS bajo las siguientes modalidades:

- IPRESS pública – IPRESS pública

- IPRESS pública – IPRESS privada
- IPRESS privada – IPRESS privada

Finalmente el DS N° 008-2010-SA establecía que el IP se podía dar mediante: i) intercambios basados en la Unidad Básica de Intercambio Prestacional (UBIP); ii) intercambios basados en intercambios recíprocos de prestaciones y iii) intercambios basados en la compra y venta de servicios.

De acuerdo a lo mostrado, cabe destacar que el reglamento de la Ley AUS no establecía la posibilidad de intercambio entre IAFAS. Es la necesidad de ir articulando a las grandes aseguradoras públicas – entiéndase SIS y EsSalud – la que motiva el desarrollo de convenios de IP entre las grandes IAFAS públicas.

Así, el 5 de mayo del 2011, se firma el Convenio específico de cooperación interinstitucional entre el EsSalud y el Ministerio de Salud con participación del Seguro Integral de Salud para el incremento de cobertura e intercambio de prestaciones asistenciales en el marco del Aseguramiento Universal en Salud en el ámbito de Lima Metropolitana, Convenio N°016-2011/MINSA.

El mencionado convenio tiene como objeto establecer las condiciones para que las partes firmantes, en el ámbito de Lima Metropolitana, puedan “colaborar mutuamente e intercambiar prestaciones, (...), con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios...”. El convenio establecía las prestaciones del primer y segundo nivel de atención que estarían sujetas al IP. Igualmente el convenio establecía que las prestaciones correspondientes al primer nivel de atención serían financiadas mediante un pago per cápita de acuerdo a la población adscrita acordada por ambas partes. Por su parte, para las prestaciones correspondientes al segundo nivel de atención, el financiamiento se daría mediante el establecimiento de UBIPs¹. Asimismo el convenio establecía los lineamientos para la acreditación de los asegurados, intercambio de información, auditoría médica, control prestacional y valorización y retribución. Finalmente se estableció la conformación de un comité de coordinación en aras de una adecuada implementación del convenio.

El convenio N° 016-2011/MINSA sirve de modelo para la posterior firma de los convenios de IP en el resto de regiones. Asimismo, el comité de coordinación establecido por este convenio se convirtió en la base del comité nacional para la implementación del IP.

¹ A través de las entrevistas sostenidas con los funcionarios del SIS, se pudo saber que las instituciones firmantes del convenio no llegaron a un acuerdo para establecer una UBIP.

El 5 de mayo de 2012 se emite el DS N° 005-2012-SA, decreto que aprueba disposiciones complementarias relativas al intercambio prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el SIS y EsSalud en el marco de la Ley AUS. Mediante este decreto se reconoce el IP entre IAFAS, en particular entre el SIS y EsSalud. Igualmente se establece la obligatoriedad del IP entre establecimientos de salud públicos financiados por el SIS o EsSalud, en aquellos casos donde exista la capacidad de oferta para atender la demanda requerida. Asimismo, este Decreto Supremo establece que el IP puede estar basado en la compra venta de servicios, en el establecimiento de una UBIP y en los valores de otros mecanismos de pago; el Decreto también definió un tarifario para las prestaciones brindadas dentro del esquema de IP. Finalmente el DS N° 005-2012-SA establece que es la SUNASA el órgano encargado de supervisar el cumplimiento de lo establecido por el mismo, así como asegurar la calidad de las prestaciones brindadas en el marco del IP.

Finalmente, en el marco de la actual reforma de salud, el 6 de diciembre de 2013 se aprobó el DL N° 1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público. Este DL tiene como objeto establecer las condiciones para el IP entre las IAFAS públicas y las IPRESS públicas. El Decreto define al IP como “la compra venta de servicios de salud entre IAFAS públicas o entre IAFAS públicas e IPRESS públicas, (...), optimizando el uso de la capacidad instalada existente entre las IPRESS. Al igual que el DS N° 005-2012-SA, este decreto legislativo establece la obligatoriedad del IP para las IAFAS e IPRESS públicas en todo el país, siempre que la capacidad de atención de la IAFAS pública que la requiera no pueda ser satisfecha por su red propia o contratada y que la institución requerida cuente con la capacidad de oferta necesaria. Se establece además que la determinación de la capacidad resolutive la establece las DIRESAs en las Regiones y las DISAs en Lima Metropolitana.

1.2.2. Convenios regionales

Tras la promulgación del DS N° 005-2012-SA y teniendo como modelo el Convenio N° 016-2012/MINSA, el 12 de setiembre de 2012 se firma el convenio específico de cooperación interinstitucional entre el Gobierno Regional de Huancavelica, EsSalud – Red Asistencial Huancavelica y el Seguro Integral de Salud. Este es el primer convenio de este tipo a nivel nacional, firmado entre un Gobierno Regional, EsSalud y el SIS. Ayacucho y Huancavelica firmaron ambas sus respectivos convenios específicos de cooperación interinstitucional el 17 de diciembre de 2012.

Los convenios firmados por cada una de las regiones priorizadas en el presente estudio son bastante similares entre sí²; con las mismas cláusulas, las mayores diferencias se encuentran

²En líneas generales todos los convenios específicos de cooperación interinstitucional firmados por los diferentes gobiernos regionales, EsSalud y el SIS siguen un mismo modelo y contienen las mismas cláusulas.

en el listado de intervenciones y tarifa de las mismas, así como los establecimientos de salud considerados para ser parte del IP. (Ver Anexo N° 5 y Anexo N°6).

El objeto de los convenios firmados es “colaborar mutuamente e intercambiar prestaciones, estableciendo los criterios, mecanismos, procedimientos e instrumentos destinados a brindar atención integral de salud a los afiliados y/o asegurados a través de la compra-venta de servicios de salud...”.

En relación al financiamiento de las prestaciones, los convenios establecen que las prestaciones de salud se financiarán mediante la modalidad de pago por servicio (compra – venta), según la tarifa acordada por las partes. Adicionalmente a la tarifa acordada se puede dar un pago por consumo el cual está compuesto por el valor de los medicamentos, materiales e insumos que no han sido incluidos en la tarifa.

En lo referido a la acreditación de los asegurados los convenios establecen que para las prestaciones brindadas a los asegurados a la seguridad social, EsSalud se compromete a enviar la trama de asegurados acreditados y autorizados al SIS, el cual a su vez cargará esta información en su sistema informático mediante el cual los establecimientos de salud del Gobierno Regional podrán determinar si el paciente está acreditado para recibir la prestación. Por su parte, para las prestaciones brindadas a los asegurados al SIS, este se compromete a enviar a EsSalud el conjunto de datos, de cada uno de los asegurados acreditados que requieran atención en los establecimientos de EsSalud.

Con relación al sistema de referencias, los convenios establecen que, de ser necesario, los asegurados a EsSalud atendidos en un establecimiento de salud del Gobierno Regional serán referidos a los Hospitales I o II de EsSalud en la región. En el caso de los afiliados al SIS, el convenio establece que en caso el paciente requiera de una atención compleja contemplada en el convenio, este debe ser referido al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria de la red de asistencial de EsSalud en la respectiva región.

En cuanto al intercambio de información se refiere, los convenios establecen que los establecimientos de salud, ya sean del Gobierno Regional o de EsSalud, están obligados a registrar los datos de la atención brindada a los asegurados de EsSalud o el SIS según sea el caso utilizando los formatos establecidos para cada caso. El formato de atención de cada prestación otorgada debe ser remitido por el prestador de manera mensual al SIS o a la red asistencial de EsSalud correspondiente. En lo referido al registro de la información en sistemas informáticos, los establecimientos de los Gobiernos Regionales están obligados a registrar los datos requeridos de la atención brindada a los asegurados acreditados de EsSalud en el aplicativo informático del SIS (SIASIS o ARFSIS). Por su parte, EsSalud, a través de su red asistencial se obliga a registrar los datos de la prestación brindada a los

afiliados al SIS en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), el módulo de facturación y demás sistemas que sean necesarios.

Al igual que el convenio N° 016-2012/MINSA, los convenios firmados a nivel regional establecen la conformación de un comité de coordinación del IP. Este tendrá como objetivo ayudar a la adecuada implementación del convenio y deberá estar conformada por dos representantes de cada una de las instituciones que forman parte del convenio. Los convenios también establecen los mecanismos para el proceso de control y validación del intercambio prestacional; para ello se establece la designación de médicos auditores o auditores por cada una de las partes firmantes del convenio para que realicen el control de las atenciones.

Los convenios también establecen los procedimientos de pago tanto a EsSalud como a los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales. En el caso del pago de las prestaciones realizadas por EsSalud, la red asistencial debe consolidar la información de las prestaciones otorgadas durante el mes, previamente registradas en el SIASIS, luego debe emitir una factura por todas estas prestaciones y remitirla a la Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS. Finalmente, en un plazo de 45 días calendarios de recibida la factura, el SIS debe realizar el pago a nombre de EsSalud.

Por su parte en el caso del pago de las prestaciones realizadas en los establecimientos del Gobierno Regional, el procedimiento a seguir es el siguiente: en primer lugar, el Gobierno Regional a través de su DIRESA consolida los formatos de atención de las prestaciones conformes y las facturas correspondientes y los remite a la red asistencial de EsSalud; luego EsSalud, a través de su red asistencial procede a realizar el pago correspondiente por las prestaciones realizadas a sus asegurados a través del SIS en un plazo no mayor de 30 días calendario después de la fecha límite de recepción de las facturas. Finalmente el SIS en un plazo no mayor a 15 días calendario realiza el pago a la Unidad Ejecutora correspondiente. (El anexo N° 7 muestra el mapa de procesos para el pago tanto de las prestaciones brindadas por EsSalud como por los establecimientos de los gobiernos regionales).

Es necesario mencionar que los convenios tienen un plazo de duración de dos años, pudiendo renovarse automáticamente de común acuerdo entre las partes por iguales periodos sucesivos.

1.3. Normatividad vinculada a la supervisión realizada por SUNASA

La labor de supervisión de SUNASA tiene dos enfoques, normas principales vinculadas a la supervisión en sí y normas que se enfocan en la labor de vigilancia, las cuales se describen a continuación:

1.3.1. Normas vinculadas a la supervisión

El modelo de supervisión de SUNASA fue aprobado en marzo de 2013, mediante el Decreto Supremo N°003-2013-SA, el cual establece el marco para el ejercicio de la función de supervisión de la SUNASA, la cual incluye tres tipos distintos de acciones: Inspección, Vigilancia y Control.

En el DS se determinan cuatro aspectos de la supervisión: (i) el ámbito de aplicación y objeto de la supervisión, (ii) los órganos competentes para ejecutarla, (iii) las características y principios generales que rigen el proceso y (iv) los distintos procesos que involucra el ejercicio de la supervisión. Una descripción mayor de cada uno de estos puntos se presenta en el Capítulo III, al describir el modelo de supervisión de SUNASA.

Por otro lado, en julio de 2013, mediante Resolución de Superintendencia N° 079-2013-SUNASA/S, se aprueba la Guía de Instrumentos de Supervisión de ISIPRESS, la Guía de Instrumentos de Supervisión de ISIAFAS y la Guía de Instrumentos de Vigilancia de IACPA, las cuales presentan los formatos de los distintos instrumentos a ser usados por cada intendencia en sus labores de supervisión, tanto en la supervisión de campo, la evaluación de gabinete, como en la labor de vigilancia de IACPA.

1.3.2. Normas vinculadas a la vigilancia

La labor de vigilancia está comprendida dentro de las acciones de supervisión de SUNASA, sin embargo, su normativa es previa a la aprobación del modelo de supervisión del 2013. De este modo, mediante Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD de diciembre de 2011, se aprueba el Reglamento General para la Atención de Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS. En este se establecen tres procedimientos o actividades: (i) el Procedimiento de los Reclamos y Quejas, (ii) la Queja Tuitiva y (iii) el Reporte de Información sobre Reclamos.

El primero de los procedimientos señalados se refiere al proceso ordinario para la presentación y respuesta de reclamos y quejas ante insatisfacciones producidas por una IAFAS o IPRESS. Este parte de la presentación del reclamo por parte del usuario ante la instancia competente, es decir, la institución generadora de la insatisfacción, la cual debe admitir y tramitar el reclamo a través de su Mesa de Partes o Plataforma de Atención al Usuario, según corresponda. Luego se inicia la etapa de Investigación Sumaria, es decir la realización de las diligencias necesarias para la dilucidación de los hechos que generaron la insatisfacción, cuya duración depende del grado de complejidad del caso. Posterior a la investigación se da paso a la etapa de Resultado del Reclamo, la cual comprende la elaboración de un Informe a ser notificada al usuario.

Por otro lado, la Queja Tuitiva es un proceso alternativo y de segunda instancia, en donde el usuario recurre directamente a la SUNASA para la presentación de su reclamo ante la negativa de la IAFAS o IPRESS en la atención de su queja, irregularidades o disconformidad con el resultado del procedimiento ordinario. En este caso, la queja tuitiva debe ser dirigida a la IACPA, la cual podrá coordinar con las ISIAFAS e ISIPRESS para la solución de la misma. Dicho procedimiento no debe durar más de 30 días y culmina en la sanción o no sanción de la institución generadora de la insatisfacción.

Finalmente, la tercera acción que señala la norma se refiere a la obligación de las IAFAS de informar mensualmente a la SUNASA sobre el registro y estado de atención de los reclamos de sus respectivos usuarios, tanto suyos como de sus respectivas IPRESS.

2.Contexto económico y social

Con el fin de tener un panorama sobre el contexto socioeconómico de cada una de las regiones estudiadas en relación al diagnóstico situacional del AUS y el IP se analiza brevemente el contexto económico y social de las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. El análisis toma en cuenta indicadores como: PBI y PBI per cápita, nivel de pobreza, ruralidad, composición de la PEA ocupada, acceso a agua y saneamiento, deserción escolar, repetición escolar y el gasto en salud total en la región.

Con relación al PBI real para cada región, se observa que tanto para el año 2008 como 2012, la región de Ayacucho es la que presenta un mayor PBI; seguida por Huancavelica y Apurímac. En términos de crecimiento entre el 2008 y el 2012, como muestra el Cuadro N° 1, las tres regiones muestran altos niveles de crecimiento del PBI. La región con mayor crecimiento es Apurímac (33.2%); seguida por Ayacucho (27.7%), y Huancavelica (20.2%). En relación al nivel nacional, éste solo supera al crecimiento de Huancavelica.

Cuadro N° 1: PBI en miles de soles de 1994

Región	PBI 2008	PBI 2012	Tasa de Crecimiento
Apurímac	746,771	994,686	33,2%
Ayacucho	1,676,967	2,140,865	27,7%
Huancavelica	1,383,979	1,663,152	20,2%
Nacional	191,505,000	238,773,000	24.70%

Fuente: INEI
Elaboración propia

En cuanto al PBI real *per cápita*, se aprecia que, a diferencia del PBI real, la región de Huancavelica es la que presenta un mayor PBI per cápita tanto en el 2008 como en el 2012; seguida por Ayacucho y Apurímac (ver Cuadro N° 2). En relación al crecimiento del PBI per cápita entre el 2008 y el 2012, la región de Apurímac registró un mayor crecimiento, con 28.2%, seguida de Ayacucho con 17.7% y Huancavelica con 13.6%. Con respecto al nivel nacional, éste solo lo supera al crecimiento de Huancavelica.

Cuadro N° 2: PBI per cápita en miles de soles de 1994

Región	PBI per cápita 2008	PBI per cápita 2012	Tasa de Crecimiento
Apurímac	1,691	2,168	28.2%
Ayacucho	2,640	3,109	17.7%
Huancavelica	2,959	3,360	13.6%
Nacional	6,651	7,665	15.2%

Fuente: INEI
Elaboración propia

En cuanto al nivel de pobreza de estas regiones, a continuación se presenta la incidencia de pobreza monetaria – definida por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) como la “insuficiencia de recursos monetarios para adquirir una canasta de consumo mínima aceptable socialmente” – y la incidencia de pobreza no monetaria (enfoque de necesidades básicas insatisfechas - NBI) – la cual considera un conjunto de indicadores relacionados a las necesidades básicas estructurales, tales como vivienda, salud, infraestructura pública, educación, entre otras (MEF, s.f.).

En el caso de la pobreza monetaria total, durante el año 2008, la región Huancavelica muestra la mayor proporción de población en estado de pobreza, seguida de Apurímac y Ayacucho. Las tres regiones muestran tasas por encima del promedio nacional (37.3%). La región Huancavelica es la que mayor reducción de la pobreza ha mostrado (disminución total de 30.0 pp.), muy por encima del logro alcanzado a nivel nacional. En el caso de la pobreza monetaria extrema, Huancavelica muestra una reducción muy importante (40 pp.), seguida por Apurímac y Ayacucho. La región con la menor cantidad de personas en pobreza extrema es Huancavelica (14.4%) (ver Cuadro N° 3).

Cuadro N° 3: Pobreza monetaria

Región	Pobr. total 2008	Pobr. total 2012	Diferencia 2012-2008	Pobr. extr. 2008	Pobr. extr. 2012	Diferencia 2012-2008
Apurímac	70.4%	55.5%	-14.9 pp	34.4%	20.7%	-13.7 pp
Ayacucho	61.1%	52.6%	-8.5 pp	23.9%	15.7%	-8.2 pp
Huancavelica	79.5%	49.5%	-30.0 pp	54.4%	14.4%	-40.0 pp
Nacional	37.3%	25.8%	-11.5 pp	10.9%	6.0%	-4.9 pp

Información representativa a nivel departamental
Fuente: ENAHO
Elaboración Propia

En cuanto a la pobreza no monetaria, el Cuadro N° 4 muestra que la región con la mayor reducción de población pobre durante los años 2008 al 2012 es Huancavelica (17.2 pp.). A pesar de esta disminución significativa en la tasa de pobreza no monetaria, Huancavelica – a diferencia de lo que suceda con la incidencia de la pobreza monetaria – sigue siendo la región con el mayor porcentaje de pobreza no monetaria.

Asimismo, se puede apreciar que en todas las regiones ha disminuido la incidencia de pobreza extrema; sin embargo, la reducción ha sido menor que el promedio nacional (3.0 PP.). La

región que presenta la menor tasa de pobreza extrema es Apurímac (3.9%), mientras que Huancavelica y Ayacucho muestran tasas de 7.1%.

Cuadro N° 4: Pobreza no monetaria

Región	Pobr. total 2008	Pobr. total 2012	Diferencia 2012-2008	Pobr. extr. 2008	Pobr. extr. 2012	Diferencia 2012-2008
Apurímac	29.1%	24.6%	-4.5 pp	5.6%	3.9%	-1.7 pp
Ayacucho	39.9%	31.8%	-8.1 pp	9.8%	7.1%	-2.7 pp
Huancavelica	50.5%	33.3%	-17.2 pp	8.7%	7.1%	-1.6 pp
Nacional	29.0%	21.7%	-7.3 pp	8.3%	5.3%	-3.0 pp

Información representativa a nivel departamental
Fuente: INEI
Elaboración propia

Por otro lado se aprecia que la población de las regiones analizadas en el presente estudio – a diferencia de lo que ocurre a nivel nacional – residen mayoritariamente en zonas rurales. Así, como se puede apreciar en el Cuadro N° 5, mientras que a nivel nacional solo el 25% de la población reside en zonas rurales; en Apurímac y Huancavelica más del 60% vive en zonas rurales, mientras en Ayacucho este porcentaje es cercano al 50%.

Cuadro N° 5: Población según área de residencia, Perú 2012, %

Región	Urbana	Rural
Apurímac	37.3	62.7
Ayacucho	51.2	48.8
Huancavelica	21.4	78.6
Nacional	74.7	25.3

Información representativa a nivel departamental
Fuente: INEI
Elaboración propia

Por otro lado, como se aprecia en el Cuadro N° 6, la rama extractiva (agricultura, pesca y minería) es la que alberga a la mayor cantidad de ocupados – 62% en Apurímac, 52% en Ayacucho y 70% en Huancavelica. Dentro de la rama extractiva, la sub-rama agricultura ocupa a casi la totalidad de trabajadores (Observatorio Socioeconómico Laboral de la Región Ayacucho, 2010). Esto no sorprende cuando se considera el porcentaje de población rural de estas regiones (Cuadro N° 5).

Cuadro N° 6: Proporción de ocupados por rama extractiva

Región	Agricultura, Pesca y Minería	Manufactura	Construcción	Comercio	Transportes y Comunicaciones	Otros servicios 1/
Apurímac	62.5	2.3	2.9	11.9	2.6	17.9
Ayacucho	51.9	5.4	5.1	13.6	3.4	20.6
Huancavelica	70.1	3.0	1.7	9.0	1.6	14.6
Nacional	26.6	10.8	5.5	17.4	7.4	32.1

1/ Otros Servicios lo componen las ramas de actividad de Electricidad, Administración Pública, Defensa, Planes de Seg. Social, Hoteles y Restaurantes, Inmobiliarias y Alquileres, Enseñanza, Gas y Agua, Intermediación Financiera, actividades de Servicios Sociales y de Salud, otras activ. de serv. Comunitarias, sociales y personales y hogares privados con servicio doméstico.

Información representativa a nivel departamental
Fuente: INEI
Elaboración propia

Dos indicadores importantes de la situación socioeconómica de estas regiones, e importantes determinantes del estado de salud de la población son el acceso a fuente mejoradas de agua

y el acceso a saneamiento. En relación al acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua³, como se observa en el Cuadro N° 7 la región con mayor acceso para el 2008 fue Ayacucho (71.2%), y para el 2012, Apurímac (90.6%). Huancavelica es la única región que se muestra muy por debajo del promedio nacional. La región Apurímac es la que presenta un mayor incremento en la tasa de acceso a agua (aumento total de 34.8 pp.), muy por encima del incremento nacional (9.9 pp.).

Cuadro N° 7: Población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua

Región	Acceso a agua 2008	Acceso a agua 2012	Diferencia 2012-2008
Apurímac	55.8%	90.6%	34.8 pp
Ayacucho	71.2%	81.5%	10.3 pp
Huancavelica	38.9%	53.4%	14.5 pp
Nacional	72.4%	82.3%	9.9 pp

Información representativa a nivel departamental

Fuente: INEI

Elaboración propia

En relación al acceso a servicios de saneamiento mejorados⁴ (ver Cuadro N° 8), la región con mayor acceso para el 2008 fue Ayacucho (72.5%), y para el 2012, Huancavelica (69.4%). Además, las tres regiones se encuentran por debajo del promedio nacional para ambos años. La región Apurímac es la que presenta un mayor incremento en la tasa de acceso a estos servicios (aumento total de 22.6 pp.), muy por encima del incremento nacional (5.2 pp.). Cabe resaltar que Ayacucho presentó una disminución de 5.5 pp.

Cuadro N° 8: Población con acceso a servicios de saneamiento mejorados

Región	Acc. a saneam. 2008	Acc. a saneam. 2012	Diferencia 2012-2008
Apurímac	42.9%	65.5%	22.6 pp
Ayacucho	72.5%	67.0%	-5.5 pp
Huancavelica	49.1%	69.4%	20.3 pp
Nacional	72.6%	77.8%	5.2 pp

Información representativa a nivel departamental

Fuente: INEI

Elaboración propia

Por su parte, en lo que se refiere a educación, tal como se aprecia en el Cuadro N° 9, la región con mayor deserción en primaria, tanto para el año 2008 como 2012, es Ayacucho, seguida de Apurímac (no se tiene información para el 2012 de Huancavelica). Es importante resaltar que las tres regiones muestran tasas por debajo del promedio nacional; una posible explicación a esto puede ser la influencia del programa Juntos que dentro de sus condiciones tiene la asistencia de los hijos a los centros educativos. La región Ayacucho es la que mayor

³ Incluye población con abastecimiento de agua por red pública dentro de la vivienda, red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio y pilón de uso público.

⁴ Incluye población con saneamiento por pública dentro de la vivienda, red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio y pozo séptico.

reducción de la tasa de deserción ha mostrado (disminución total de 1.2 pp.), por encima de la reducción a nivel nacional (0.7 pp.).

De igual manera, la región con mayor deserción escolar en secundaria, para los dos años analizados, es Ayacucho, seguida de Huancavelica y de Apurímac⁵. Las tres regiones muestran tasas por debajo del promedio nacional para el 2012; no obstante, en el 2008 Huancavelica tuvo una tasa más alta que el promedio nacional. La región Ayacucho es la que mayor reducción de la tasa de deserción ha mostrado (disminución total de 3.7 pp.), por encima del logro de reducción nacional (0.9 pp.).

Cuadro N° 9: Deserción escolar acumulada, primaria y secundaria

Región	Deserc. prim. 2008	Deserc. prim. 2012	Diferencia 2012-2008	Deserc. sec. 2008	Deserc. sec. 2012	Diferencia 2012-2008
Apurímac	0.3%	0.4%	0.1 pp	6.2%	6.6%	0.4 pp
Ayacucho	1.7%	0.5%	-1.2 pp	11.7%	8.0%	-3.7 pp
Huancavelica	0.8%	n.d.	n.d.	7.7%	6.3%	-1.4 pp
Nacional	1.9%	1.2%	-0.7 pp	9.1%	8.2%	-0.9 pp

Información representativa a nivel departamental

Fuente: ENAHO 2008 y 2012

Elaboración propia

Con respecto a la repetición escolar, se puede observar en el Cuadro N° 10, que la región con mayor porcentaje de repetidores en primaria para el 2008 fue Ayacucho (11.3%), seguida por Huancavelica (10.3%) y por Apurímac (10.2%). No obstante, en el 2012, la región con la mayor tasa de repetidores fue Huancavelica (7.9%), seguida de Ayacucho y de Apurímac. Las tres regiones muestran tasas por encima del promedio nacional. La región Apurímac es la que mayor reducción de la tasa de deserción ha mostrado (disminución total de 3.7 pp.), por encima de la reducción a nivel nacional (2.1 pp.).

Por su parte, la región con mayor porcentaje de niños que repiten año en secundaria para el 2008 fue Huancavelica (9.7%), seguida de Ayacucho y de Apurímac. Sin embargo, en el 2012 la región con la mayor tasa de repeticiones fue Ayacucho (6.3%), seguida de Huancavelica y de Apurímac. De igual forma, las tres regiones muestran tasas por encima del promedio nacional para el 2012. Se observa, además, que las 3 regiones tuvieron una reducción de la tasa de repetición; la región Huancavelica es la que mayor reducción de esta tasa ha mostrado (disminución total de 4.1 pp.), por encima del logro de reducción nacional (1 pp.).

⁵ Ese orden solo se debe considerar para el año 2008, puesto que en el 2012 Huancavelica tuvo una menor deserción que Apurímac.

Cuadro N° 10: Repetición escolar, primaria y secundaria

Región	Repet. prim. 2008	Repet. prim. 2012	Diferencia 2012-2008	Repet. sec. 2008	Repet. sec. 2012	Diferencia 2012-2008
Apurímac	10.2%	6.5%	-3.7 pp	6.4%	4.8%	-1.6 pp
Ayacucho	11.3%	7.7%	-3.6 pp	7.5%	6.3%	-1.2 pp
Huancavelica	10.3%	7.9%	-2.4 pp	9.7%	5.6%	-4.1 pp
Nacional	7.0%	4.9%	-2.1 pp	5.3%	4.3%	-1.0 pp

Información representativa a nivel departamental

Fuente: ENAHO 2008 y 2012

Elaboración propia

En relación al gasto público en salud –gasto de los tres niveles de gobierno en la función salud, no incluye el gasto en salud por parte de EsSalud– en estas tres regiones ha crecido por encima del 50% entre el 2009 y el 2012. El Cuadro N° 11 muestra, que para ambos años, Ayacucho es el departamento con mayor gasto público en salud. En relación a la tasa de crecimiento del gasto público en salud, en Huancavelica el gasto en salud aumentó más del doble (105.8%). Apurímac y Ayacucho registraron tasas de crecimiento del gasto público de 60.0% y 58.8%, respectivamente. Todas las regiones superan la tasa de crecimiento del gasto público en salud nacional.

Cuadro N° 11: Gasto público en salud, (en soles)

Región	Gasto en Salud 2009	Gasto en Salud 2012	Tasa de Crecimiento
Apurímac	118,819,285	190,079,092	60,0%
Ayacucho	147,843,417	234,738,821	58,8%
Huancavelica	94,780,513	195,071,156	105,8%
Nacional	6,468,303,043	9,127,497,096	41.10%

Fuente: SIAF

Elaboración propia

Por su parte, el Cuadro N° 12 muestra la composición del gasto público en salud. Como se aprecia, el porcentaje de presupuesto ejecutado en gastos de capital está alrededor del 20%, salvo en el caso de Huancavelica donde fue de 32%.

Cuadro N° 12 : Composición del gasto público en salud, (%)

Región	Gastos Corrientes			Gastos de Capital
	Salarios	Bienes y Servicios	Otros*	
Apurímac	44.6	21.8	13.5	20.1
Ayacucho	47.7	18.8	11.5	21.9
Huancavelica	36.9	22.0	9.1	32.0
Nacional	48.9	25.5	8.4	17.2

*Incluye donaciones, transferencias, subsidios, pago de impuestos, derechos administrativos, multas gubernamentales y sentencia judicial.

Fuente: SIAF

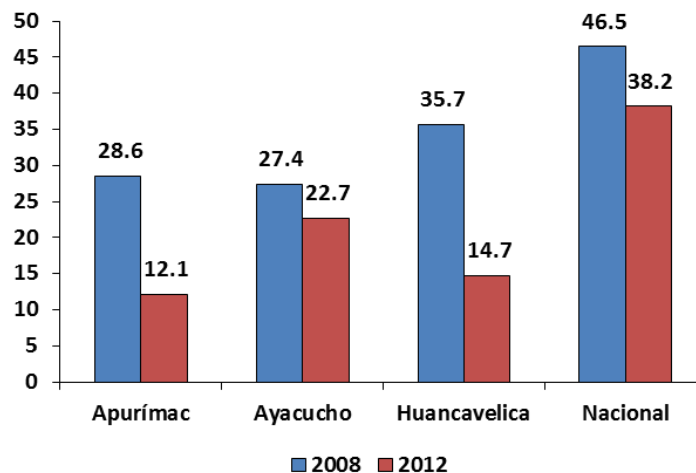
Elaboración propia

3. Diagnóstico de la situación actual del AUS

En Perú, los esfuerzos por implementar el AUS han hecho posible extender el porcentaje de personas que cuentan con un seguro de salud. De acuerdo a la ENAHO, a nivel nacional, el porcentaje de personas que reporta estar afiliada a algún esquema de aseguramiento creció de 53.5% en el 2008 a 61.8% en el 2012. En el caso de los departamentos de Apurímac,

Ayacucho y Huancavelica el porcentaje de personas sin ningún seguro de salud es menor que el promedio nacional (ver Gráfico N° 1).

Gráfico N° 1: Porcentaje de personas sin seguro de salud, 2008 - 2012



Información representativa a nivel departamental
Fuente: ENAHO
Elaboración propia

Estas diferencias entre el promedio nacional y el de los tres departamentos se deben a que fue precisamente en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica donde se inició el proceso del AUS, debido a los altos índices de pobreza –junto con Cajamarca. Estos tres departamentos siendo los más pobres del país, con índices de pobreza superiores al 50%, tienen al SIS como principal asegurador en salud para la gran parte de su población.

Los históricos altos índices de pobreza de estas regiones han generado que éstas reciban la atención de la cooperación internacional. Así, por ejemplo en el año 2005, la Cooperación Belga decidió enfocar su cooperación en el SIS para lo cual se implementó el Programa de Apoyo Financiero Sectorial al Seguro Integral de Salud (PROSIS). El PROSIS tiene como objetivo específico ampliar la cobertura del SIS de la población rural en situación de pobreza en las regiones de Ayacucho, Apurímac y Cajamarca (CIES, 2008). En medio del proceso de descentralización iniciado en el año 2006, el PROSIS facilitó la articulación entre el SIS y las presidencias regionales de forma tal que se establezca un plan conjunto de medidas para mejorar la gestión y cobertura del SIS (Cooperación Técnica Belga, s.f.).

Tal como se aprecia en el Cuadro N° 13, el SIS es claramente la principal IAFAS en estos tres departamentos, asegurando a más del 60% (y hasta el 75% en el caso de Apurímac) de la población. Por su parte, en promedio, EsSalud asegura al 10% de la población en estos departamentos. Finalmente, las IAFAS asociadas a las FFAA, la PNP y el sector privado aseguran apenas al 2% de la población de cada uno de los departamentos estudiados.

Cuadro N° 13: Porcentaje de población asegurada según IAFA, 2012

Tipo de Seguro	Apurímac	Ayacucho	Huancavelica	Nacional
Solo EsSalud	11.7	11.6	10.8	24.3
EsSalud y/o EPS	-	0.0	-	0.9
Sólo SIS	74.9	63.1	72.8	31.4
Sólo FF.AA. Y PNP	0.5	0.6	0.4	1.9
Sólo Privado	0.4	1.4	1.1	1.5
Más de un seguro	0.3	0.6	0.2	1.7
Sin Seguro	12.1	22.7	14.7	38.2
Total	100	100	100	100

Información representativa a nivel departamental

Fuente: ENAHO

Elaboración propia

Si bien el incremento en el porcentaje de población afiliada a algún esquema de aseguramiento es un aspecto relevante en el proceso del AUS, éste no debe ser considerado como un fin en sí, sino como un medio para lograr una cobertura efectiva en salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la cobertura universal en salud como el garantizar que toda la población pueda acceder a servicios de salud de calidad en el momento en que lo necesite y sin exponerse a riesgos financieros (WHO, s.f.). En este sentido, como se mencionó en el marco normativo, la Ley AUS establece que el Estado garantiza un sistema de protección social en salud que incluye garantías explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, de las atenciones en salud para la población cubierta⁶.

El análisis que se presenta a continuación analiza indicadores relacionados con las garantías de acceso, de oportunidad de la atención, de la calidad del servicio y de la protección financiera.

3.1. Garantía de acceso

La afiliación a algún esquema de aseguramiento es un aspecto relevante en el proceso del AUS; pues el estar afiliado es el primer paso para acceder a una cobertura en salud efectiva en el marco del AUS,⁷ tal y como se valida por actores claves a nivel regional.

Así, el AUS, junto con la implementación de programas como el de salud materno neonatal, han originado una mejora en ciertos indicadores epidemiológicos de estas tres regiones y del Perú en general. El Cuadro N° 14, muestra el avance logrado en indicadores relacionados con la mortalidad y salud infantil.

⁶ Artículo N° 5 de la Ley N° 29344.

⁷Según (Petrera, 2012: 40), la probabilidad de atención de salud en un establecimiento público (MINSA, gobierno regional) es mayor en la población de los quintiles 1 y 2 de pobreza afiliada al SIS en comparación con la población no afiliada. No obstante, se advierte del riesgo de acortamiento de la diferencia.

Cuadro N° 14: Mejoras en los indicadores de mortalidad y salud infantil

Región	Mortalidad neonatal 1/		Mortalidad en la niñez 2/		Prevalencia EDAs 3/	
	2007/2008	2011	2007/2008	2011	2007/2008	2012
Apurímac	17	14	42	27	17	13.5
Ayacucho	19	11	41	29	13.8	13.1
Huancavelica	25	15	43	35	12.9	10.1
Nacional	14	8	33	21	13.2	12.3

1/ Muertes durante el primer mes de vida por cada mil nacidos vivos. Dato corresponde a los 10 años anteriores a la encuesta.

2/ Muertes durante los cinco primeros años de vida por cada mil nacidos vivos. Dato corresponde a los 10 años anteriores a la encuesta.

3/ Prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años de edad durante las dos semanas anteriores a la encuesta.

Información representativa a nivel departamental

Fuente: ENDES

Elaboración propia

El Cuadro N° 15 muestra la evolución en la proporción de asegurados al SIS y EsSalud entre el 2008 y el 2012.

Cuadro N° 15: Porcentaje de población afiliada al SIS y EsSalud, 2009 - 2012

Región	2008		2009		2010		2011		2012	
	SIS	EsSalud	SIS	EsSalud	SIS	EsSalud	SIS	EsSalud	SIS	EsSalud
Apurímac	60.8	9.8	71.0	10.9	77.3	9.6	76.5	9.6	74.9	11.7
Ayacucho	61.4	8.8	69.8	9.2	71.4	10.5	72.9	9.8	63.1	11.7
Huancavelica	53.2	9.4	72.1	8.7	75.7	10.3	77.3	11.0	72.8	10.8
Nacional	28.0	20.5	33.7	21.6	36.3	22.2	36.1	23.3	31.4	25.2

Información representativa a nivel departamental

Fuente: ENAHO

Elaboración propia

Un aspecto relevante del Cuadro N° 15 es que el porcentaje de afiliados al SIS supera al porcentaje de pobreza de cada región. Si bien anteriormente se podría hablar de problemas de filtración, actualmente el SIS no solo cubre el aseguramiento de personas pobres y pobres extremas, sino también de grupos vulnerables. El Cuadro N° 16 muestra que existe aún problemas de sub-cobertura, a pesar de los avances logrados en las últimas décadas.

En el Cuadro N° 15, se aprecia que entre el 2011 y el 2012 el porcentaje de afiliados al SIS disminuyó en las tres regiones (a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de casos en los años anteriores, donde se observa un crecimiento en el número de afiliados). De acuerdo a la información primaria obtenida, esta disminución se explicaría por la desafiliación de asegurados que de acuerdo al SISFOH no cumplen con los criterios de elegibilidad. Si bien el SISFOH debe velar por la correcta focalización de los usuarios al SIS, es posible que se estén dando casos de desafiliación de personas que son pobres. Al respecto, las razones más comunes para la desafiliación corresponden a la falta de DNI⁸, el acceso a micro-créditos para

⁸El grupo de indocumentados por terrorismo es de especial importancia en algunas zonas de Ayacucho.

pequeños emprendimientos y el figurar como asegurado de EsSalud a raíz de un empleo temporal⁹, a pesar de ya no tenerlo.

Cuadro N° 16: Población asegurada según situación de pobreza, 2012

Región	Asegurados SIS pobres	Asegurados SIS no Pobres	Pobres sin Seguro
Apurímac	240,536	116,635	20,977
Ayacucho	277,445	157,829	73,974
Huancavelica	207,235	150,098	30,774
Nacional	4,600,065	5,071,545	2,750,716

Información referencial
Fuente: ENAHO
Elaboración propia

Otro indicador del acceso a los servicios de salud es la cobertura efectiva, expresada como el número de atendidos respecto al total de asegurados. Tal como se puede ver en el Cuadro N° 17, la cobertura efectiva del SIS – en la misma línea de lo sucedido a nivel nacional – ha disminuido entre el 2008 y el 2012 en Apurímac y Huancavelica.

Cuadro N° 17: SIS: atención efectiva (N° de atendidos/ N° de asegurados) x 100

Región	2008	2012
Apurímac	75.24	62.69
Ayacucho	66.14	68.64
Huancavelica	64.69	61.20
Nacional	67.19	55.10

Fuente: Estadísticas SIS
Elaboración propia

El Cuadro N° 18 muestra las razones por las cuales la población con algún problema de salud no realiza consultas, según la condición de aseguramiento de la persona. Como es de esperar, el porcentaje de personas que no asiste a consulta por falta de dinero es mayor en el caso de la población sin seguro. Un aspecto importante es que en los tres departamentos – sobre todo en Apurímac y Huancavelica, el no tener seguro de salud es un factor bastante relevante para no acceder a un establecimiento de salud.

Cuadro N° 18: Razones para no acceder a un establecimiento de salud %, 2012

Razones por las que personas con problemas de salud no buscan	Apurímac		Ayacucho		Huancavelica		Total	
	Con seguro	Sin seguro	Con seguro	Sin seguro	Con seguro	Sin seguro	Con seguro	Sin seguro
No fue necesario	29.2	24.9	27.7	33.3	47	41.2	41.6	40.8
Falta de dinero	2.3	3.9	8.2	11.3	2.5	3.9	8.5	15.4
Falta de seguro	0	30.3	0	5.9	0	24.35	0	5.3
Falta de tiempo	25.7	13.4	22.4	21.9	12.6	8.4	18.6	17.4
Deficiencias del establecimiento 1/	23.4	12.6	21.6	16.3	28.8	24	15.2	10.6
Se auto-receta	30.8	30.4	32	26.8	32.3	26.6	32.8	30
Otro 2/	16	9.4	14.2	11.6	19.7	14.8	11.3	9.2

1/ Lejanía al establecimiento de salud, toma mucho tiempo ser atendido, maltrato del personal.

2/ No confía en los médicos, prefiere remedios caseros.

Información referencial
Fuente: ENAHO
Elaboración propia

⁹ El desarrollo de la actividad minera formal es una fuente importante de empleo temporal, que otorga beneficios mientras dura la relación laboral, pero que acarrea limitaciones al culminar; pues EsSalud no actualiza sus padrones con la debida oportunidad.

Otra razón importante que limita el acceso de la población a los establecimientos de salud en las tres regiones analizadas – sobre todo en Huancavelica (29% y 24% para la población con seguro y sin seguro respectivamente) – son las deficiencias de los establecimientos de salud (lejanía del establecimiento, tiempo de atención, maltrato del personal); esto sería un indicador de baja calidad percibida del servicio por parte de la población.

Efectivamente, un factor que limita el acceso a los servicios de salud es el importante déficit de infraestructura que existe en el sector. Si bien entre los años 2002 y 2009 la infraestructura en salud – número de postas, centros y hospitales – creció a una tasa de 1.5% por año (Apoyo Consultoría, 2012), la brecha de infraestructura en el sector es todavía importante. De acuerdo a un estudio elaborado por ESAN y la Universidad del Pacífico, la brecha en infraestructura para el primer nivel de atención en salud podría ser cerrada con una inversión total de US\$ 478 millones (AFIN, 2012).

El Cuadro N° 19 presenta información sobre el número de establecimientos de salud por cada mil habitantes. Como se puede apreciar el número de centros y puestos de salud por cada mil habitantes, en el ámbito de estudio, es superior al promedio nacional –especialmente, en el caso de puestos. El mayor número de puestos y centros por cada mil habitantes en estos departamentos en relación al nivel nacional responde principalmente a la importancia que se le ha dado en estos departamentos a la inversión en salud y a las características demográficas de su población, la cual es predominantemente rural (62% en Apurímac, 49% en Ayacucho y 79% en Huancavelica)¹⁰.

Cuadro N° 19: Establecimiento de salud por cada mil habitantes, 2012

Región	Hospitales	Centros	Puestos
Apurímac	0.02	0.15	0.70
Ayacucho	0.02	0.09	0.49
Huancavelica	0.01	0.14	0.72
Nacional	0.02	0.07	0.24

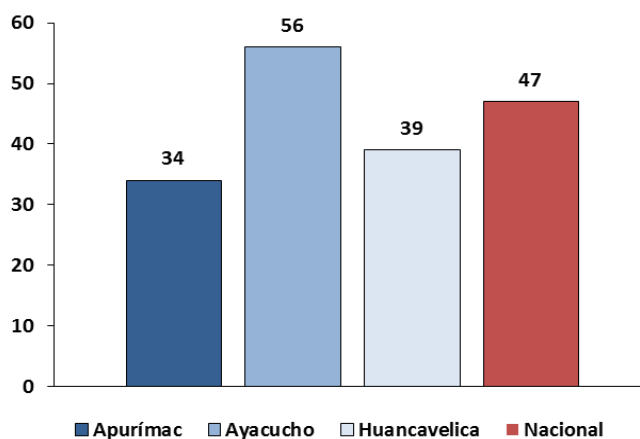
Fuente: INEI
Elaboración propia

Sin embargo, y a pesar de que el número de centros y puestos es mayor en los tres departamentos estudiados en comparación con el promedio nacional; este número aún es insuficiente. Como se aprecia en el Gráfico N° 2, el tiempo promedio de traslado a pie al establecimiento de salud más cercano en las zonas rurales de cada uno de los departamentos supera los 30 minutos. Esta es una cifra alta, en especial para acceder a salud preventiva (Apoyo Consultoría, 2012). Además, en las visitas de campo se ha corroborado las limitaciones que tiene la oferta del primer nivel de salud en estas regiones, e inclusive el recojo

¹⁰ ENAHO (2012).

de testimonios sobre el logro de determinados niveles de categorización de establecimientos por recursos asignados solo temporalmente.

Gráfico N° 2: Tiempo promedio de traslado a pie al establecimiento de salud más cercano en zonas rurales, en minutos, 2012



Información referencial
Fuente: ENAPRES
Elaboración propia

3.2. Garantía de Oportunidad

De acuerdo al reglamento de la Ley AUS, esta garantía se refiere a los plazos de tiempo máximos para que el usuario, una vez ingresado al establecimiento de salud, reciba las prestaciones garantizadas en el PEAS¹¹. Si bien no se cuenta con un indicador de uso extendido que mida precisamente esta garantía, a continuación –y basados tanto en información primaria como secundaria– se muestran datos que nos dan indicios de los plazos que tienen que esperar los pacientes para ser atendidos.

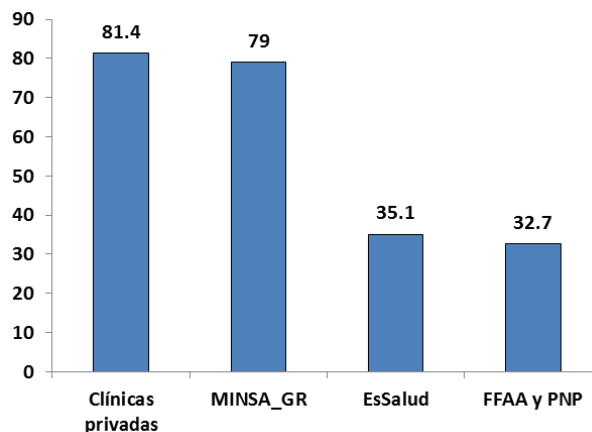
Uno de los principales problemas identificado en los grupos focales realizados con los pacientes de EsSalud (ver Sección 2) fue la dificultad para conseguir citas y el tiempo que se debe esperar para poder ser atendido. Incluso algunos de los asistentes a los grupos focales manifestaron que preferían pagar por una atención en el hospital de la DIRESA o en un establecimiento privado a tener que esperar los plazos que EsSalud les planteaba. Si bien no se cuenta con la información departamental, el anuario estadístico de la SUNASA presenta información que guarda relación con la información obtenida en los grupos focales. Así, según el estudio de percepción de los usuarios de servicios de salud – 2013¹², tan solo el 35% de afiliados a EsSalud consigue una cita para el día requerido. Este porcentaje es muy inferior al

¹¹ Artículo N° 116 del DS-008-2010-SA

¹² Estudio elaborado a solicitud de la SUNASA en Lima Metropolitana y Callao, y las regiones de Piura, Loreto, San Martín, Huancavelica, Apurímac y Ayacucho. Cuenta con un nivel de confianza del 95% y un error máximo permisible promedio menor a 10%.

presentado en los establecimientos de DISAS o gobiernos regionales (79%) y en los establecimientos privados (81.4%) (Ver Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3: Porcentaje de citas que son brindadas el día que solicita el usuario



Fuente: SUNASA
Elaboración propia

El estudio de percepción de los usuarios de servicios de salud – 2013, presenta también información sobre el tiempo de espera desde que las personas ingresan al establecimiento de salud hasta que las atienden en el servicio de emergencia. Como se puede apreciar en el Cuadro N° 20, el tiempo de espera en los servicios de emergencia es considerablemente mayor al tiempo de espera en los establecimientos de la DIRESA. Se puede apreciar, igualmente, que mientras los tiempos de espera son mayores en Ayacucho, esto se podría deber a la mayor proporción de población urbana de este departamento en relación a Apurímac y Huancavelica.

Cuadro N° 20: Tiempos de espera promedio para ser atendido en emergencia

Región	DIRESA	EsSalud
Apurímac	17.9	40.1
Ayacucho	28.3	48.7
Huancavelica	11.6	35

Fuente: SUNASA
Elaboración propia

Según lo conversado con los directores de los hospitales en cada una de las regiones – sobre todo con los de EsSalud – uno de los principales problemas que origina las demoras en las atenciones y el diferimiento de citas es la falta de personal médico en general y de médicos especialistas en particular. Por otro lado, según la percepción de los usuarios, identificada en los grupos focales, el problema se centra en la organización de los servicios, la actitud del personal a cargo, las descoordinaciones en el sistema de referencia y contrarreferencia que afecta a población rural, además de las carencias antes mencionadas.

La falta de personal es un problema no solo en estas regiones, sino a nivel nacional. Perú tiene un total de 1.7 médicos por cada mil habitantes, promedio por debajo del latinoamericano. La disponibilidad de enfermeras, 1.3 por cada mil habitantes, está por debajo del promedio en los países de ingresos medios bajos (1.5) (Consejo Nacional de Salud, 2013). La falta de médicos especialistas es un problema aún mayor, sobre todo considerando las inequidades en la distribución geográfica de los recursos humanos en salud. En las entrevistas realizadas a actores claves se pudo conocer que aproximadamente el 70% de médicos especialistas se concentran en Lima, y, aproximadamente el 82% en las ciudades de Lima, Arequipa y Trujillo. Lo anterior va en línea con la información mostrada en el Cuadro N° 21, donde se aprecia claramente que el número de médicos per cápita en los departamentos estudiados se encuentra significativamente por debajo del promedio nacional y no se han encontrado aún los incentivos o mecanismos necesarios que permitan solucionar el problema.

Cuadro N° 21: Número de médicos por cada mil habitantes, 2012

Región	2010	2011	2012
Apurímac	0.77	0.90	1.01
Ayacucho	0.57	0.56	0.56
Huancavelica	0.51	0.54	0.56
Nacional	1.66	1.62	1.71

Fuente: INEI
Elaboración propia

En la labor de campo se ha podido corroborar el reclamo de los usuarios por la carencia de médicos especialistas, principalmente en los hospitales de la DIRESA y EsSalud. A ello se suma, en estas instituciones, los reportes de la existencia de modalidades de atención particulares (15 x 15, por horas de atención, labor compartida entre el hospital de la DIRESA y el de EsSalud, entre otras) que afectan la disponibilidad efectiva y productividad de esta oferta en el sector público.

3.3. Garantía de Calidad

De acuerdo al reglamento de la Ley AUS, esta garantía se refiere al mejor manejo clínico en el otorgamiento de las prestaciones de salud contenida en el PEAS. Al igual que en el caso anterior, si bien no se cuenta con un indicador que mida precisamente esta garantía, a continuación se muestra información que dan idea de la calidad de los establecimientos de salud.

En los grupos focales realizados se identificó que muchos de los problemas priorizados estaban relacionados con la calidad de la atención recibida (ver Sección 2); los asistentes a los grupos focales se quejaban de la mala atención por parte de los médicos en los

establecimientos tanto de EsSalud como del gobierno regional¹³, los cuales según ellos en muchos casos los maltrataban, no brindaban información e incluso en algunos casos los discriminaban.

La información recogida en los grupos no se alinea del todo con algunos de los resultados obtenidos en el estudio de percepción de los usuarios de servicios de salud – 2013. Por ejemplo, según este estudio, el grado de satisfacción global¹⁴ con el servicio recibido en el establecimiento de salud supera el 60% tanto en los establecimientos del gobierno regional como de EsSalud (ver Cuadro N° 22).

Cuadro N° 22: Satisfacción global con el servicio recibido en los establecimientos

	Apurímac	Ayacucho	Huancavelica
EsSalud	65.20	63.30	74.7
Gob. Regional	74.5	67.6	74.6

Fuente: SUNASA
Elaboración propia

Una explicación a las diferencias entre la información recogida en los grupos focales y la información presentada en el cuadro anterior se basa en la metodología de selección de usuarios de los grupos focales, la cual no se realiza de manera aleatoria. Así, es bastante factible que los participantes de los grupos focales hayan asistido a los mismos precisamente porque tenían algún reclamo que hacer. Sin embargo, un aspecto coincidente entre la información recabada en los grupos focales y la observada en el Cuadro N° 22 es que la disconformidad con la atención recibida es mayor en los establecimientos de EsSalud que en los del gobierno regional.

A continuación, se presentan algunos indicadores relacionados con las prestaciones de salud otorgadas a las madres gestantes afiliadas al SIS, como variables proxy de la calidad de la atención en salud.

El Cuadro N° 23 muestra información sobre el uso de oxitocina en el parto. El uso de oxitocina es considerado un procedimiento de rutina durante el parto para mejorar la contracción del útero. De acuerdo al personal de PARSALUD, la oxitocina se debe utilizar en el 100% de los partos; tal como se aprecia en el Cuadro N° 23, efectivamente los porcentajes de uso de oxitocina son cercanos al 100% tanto a nivel nacional, como en cada uno de los departamentos estudiados.

¹³ En los casos de Ayacucho y Apurímac, los asistentes mencionaron incluso que los médicos los maltrataban en los establecimientos de EsSalud, pero cuando el mismo médico los atendía en su consultorio privado su trato era totalmente diferente.

¹⁴ Aquellos encuestados que sostuvieron estar “muy satisfechos” o “satisfechos” con la atención recibida.

Cuadro N° 23: Uso de oxitocina durante el parto, afiliadas al SIS, %

Región	2008	2011
Apurímac	96	97
Ayacucho	98	98
Huancavelica	98	97
Nacional	96	98

Fuente: PARSALUD
Elaboración propia

El Cuadro N° 24 muestra información del porcentaje de madres gestantes afiliadas al SIS que recibieron sulfato de magnesio ($MgSO_4$) ante la presencia de hipertensión inducida por la gestación (HIG) severa. Debido a la amplia experiencia en su uso y su relativa seguridad, tanto para la madre como para el neonato, el sulfato de magnesio ($MgSO_4$) es uno de los pilares en el tratamiento de la HIG severa (Soni, 2011). Como se aprecia, a diferencia del uso de oxitocina, en este caso el porcentaje de madres que reciben el $MgSO_4$ es mucho menor. De acuerdo a especialistas de PARSALUD, una de las razones para este bajo uso del $MgSO_4$ es la falta de capacidades del personal de salud para su correcta utilización. Por otro lado, dos situaciones observadas en el Cuadro N° 24 llaman fuertemente la atención: i) en primer lugar, es muy positivo –aunque todavía no suficiente– el incremento del uso de $MgSO_4$ en Huancavelica y ii) en segundo lugar, a diferencia de Huancavelica, es alarmante la disminución en su uso en Apurímac. Dado que la disminución solo se da en este departamento, una posible explicación sería la mala gestión para lograr la disponibilidad de $MgSO_4$ por parte del sistema de suministro del Gobierno Regional.

Cuadro N° 24: Uso de $MgSO_4$ en caso de HIG severa, afiliadas al SIS, %

Año	2008	2011
Apurímac	19	13
Ayacucho	29	30
Huancavelica	12	37
Nacional	32	39

Fuente: PARSALUD
Elaboración propia

Finalmente, el Cuadro N° 25 muestra información sobre el uso de corticoides en gestantes pre-término. El tratamiento con corticoides en caso de gestantes pre-término reduce la mortalidad y morbilidad perinatal después de las 28 semanas de gestación (Smreck, et al., 2005). Como en los casos anteriores, este tratamiento se debería utilizar en el 100% de los partos pre-términos; sin embargo, su uso no supera el 40% en ninguno de los departamentos. En línea con el uso de $MgSO_4$, es positivo el mayor uso de corticoides en Huancavelica; nuevamente, es preocupante la disminución en Apurímac.

Cuadro N° 25: Uso de corticoides en gestantes con parto pre-término, afiliadas al SIS, %

Año	2008	2011
Apurímac	32	14
Ayacucho	14	29
Huancavelica	10	36
Nacional	19	22

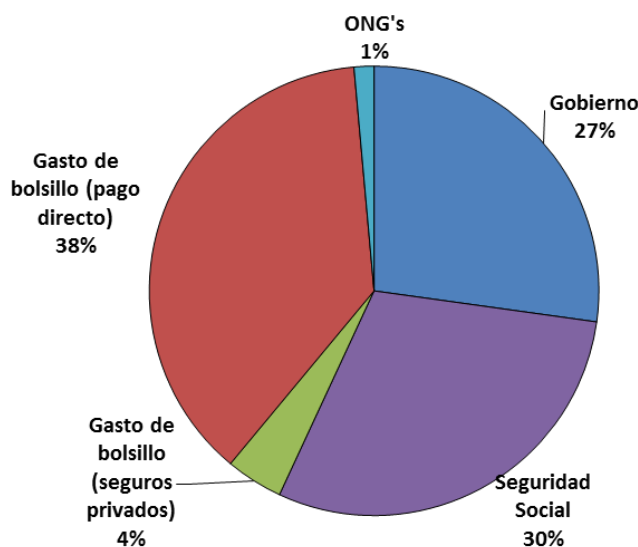
Fuente: PARSALUD
Elaboración propia

3.4. Garantía de protección Financiera

Finalmente, en esta sección se analiza la protección financiera que proviene de estar afiliado a un seguro de salud; es decir, si se protege al asegurado de tener que realizar pagos de bolsillo por recibir una atención en salud, de incurrir en gastos catastróficos en salud o de caer en situación de pobreza.

A pesar del importante crecimiento en el porcentaje de personas afiliadas a algún esquema de aseguramiento en salud (ver Gráfico N° 1) y del crecimiento en el gasto público en salud (ver Cuadro N° 11), según información de la OMS para el año 2011, los gastos de bolsillo en salud –en particular los pagos directos– siguen siendo la fuente más importante del financiamiento del gasto en salud¹⁵, tal como lo muestra el Gráfico N° 4.

Gráfico N° 4: Fuentes de financiamiento del gasto en salud, 2011



Fuente: Global Health Expenditure Data Base
Elaboración propia

El Cuadro N° 26 muestra la importancia de los gastos de bolsillo (paga directo) en salud per cápita, en relación al gasto total per cápita. Se puede apreciar, que entre las personas

¹⁵ De acuerdo con el documento Cuentas Nacionales de Salud Perú, 1995 – 2005 (MINSA & CIES, 2008), el gasto de salud de los hogares representó el 46%, el 37% y el 34% del gasto total en salud en los años 1995, 2000 y 2005 respectivamente. De esta forma el gasto de los hogares fue la principal fuente de financiamiento del gasto en salud durante estos años.

aseguradas la importancia de los gastos de bolsillo (paga directo) en salud per cápita, en relación al gasto total per cápita es menor que en las personas sin seguro. Sin embargo la importancia de los gastos de bolsillo (paga directo) en salud per cápita se ha incrementado entre el 2008 y el 2012, tanto para las personas sin seguro como para las con seguro. En la misma línea, (Petrera, 2012: 56 - 58) muestra que el gasto de bolsillo en salud de los asegurados SIS fue menor que el de los no asegurados, aunque las diferencias se han ido acortando en el tiempo.

Así, tal como mencionan (Díaz & Valdivia, 2009), la protección financiera de los asegurados podría estar siendo sobrestimada por los indicadores de afiliación, en tanto los afiliados al SIS o EsSalud aún tienen que incurrir en gastos de bolsillo si es que quieren garantizar una atención en salud oportuna y de calidad. En efecto, en los grupos focales realizados, de acuerdo a los asistentes, en muchos casos ellos se veían forzados a pagar por una consulta, debido a las dificultades que encontraban para atenderse en el establecimiento de salud asignado por su respectiva IAFAS.

Sin embargo, cabe destacar que (Petrera, 2012: 68) menciona que el crecimiento del gasto de bolsillo en salud durante una política de aseguramiento no permite concluir “per se” de su fracaso; pues como se ha evidenciado en países como México y Brasil, en un contexto de crecimiento económico, el gasto de bolsillo en salud tiende a incrementarse aun con una política exitosa de aseguramiento universal.

Cuadro N° 26: importancia de los gastos de bolsillo (paga directo) en salud per cápita, en relación al gasto total per cápita (gasto de bolsillo/gasto per cápita)*100

Región	2008		2012	
	Con seguro	Sin seguro	Con seguro	Sin seguro
Apurímac	1.83	4.63	2.96	3.96
Ayacucho	2.61	5.44	4.02	5.69
Huancavelica	1.21	2.28	1.65	3.51
Nacional	3.74	4.7	3.96	4.63

Información referencial
Fuente: ENAHO
Elaboración propia

A nivel nacional, en el 2012 el gasto de bolsillo promedio per cápita fue de S/. 593 al año¹⁶; el gasto de bolsillo promedio en consultas¹⁷ fue de S/. 434 per cápita al año¹⁸, mientras que el gasto de bolsillo promedio en medicamentos fue de S/. 378 per cápita al año¹⁹. Sin embargo, al analizar el gasto de bolsillo total en consultas y medicamentos, se aprecia claramente la importancia del gasto total en medicamentos (S/. 4,170 mil millones por año) frente al gasto

¹⁶Promedio respecto de los que incurren en gasto de bolsillo.

¹⁷Incluye consultas, servicio dental, servicio oftalmológico, control de salud de los niños y control de embarazo.

¹⁸ Promedio respecto de los que incurren en gasto de bolsillo en consultas.

¹⁹Promedio respecto de los que incurren en gasto de bolsillo en medicamentos.

total en consultas (S/. 2,270 millones); en el 2012, el gasto en medicinas representó aproximadamente el 55% del gasto de bolsillo en salud.

A continuación se presentan indicadores del gasto catastrófico en salud y de empobrecimiento por gasto de bolsillo (pago directo) en salud. Para identificar el gasto catastrófico en salud – definido por (Stiglitz, 1995) como aquel gasto médico tan elevado que obliga a los individuos a reducir significativamente su nivel de vida – se adopta una definición operativa similar a la adoptada por (OMS, 2010). Así, se considera como gasto catastrófico en salud a todo gasto de bolsillo (pago directo) en salud que exceda el 40% de la capacidad de pago del individuo; siendo la capacidad de pago del individuo la diferencia entre el gasto total per cápita y la línea de pobreza per cápita²⁰²¹.

El Cuadro N° 27, muestra la evolución del gasto catastrófico en salud para cada una de las regiones estudiadas de acuerdo a la condición de aseguramiento.

Cuadro N° 27: Incidencia de gasto catastrófico en salud, %

Región	Asegurado	2008	2009	2010	2011	2012
Apurímac	Sin seguro	18.1	14.7	11.3	21.4	23.4
	Con seguro	8.6	7.9	12.7	16.8	21.1
Ayacucho	Sin seguro	24.0	20.7	20.5	26.8	27.0
	Con seguro	13.2	15.5	19.1	23.8	21.5
Huancavelica	Sin seguro	14.3	30.9	11.5	11.3	15.7
	Con seguro	8.1	19.6	13.0	16.1	8.8
Nacional	Sin seguro	21.6	19.3	19.2	18.0	17.7
	Con seguro	16.2	16.2	16.6	16.7	14.5

Información referencial
Fuente: ENAHO
Elaboración propia

El Cuadro N° 27 muestra que estar asegurado a un seguro de salud reduce la posibilidad de incurrir en gastos catastróficos en salud. Así, para las tres regiones estudiadas y para el promedio nacional, la proporción de personas que incurren en un gasto catastrófico en salud es mayor para las personas sin seguro que para las personas con seguro de salud.

Sin embargo, una característica más difícil de explicar respecto del gasto catastrófico en salud es su evolución; pues como se evidencia la proporción de personas que incurren en gasto catastrófico en los departamentos estudiados ha ido creciendo tanto para las personas con seguro como sin seguro. El caso más dramático es el caso de las personas con seguro en Apurímac donde el gasto catastrófico se eleva de 8.6% a 21.1%. Para explicar este

²⁰ Esta definición de capacidad de pago, (Petrera, 2012: 18) considera a la capacidad de pago como los ingresos efectivos que estén por encima de la línea de pobreza extrema. Cabe resaltar, que según (Xu, et al., 2007) si bien no hay consenso sobre la definición operativa del gasto catastrófico en salud, si lo hay en cuanto a que este debe ser calculado en relación a la capacidad de pago.

²¹ Es importante resaltar, que de acuerdo a esta definición, cualquier gasto de bolsillo (pago directo) en salud en el que incurra una persona pobre será considerado como un gasto catastrófico en salud.

comportamiento se presentan dos posibles hipótesis: i) el crecimiento económico experimentado por estas regiones (ver Sección 5) incentiva a un mayor gasto de bolsillo en salud por parte de los individuos con y sin seguro, y ii) el crecimiento en el porcentaje de afiliados al SIS genera presiones de demanda que debido al déficit de infraestructura y recursos humanos no puede ser atendido del todo por la oferta pública. Ante esta situación, los asegurados se ven forzados a incurrir en gastos de bolsillo en salud; explicando así el mayor crecimiento en la proporción de gasto catastrófico en las personas con seguro de salud. Esta última hipótesis se ve reforzada por la evidencia mostrada en el Cuadro N° 17, donde se aprecia que la atención efectiva de las personas afiliadas al SIS ha disminuido significativamente entre el 2008 y el 2012 en Apurímac. Las razones esbozadas en las líneas previas se presentan a manera de hipótesis, las cuales deben ser estudiadas en mayor detalle.

Finalmente, el Cuadro N° 28 muestra información sobre si el gasto de bolsillo (pago directo) en salud genera el empobrecimiento de la población. Se dice que un individuo se ha empobrecido por un gasto de bolsillo (pago directo) en salud, si su gasto total per cápita supera la línea de pobreza, pero su gasto total, neto del gasto en bolsillo (pago directo) en salud, no supera la línea de pobreza.

En líneas generales, se observa que la posibilidad de empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud es mayor en la población sin seguro de salud (entre 3 y 4 por ciento en el 2012, a excepción de Huancavelica 1.2%), que en la población con seguro (entre 1 y 2.5 por ciento para el 2012). Estos resultados guardan relación con la información presentada en el Cuadro N° 27.

Cuadro N° 28: Empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud, %

Región	% de pobreza	2008		2012	
		Sin seguro	Con seguro	Sin seguro	Con seguro
Apurímac	Antes del gasto	63.4	73.2	36.2	58.1
	Después del gasto	65.4	74.3	40.5	59.8
	Empobrecimiento	2.0	1.1	4.2	1.7
Ayacucho	Antes del gasto	49.2	64.9	47.2	54.0
	Después del gasto	53.1	66.5	50.6	56.4
	Empobrecimiento	3.9	1.6	3.3	2.4
Huancavelica	Antes del gasto	75.5	81.5	42.6	50.7
	Después del gasto	76.7	82.2	43.8	51.7
	Empobrecimiento	1.2	0.7	1.2	1.1
Nacional	Antes del gasto	35.5	38.3	23.4	27.1
	Después del gasto	39.0	40.5	26.8	29.4
	Empobrecimiento	3.5	2.2	3.4	2.3

Información referencial
Fuente: ENAHO
Elaboración propia

4. Mapeo de actores

El mapeo de actores, en el marco del presente estudio, identifica: i) las instituciones relevantes para el desarrollo e implementación del AUS en el ámbito de los gobiernos regionales de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, ii) sus intereses respecto a la implementación del AUS y iii) los niveles de poder con el que cuentan.

Este análisis permite contar con un primer panorama sobre las instituciones y actores con los cuales la SUNASA debe desarrollar y reforzar relaciones a fin de fortalecer su rol en la implementación del AUS.

4.1. Identificación de instituciones

En el siguiente cuadro se presenta a los actores relevantes identificados, agrupados según sus funciones, y los objetivos que les interesa alcanzar en el marco del AUS.

Cuadro N° 29: Actores relevantes e intereses

Grupo	Entidad	Interés
Institución rectora	MINSA	Conducir estratégicamente y lograr la implementación efectiva del AUS
Institución supervisora	SUNASA	Registrar, autorizar, supervisar y regular a las IAFAS; supervisar a las IPRESS en el marco del AUS ²²
Instituciones rectoras, conductoras, coordinadoras, promotoras a nivel regional	Gobiernos Regionales (GR): Gerencia de Desarrollo Social y Dirección Regional de Salud	Lograr la implementación efectiva del AUS en su región
Instituciones promotoras a nivel local	Gobiernos provinciales y locales	Promocionar y promover el AUS en su jurisdicción.
IAFAS Públicas	SIS	Otorgar aseguramiento en salud a su población objetivo, garantizando la protección financiera del asegurado.
	FISSAL (UE del SIS)	
	EsSalud	
	Sanidades de la PNP	
	Sanidades de las Fuerzas Armadas	
IAFAS Privadas	Entidades Prestadoras de Salud (EPS)	Otorgar aseguramiento en salud a la población con capacidad de pago, garantizando la protección financiera del asegurado.
	Compañías de seguros privados de salud	
Instituciones administrativas a nivel regional	Unidades Ejecutoras - Redes de Salud	Brindar soporte a la prestación de salud en su red de establecimientos.
IPRESS públicas	Establecimientos de salud de los GR	Prestar atenciones de salud a su población objetivo o a los asegurados

²²En el marco del proceso de reforma del sector salud en curso, las autoridades han anunciado la ampliación (sectorial) de sus funciones.

Grupo	Entidad	Interés
	Red asistencial de EsSalud	de las IAFAS con las que tengan convenio.
	Establecimientos de salud de la FFAA	
	Establecimientos de salud de la PNP	
IPRESS privadas	Establecimientos de salud privados	Prestar atenciones de salud a los asegurados de las IAFAS con las que tengan convenio.
Otras	Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)	Lograr equidad en el gasto social del SIS.
	Organismos Cooperantes	Asistir técnicamente en la implementación del AUS.
	Usuarios organizados	Vigilar el respeto de los derechos de los asegurados.

Elaboración Propia

4.2. Matriz de poder/interés

A continuación, siguiendo la metodología planteada por (Mind Tools, s.f.), se ubica a cada una de las instituciones identificadas en el cuadro de actores (Cuadro N° 29) en una matriz de poder/interés. Los actores principales están ubicados dentro de ésta según el nivel de influencia y poder que tengan para limitar o facilitar el mencionado proceso, en 4 cuadrantes (ver Gráfico N° 5). Así, si el actor:

- a) Tiene alto poder y alto interés, se deberá “supervisar de cerca”; es decir, involucrarlo en los procesos y gestionar sus relaciones para mantener el apoyo brindado.
- b) Tiene alto poder y bajo interés, se deberá “mantener satisfecho”; es decir, realizar un cierto esfuerzo para mantenerlo a gusto y, además, motivar su interés.
- c) Tiene bajo poder y alto interés, se deberá “mantener informado”; es decir, mantenerlo adecuadamente notificado sobre los detalles del proceso y consultarlo en áreas de interés.
- d) Tiene bajo poder y bajo interés, se deberá “monitorear”; es decir, comunicarle lo mínimo necesario sobre el proceso.

Las instituciones ubicadas en el primer cuadrante son las más importantes dentro del proceso del AUS en las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. Con éstas, la SUNASA – la cual a su vez forma parte de este cuadrante– debe desarrollar/fortalecer sus relaciones. Dentro de este cuadrante, se han ubicado a los siguientes agentes (además de la SUNASA):

- MINSA: es el órgano con más poder dentro del proceso de AUS, ya que es el órgano rector por ley, y cuenta con la facultad de normar a todas las instancias descentralizadas vinculadas al proceso del AUS. Así mismo, cuenta con un alto interés en desarrollar el AUS, al ser uno de sus principales lineamientos de política.
- Gobiernos Regionales: en el respectivo ámbito de sus regiones son los encargados, fundamentalmente a través de la DIRESA, de conducir el desarrollo del AUS de acuerdo a las políticas y normas que emita el MINSA. Los Gobiernos Regionales también cuentan con un alto interés en el AUS al ser este uno de sus principales objetivos en el sector salud, pero que por la amplitud y diversidad de sus funciones puede ser relegado.
- SIS: cuenta con un alto poder dentro del proceso de AUS pues es el encargado de administrar los fondos públicos destinados al financiamiento de prestaciones de salud. En los departamentos analizados, el SIS es largamente la principal IAFAS y por ende la que tiene mayor poder en el proceso de desarrollo del AUS.
- UE-Redes de Salud: tienen un alto poder, pues junto con la DIRESA son las encargadas de administrar los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales y de transferir recursos, que resultan críticos para la operación de la prestación de salud.
- IPRESS públicas (establecimientos de salud de los gobiernos regionales): tienen una gran importancia pues son los encargados de brindar las atenciones en salud. Sin embargo, su capacidad de acción se ve limitada por las características del proceso de planificación y dotación de recursos que reciben de las UE (en el caso de los establecimientos pertenecientes al Gobierno Regional) y de la sede central (en el caso de los establecimientos pertenecientes a las redes asistenciales de EsSalud)²³.
- Gobiernos provinciales y locales: dentro del ámbito de su jurisdicción tienen el encargo de promover y fortalecer el proceso de AUS. Su poder de acción se ve limitado por la falta de información clave, decisión política y recursos tanto económicos como humanos.
- SISFOH: la relevancia y operación de este sistema es de especial importancia en los departamentos estudiados, pues define la elegibilidad de los potenciales beneficiarios para ser afiliados al régimen subsidiado del SIS. El SISFOH puede ser un elemento dinamizador o limitante del AUS y debiera ser evaluada, sobre todo en zonas con una pobre relación de costo–beneficio de su intervención²⁴.

²³En el caso de EsSalud se aprecia que la separación de la función financiamiento de la función prestación, no está claramente definida, identificándose estas funciones en las Gerencias Centrales de Prestaciones de Salud y de Aseguramiento principalmente.

²⁴ La aplicación del SISFOH en localidades rurales, con altos índices de pobreza, es un aspecto a dilucidar.

En el cuadrante 2 están las entidades con un alto poder para implementar el AUS, pero que por razones estructurales muestran un bajo interés en el mismo. Se encuentra ubicada en este cuadrante la IAFAS e IPRESS EsSalud:

- IAFAS e IPRESS EsSalud: institución clave en el sector salud. Brinda seguros de salud, en el marco del logro de la seguridad social de sus afiliados, principalmente a trabajadores con relación laboral formal. Por la naturaleza de su mandato y actual diseño organizacional, su labor se centra estrictamente en su población con cobertura, no desarrollando una dinámica de expansión del aseguramiento, más allá de la propia inercia del proceso de formalización del empleo que viene ocurriendo en el país.

En el cuadrante número 3 se encuentran aquellas entidades que muestran un gran interés en la implementación del AUS, pero cuyo poder de acción por distintos factores es limitado. Dentro de este cuadrante se han ubicado a las siguientes entidades:

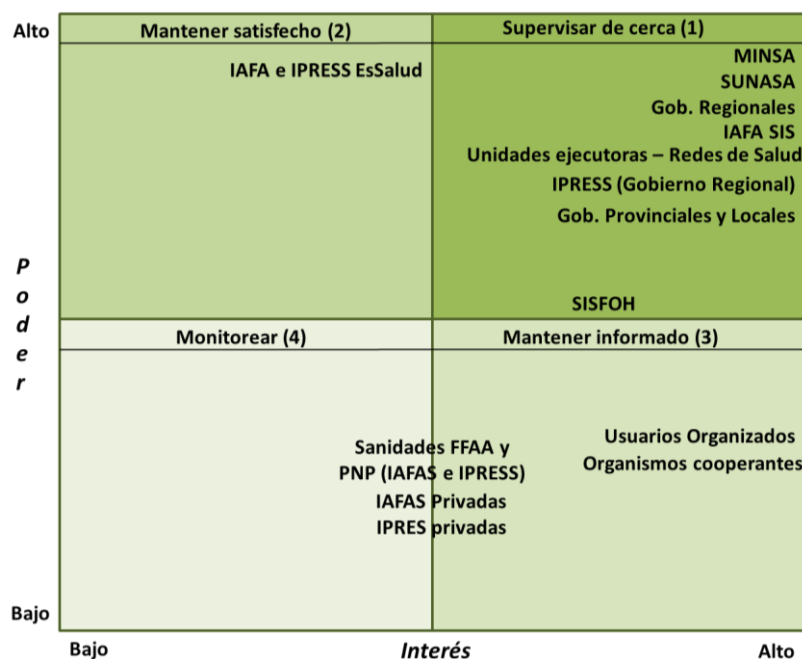
- Usuarios (organizados o no): poseen un alto interés en el proceso del AUS pues éste tiene incidencia directa en la atención de salud que reciben. Sin embargo, en los *grupos focales*, realizados en cada una de las regiones estudiadas, se apreció que estos grupos no se encuentran lo suficientemente empoderados por falta de información sobre sus derechos en el marco del AUS, sobre a quién acudir en caso de tener algún reclamo o sugerencia, así como por la dificultad para organizarse, y lidiar con sus labores y responsabilidades para sostener a sus familias²⁵.
- Cooperantes: muestran un alto interés en que se puedan cumplir la meta del AUS, logrando el acceso a una atención oportuna, de calidad y con protección financiera. No obstante, la implementación de sus recomendaciones o asistencia técnica está sujeta a la voluntad del MINSA o la DIRESA según corresponda.

Finalmente, en medio del cuadrante 3 y 4 se ubicó tanto a las IAFAS como a las IPRESS privadas, así como a las sanidades de la PNP y las FFAA. En el caso de las IAFAS privadas; así como el de las sanidades (IAFAS públicas), su presencia y penetración en el mercado de la salud, en los departamentos analizados, es prácticamente nula²⁶. En el caso de la IPRESS privadas, si bien su presencia se está incrementando en los últimos años, aún es baja y su financiamiento se realiza principalmente mediante pago de bolsillo; por su parte, los establecimientos de salud pertenecientes en a las sanidades solo hacen un total de 5 en las tres regiones.

²⁵Los asegurados del SIS son particularmente vulnerables a los traslados desde localidades rurales y los de EsSalud a la necesidad de cumplir con sus obligaciones laborales, además en ambos casos deben asumir responsabilidades de lograr sostener a sus familias.

²⁶ Ver sección de tendencias y situación actual.

Gráfico N° 5: Matriz poder/interés



Elaboración Propia

5. Matriz de causa efecto

Para desarrollar esta sección se organizará la información en una secuencia de procesos relacionados al AUS, diferenciando en lo posible los ámbitos de EsSalud y el SIS. No se muestra en el análisis la función de rectoría nacional, ni de los procesos específicos que desarrolla la conducción y el monitoreo estratégico, pues no es parte del estudio en esta etapa. Sin embargo, no puede dejar de mencionarse que sus acciones tienen un alto efecto en el sistema de salud.

La presentación de la matriz se organiza en función al ámbito de pertenencia de los asegurados (SIS o EsSalud), lo cual excluye en esta etapa a las personas que no tienen derecho a alguno de estos seguros, por razones económicas o sociales (no pobres monetarios o no dependientes de un empleo formal y en planilla).

Procesos identificados:

- Mercadeo/difusión a beneficiarios y asegurados
- Afiliación
- Prestación
- Financiamiento
- Información (transversal)
- Modulación (regional)
- Supervisión
- Vigilancia ciudadana

De este modo, a continuación se presentan las matrices de Causa-Efecto, por cada uno de los procesos identificados:

Proceso: Mercadeo/difusión a beneficiarios y asegurados

Causas	Efectos
<p>Ámbito: SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado enfoque de derecho en las estrategias de información dirigidas a la población potencialmente beneficiaria. • Aparente carencia de estrategias con enfoque de interculturalidad para llegar con mensajes clave a población quechua hablante y rural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurados no conocen y no ejercen eficazmente sus derechos sobre IAFAS SIS e IPRESS relacionadas. • Asegurados no cuentan con mecanismos para organizarse en este aspecto. • Población que puede ser beneficiaria del SIS no accede al mismo por desinformación. • Población quechua hablante, sobre todo rural, sufre de discriminación y maltrato por desconocimiento de derechos y desorganización del sistema de salud (Ejemplo: referencias descoordinadas).
<p>Ámbito: EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado enfoque de derecho en las estrategias de información dirigidas a la población potencialmente beneficiaria²⁷. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurados no conocen y no ejercen eficazmente sus derechos en relación a la oferta de servicios que brinda EsSalud. • Asegurados no tienen incentivos o un espacio de interlocución explícito para organizarse en este ámbito.

Proceso: Afiliación

Causas	Efectos
<p>Ámbito: SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de reglas no acordes a contexto social y económico de ámbito rural (SISFOH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusión de pobres que requieren del SIS por razones formales (sobre todo préstamos tomados por la persona o el esposo / esposa).
<p>Ámbito: EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demora en la actualización de base de datos de asegurados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se impide la vigencia del derecho a un seguro de salud (por el SIS) a una persona que tuvo un empleo temporal formal, pero que ya no lo tiene y está en situación de vulnerabilidad.

²⁷EsSalud cuenta con la Defensoría del Asegurado, que tiene como una de sus líneas de trabajo la promoción del cambio de paradigma con enfoque de derecho en el universo de actores en EsSalud.

Proceso: Prestación

Causas	Efectos
<p>Ámbito: SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> No hay monitoreo de las garantías explícitas en la red IPRESS Sistema de referencia y contra referencia poco organizado. Actitud poco adecuada de los trabajadores de salud (principalmente en Hospitales) en relación al trato de los asegurados. 	<ul style="list-style-type: none"> Los parámetros de calidad y oportunidad en la atención son poco cuantificables y por tanto no verificables, afectando el desempeño del sistema y a los pacientes. Maltrato a pacientes, principalmente de zonas rurales, que al llegar al hospital no tienen atención por ausencia del especialista o no tener un cupo. Maltrato a los pacientes (colas, desinformación, suspensión de labores, trato poco amable e incluso hostil). Casos de referencia a consultorios privados.
<p>Ámbito: EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitada capacidad de oferta y cobertura en el primer nivel de atención. Sistema de referencia y contra referencia poco organizado Actitud poco adecuada de los trabajadores de salud en relación al trato de los asegurados. 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurados de ciudades o localidades más pequeñas no acceden a atención por EsSalud. Maltrato a pacientes, principalmente de zonas rurales, que al llegar al Hospital no tienen atención por no tener un cupo. Maltrato a los pacientes (colas, desinformación, trato poco amable e incluso hostil). Casos de referencia a consultorios privados.

Proceso: Financiamiento

Causas	Efectos
<p>Ámbito: SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado monitoreo del modelo capitado en lo concerniente a gestión prestacional Diseño del modelo de pago por servicio en Hospitales 	<ul style="list-style-type: none"> Prestadores tienen relativa discrecionalidad para el manejo de financiamiento SIS, con un rol centrado en lo administrativo por las UE. Reclamos de los hospitales por un aparente desfinanciamiento, considerando ellos que las tarifas son insuficientes.
<p>Ámbito: EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> Presupuestos cuantificados en función a desempeño histórico de redes asistenciales. No se ha delimitado el rol financiador del prestador, con claridad en el departamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Modelo de gestión centrado en el paradigma administrativo lo cual puede conducir a un pobre desempeño de la red. Riesgo de confusión de roles y dificultades en el manejo de interface (Ejemplo: demora en el proceso de pago de intercambio prestacional, por reglas centralizadas y procedimientos internos).

Proceso: Información (transversal)

Causas	Efectos
<p>Ámbito: SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> No se aplican estrategias amigables para que sea vigente el derecho a la información de los usuarios. No se promueve activamente el uso de información por los gestores de la DIRESA y de las IPRESS. 	<ul style="list-style-type: none"> Usuarios poco informados y poco motivados a emplear la información disponible del SIS, que cautele sus derechos. DIRESA e IPRESS no usan información clave para la gestión de su red de establecimientos, lo cual puede ser riesgoso en un entorno de cambio de modalidad de pago (capitado), que debería conducir a una nueva forma de toma de decisiones.
<p>Ámbito: EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> Modelo centralizado de gestión del sistema de información. 	<ul style="list-style-type: none"> Demora en la toma de decisiones en la red departamental por la dependencia de sistemas de información centralizados.

Proceso: Modulación (regional)

Causas	Efectos
<p>Ámbito: SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> No se aprecian políticas regionales de salud que, en el marco de las políticas sectoriales nacionales, alineen el sistema de salud a las prioridades sanitarias y necesidades de salud de sus ciudadanos. 	<ul style="list-style-type: none"> Las acciones sanitarias están definidas desde la instancia nacional, sin una interlocución informada y con estrategias regionales que permitan aumentar su eficacia.
<p>Ámbito: EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> La autoridad regional no tiene injerencia u opinión sobre las decisiones en materia de salud que EsSalud toma en la red asistencial departamental respectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> La red asistencial de EsSalud actúa en el ámbito regional, sin considerar las políticas y necesidades sanitarias regionales.

Proceso: Supervisión²⁸

Causas	Efectos
<p>Ámbito: SIS y EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe una estructura o estrategia “presente” en el sistema de salud regional que tome la responsabilidad por este proceso. Carencia de una alianza entre el Estado y la ciudadanía para materializar una estrategia de monitoreo participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de supervisión de los procesos financieros y prestacionales, lo cual genera un espacio de ausencia de control y vigilancia del sistema regional. Muy limitado papel de los ciudadanos para actuar como “demandantes” del sistema de salud y lograr alinearlos en función de las necesidades regionales.

²⁸En el artículo 31, inciso b del D.S. N° 008-2012 Reglamento de la Ley AUS, se establece que la SUNASA ejerce competencia en materia de supervisión de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones de salud, registro y facultad sancionadora de las IPRESS, vinculadas al AUS.

Proceso: Vigilancia Ciudadana²⁹

Causas	Efectos
<p>Ámbito: SIS</p> <ul style="list-style-type: none">Muy limitado incentivo a que los ciudadanos ejerzan su rol en este aspecto.	<ul style="list-style-type: none">Ciudadanía sin espacios, ni mecanismos para actuar como demanda informada y organizada.
<p>Ámbito: EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none">Muy limitado incentivo a que los ciudadanos ejerzan su rol en este aspecto.	<ul style="list-style-type: none">Asegurados sin espacios explícitos, ni mecanismos para actuar como demanda informada y organizada. A pesar de existir la Defensoría del Asegurado, esta no tiene la capacidad para imponer acciones frente a las denuncias de los asegurados.

²⁹Establecido en el artículo 9 del D.S. N° 008-2012 Reglamento de la Ley AUS, donde se afirma que el MINSA establecerá mecanismos de vigilancia ciudadana a ser desarrollados por los Gobiernos Regionales y Locales para el cumplimiento de los derechos de la población en el aseguramiento universal en salud.

Capítulo II. EVALUACIÓN DEL INTERCAMBIO PRESTACIONAL

El IP es una estrategia propuesta por el Gobierno con la finalidad de mejorar la cobertura y calidad de las prestaciones de los usuarios del sistema de salud. Este IP es útil en un contexto donde coexisten diferentes sub-sistemas o instituciones prestadoras, que tienen oferta complementaria por ubicación (territorio) o nivel de complejidad (capacidad resolutive). En el país el IP pretende ser empleado como un mecanismo de fortalecimiento del AUS, que mejora la cobertura y calidad de la oferta prestacional a los asegurados del SIS o EsSalud. En diciembre de 2013, a través del DL N° 1159, en el marco del proceso de reforma del sector salud, el IP logra un soporte normativo que permite su implementación y desarrollo en el sector público, ampliando su alcance.

En la presente consultoría se entiende que el IP entre EsSalud y el SIS, en el marco del AUS, busca esta complementariedad de la oferta de servicios de salud, para mejorar la cobertura sanitaria de las poblaciones aseguradas y lograr las garantías de acceso, oportunidad de atención, calidad de la atención, y cobertura financiera.

1. Evolución del IP y decisiones de carácter normativo

En la década de los 80, se intentó realizar un proceso de integración del MINSA con el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) – hoy EsSalud – en algunas regiones del país; ello generó confusión y situaciones indefinidas donde establecimientos de salud de una institución eran utilizados por equipos asistenciales de la otra. Así, por ejemplo, en 1987, el Hospital de Tarapoto, ubicado en el departamento de San Martín, debía atender, según el nuevo esquema, a toda la población demandante de servicios de salud, asegurada al IPSS y a la no asegurada también. Este compromiso no se cumplió, pues la población no asegurada terminó por atenderse en establecimientos de menor capacidad resolutive, lo que produjo malestar y reclamos. Casos similares se apreciaron en otros departamentos del país donde se aplicó esta medida.

Posteriormente, en la década de los 90 y los primeros años de la década del 2000, de acuerdo a la información recabada en las entrevistas con funcionarios del SIS y EsSalud, antes de la promulgación de la Ley AUS y su respectivo reglamento, existieron convenios de compra y venta de servicios entre algunos gobiernos regionales y EsSalud, e incluso un convenio marco entre el MINSA, EsSalud y el SIS. Sin embargo, estos convenios no se tradujeron en prestaciones efectivas y sostenibles.

Como se menciona en el producto N° 2, en abril del 2009 se promulgó la Ley AUS. Esta Ley establece como criterio para la articulación de servicios entre las IPRESS mecanismos de pago e intercambio de servicios que deben regir las transacciones de compra-venta de servicios entre las instituciones prestadoras y la provisión de las prestaciones contempladas

en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en las que intervenga al menos una institución pública. Este instrumento inicia una nueva generación de disposiciones y decisiones que se analizan en este documento.

A continuación un repaso cronológico de los principales hitos del IP en el Perú:

- Década del 70: Durante el Gobierno militar se inicia el debate sobre la existencia de un sistema de salud único o la opción de mantener la división de los subsistemas MINSA y EsSalud (antes IPSS).
- Década de los 80: Se intenta aplicar en algunas regiones un mecanismo de integración de las redes asistenciales IPSS (hoy EsSalud) – MINSA. Este intento sin embargo fracasa.
- 1999: MINSA y EsSalud suscribieron un Convenio de Cooperación Interinstitucional para mejorar la eficiencia y eficacia de las prestaciones de salud brindadas por ambas instituciones.
- 2002: Convenio MINSA y EsSalud que tiene como ámbito de aplicación los departamentos de Tacna y Huánuco.
- 2003: Convenio MINSA y EsSalud que incluye a los departamentos de Loreto, Ucayali y Huancavelica. Ambos convenios (2002 y 2003) se orientan a complementar la oferta asistencial de ambas instituciones. Se intenta otorgar prestaciones de salud a la población afiliada al SIS en los hospitales de EsSalud de mayor complejidad, pero no se logra un empleo importante de este mecanismo.
- 2009: Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud, que en su Capítulo V, Artículo 22° menciona los criterios para la articulación de las instituciones prestadoras de salud, incluyendo a los mecanismos de pago e intercambio de servicios.
- 2010: D.S. 008 – 2010 SA, Reglamento de la ley N° 2934, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud, que en el Artículo 148° señala que “Las Instituciones Administradoras de Fondos y las IPRESS, con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad y calidad de las prestaciones de salud... podrán suscribir convenios o contratos de intercambio prestacional con los representantes de las redes funcionales de atención y micro-redes públicas , privadas o mixtas,... estableciendo los mecanismos de contraprestación o financiamiento que corresponden...”, detallando otros aspectos en artículos subsiguientes.
- 2011: Convenio N° 016-2011 MINSA, que formaliza el Convenio específico de cooperación interinstitucional entre el Seguro Social de Salud y el Ministerio de Salud, con participación del SIS para incrementar la cobertura e intercambiar prestaciones

asistenciales en el marco del AUS en el ámbito de Lima Metropolitana. Establece dos modalidades para el intercambio de UBIPs y la compra-venta de servicios

- Mayo 2012: D.S. 005 – 2012 SA, que establece Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional entre los establecimientos de salud financiados por el SIS y EsSalud en el marco de la Ley N° 29344.
- Setiembre 2012: Primer Convenio Específico de Intercambio de Prestaciones de Salud MINSA - Región Huancavelica.
- Diciembre 2012: Convenios MINSA - Regiones de Pasco, Apurímac, Loreto, Ucayali, Ayacucho, Huánuco, Madre de Dios, San Martín (Red EsSalud de Moyobamba), Piura, Tumbes y Callao.
- Agosto 2013: Convenios MINSA - Regiones Puno, Lima Provincias, Arequipa, La Libertad, Ica, Cusco, Cajamarca, Junín, Lambayeque, Tacna, Moquegua, Ancash, Amazonas y San Martín (Red EsSalud Tarapoto).
- Diciembre de 2013: Se aprueba un conjunto de Decretos Legislativos sobre la reforma del sector salud. En particular, el DL N° 1159 establece disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público. Este DL tiene como objeto establecer las condiciones para el IP entre las IAFAS públicas y las IPRESS públicas.

Además de estos hitos, relacionados a decisiones políticas importantes y al establecimiento y cambio del marco normativo, el intercambio de servicios entre estas instituciones (EsSalud – MINSA, luego Gobiernos Regionales), el IP viene ocurriendo en la práctica, a lo largo de este tiempo, debido a la decisión voluntaria de los gestores sanitarios que dirigen instituciones prestadoras. Ello da muestra de una evolución práctica, informal y voluntaria del IP que intenta resolver, aunque con muchas limitaciones, algunos problemas y necesidades de una red insuficiente y desintegrada de servicios de salud en determinados territorios.

2.Evaluación del IP

El análisis del IP se realiza considerando elementos de alcance nacional y la información recabada en cada departamento visitado. El análisis se centra en el estudio de los procesos involucrados, caracterizando los elementos esperados para cada uno de ellos en el diseño del IP y reportando la situación encontrada. Se identifica el modelo de intercambio prestacional vigente en cada región visitada, empleando información de campo, las entrevistas a actores clave³⁰, y los resultados de la aplicación de las demás herramientas, utilizando una matriz para presentar información de manera ordenada.

³⁰ Se emplean contenidos obtenidos de las entrevistas a funcionarios nacionales de la SUNASA, SIS, EsSalud, MINSA.

Así, se organiza la información en una secuencia de procesos relacionados al AUS y al IP, diferenciando en lo posible los ámbitos de las IAFAS EsSalud y el SIS, de las IPRESS EsSalud y las DIRESAs. Se muestra en el análisis la función de rectoría nacional y los procesos específicos que desarrollan la conducción y el monitoreo estratégico.

La presentación de la matriz se organiza en función al ámbito de pertenencia de los asegurados (SIS o EsSalud), lo cual excluye a las personas que no tienen derecho a alguno de estos seguros.

Procesos identificados:

- Rectoría Nacional (conducción y monitoreo estratégico)
- Mercadeo/difusión a beneficiarios y asegurados
- Afiliación
- Prestación (atención de salud, validación de la atención)
- Financiamiento (facturación, pago)
- Modulación (regional)
- Supervisión(monitoreo y evaluación)
- Vigilancia ciudadana

2.1.Matriz de análisis

Proceso: Rectoría Nacional (conducción y monitoreo estratégico)

Diseño	Situación
<p>Organización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comités IP activos nacional y regionales que conducen y monitorizan el proceso de IP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité nacional activo, se espera que tras la aprobación del DL N° 1159, su rol sea incluso más activo. • Comités locales (regionales) prácticamente inactivos, pues han espaciado u omitido sus reuniones luego de una etapa inicial de actividades.
<p>Ámbito: IAFAS SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIS con autoridad definida para conducir y monitorizar el IP. 	<ul style="list-style-type: none"> • La línea de autoridad del SIS en las Regiones es clara por ser el financiador. Pone las reglas, aunque se le reclama su poca comunicación y capacidad de escuchar. La percepción de algunas de las responsables de seguros en las DIRESA es que el

Diseño	Situación
	<p>SIS maneja la data e información y no retroalimenta o interviene para mejorar procesos relacionados.³¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Se mantiene la necesidad de seguir induciendo mayor información por parte de las IPRESS y los gestores regionales.
<p>Ámbito: IAFAS EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> ESSAUD con autoridad definida para conducir y monitorizar IP. 	<ul style="list-style-type: none"> EsSalud tiene un modelo centralizado de gestión y con una cultura organizacional formada. Sus miembros aceptan el IP por ser una decisión central, pero no con entusiasmo. EsSalud al no tener diferenciado sus roles, tiene conflicto entre su rol financiador en el ámbito de la red regional, por la preeminencia de su papel como IPRESS.
<p>Ámbito: IPRESS DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistema prestacional organizado para atender cartera establecida en IP. 	<ul style="list-style-type: none"> La DIRESA no garantiza una oferta acorde a la categorización asignada en el primer nivel de atención, lo cual genera una oferta menor a la institución que demanda servicios para sus asegurados (EsSalud).
<p>Ámbito: IPRESS EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistema prestacional organizado para atender cartera establecida en IP. 	<ul style="list-style-type: none"> La oferta de EsSalud se limita a un Hospital por Región, lo cual permite una fácil organización, con las limitaciones de oportunidad y suficiencia ya conocidas.

Proceso: Mercadeo/difusión a beneficiarios y asegurados

Diseño	Situación
<p>Ámbito: Población SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> Difusión efectiva a población beneficiaria SIS de las ventajas del IP y su ámbito de aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurados SIS no conocen esta oferta complementaria, a veces necesaria en momentos críticos (emergencias). Los mensajes iniciales dados en las regiones fueron muy abiertos, pues daban a entender que el asegurado SIS accedía a toda la oferta EsSalud y viceversa.
<p>Ámbito: Población EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> Difusión efectiva a asegurados EsSalud de las ventajas del IP y su ámbito de aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurados EsSalud de espacios urbanos³² no conocen la existencia de esta oferta complementaria. Pero, se encuentra un mejor conocimiento en los

³¹ Esto es parcialmente aclarado al saberse que el SIS publica la información de pago de prestaciones en su página Web (sección Mundo IPRESS) <http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/>

³² Ello se concluye luego de la realización de los grupos focales y dialogo con autoridades y algunos líderes regionales.

	distritos visitados, donde se brinda atención primaria a cargo de la DIRESA, según testimonio de los equipos de salud de sus EE SS
--	--

Proceso: Afiliación (SIS) y acreditación (ambos)

Diseño	Situación
<p>Ámbito: acreditación de asegurados SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> Los asegurados SIS que requieren atenciones de EsSalud en marco de IP, son identificados fácilmente, por ser pacientes referidos, y por tanto reciben las mismas efectivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Procesos relacionados de SIS y EsSalud no están articulados. Lo que se aprecia es una dificultad inicial para acreditar a un paciente SIS que demanda atención a EsSalud, por la necesidad de obtener y organizar la documentación. Sin embargo, los pacientes SIS referidos por Hospitales DIRESA a EsSalud están adecuadamente identificados.
<p>Ámbito: acreditación de asegurados EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> Los asegurados EsSalud que requieren atenciones de la red de atención primaria de la DIRESA, en el marco del IP, son identificados fácilmente y por tanto son atendidos efectivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Procesos relacionados de SIS y EsSalud no están articulados. Al igual que en el caso previo, se aprecia dificultades iniciales para acreditar a un paciente SIS que demanda atención a ESSALUD, por la necesidad de obtener y organizar la documentación. Data de asegurados EsSalud acreditados (con derecho para acceder a atención) no es constantemente actualizada, lo cual genera brecha de comunicación. De acuerdo a EsSalud, esto se debe a un problema con los EESS que no tienen acceso a internet. Por ello, no cumplen con actualizar la información que EsSalud envía mensualmente.

Proceso: Prestación (atención de salud y validación)

Diseño	Situación
<p>Ámbito: IPRESS DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> Atenciones de salud brindadas en EE SS, en el marco del IP, que cumplen estándares acordes a su categoría, oportunas y de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Oferta de EESS de primer nivel no corresponde habitualmente a la categoría otorgada por la propia DIRESA. Necesidad de estandarizar el "idioma prestacional" a nivel nacional. Actual modelo IP acentúa paradigma de atención centrada en el evento asistencial o en la realización del procedimiento (en el caso de las referencias), pero no al logro del resultado final (paciente curado, controlado o caso resuelto). Actualmente se viene analizando la

	<p>posibilidad de trabajar con la incorporación del modelo capitado al IP. Para ello, sin embargo, se requiere fortalecer el sistema de atención primaria.</p>
<p>Ámbito: IPRESS EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenciones de salud brindadas en Hospitales, en el marco del IP, cumplen estándares acordes a su categoría, oportunas y de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta hospitalaria cumple con los aspectos básicos necesarios, aunque sufre de las mismas limitaciones de disponibilidad y oportunidad que otros servicios de EsSalud. • Necesidad de estandarizar el “idioma prestacional” a nivel nacional. • Actual modelo IP acentúa paradigma de atención centrada en el evento asistencial o en la realización del procedimiento (en el caso de las referencias), pero no al logro del resultado final (paciente curado, controlado o caso resuelto). Igualmente, es este caso, se está analizando la posibilidad de trabajar a través de la incorporación del modelo capitado al IP. Ello requiere del fortalecimiento del sistema de atención primaria.

Proceso: Financiamiento (verificación, facturación y pago).

Modalidad: Pago por servicio

Ciclo información – liquidación – pago: Entre la IPRESS DIRESA y IAFAS ESSALUD

Diseño	Situación
<p>Ámbito: IPRESS DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de datos de prestación completos en sistema de información (SI) empleando el FUA. • Verificación en SI (punto de digitación DIRESA) de atributos de calidad, y suficiencia en base de datos FUA. Envío de información a UDR SIS. • Corrige, de ser necesario, atenciones observadas. Registra nuevamente en siguiente periodo. • Oficina de Seguro: Consolida atenciones que superan control de registro. Luego consolida las que superen la evaluación hecha por EsSalud. • Facturación del servicio por la Unidad Ejecutora (UE) a EsSalud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de datos en FUA, sin retroalimentación directa en los casos en que IPRESS no sea punto de digitación³³. • Se aprecia un flujo con varios pasos y “bucles” en los procesos. • La generación de una factura es una limitación para las UE, por lo que están haciendo gestiones ante SUNAT. • A la fecha no tenemos conocimiento de que se haya culminado el proceso de facturación y pago de EsSalud a alguna IPRESS de DIRESA.

³³ Las IPRESS ubicadas en ámbito rural no tienen “cultura de información” para consultar información en línea disponible (<http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/produccion.html>)

<ul style="list-style-type: none"> Comunicación a EsSalud por la DIRESA requiriendo el pago. Seguimiento al proceso de pago para que sea ejecutado con eficiencia. Pago efectuado por EsSalud. 	
<p>Ámbito: SIS (UDR)</p> <ul style="list-style-type: none"> Verificación de consistencia y calidad de datos de prestación en SI SIS. Cuantificación de atenciones a facturar por EESS (IPRESS DIRESA) y comunicación a la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> El papel de UDR en esta etapa es diverso: facilitadores, censores o actores neutros al proceso de pago.
<p>Ámbito: EsSalud(Red Asistencial)</p> <ul style="list-style-type: none"> Validación de la prestación: verificación de consistencia y calidad de datos de prestación recibidos (Mundo IPRESS y luego evaluación del FUA) Desarrollo del procedimiento de pago (liquidación) del servicio en el cual interviene diversos actores de EsSalud. Proceso de transferencia a Unidades Ejecutoras 	<ul style="list-style-type: none"> Se identifican comunicaciones de DIRESA a la Red EsSalud para requerir pagos, recibiendo como respuesta la inconsistencia de información (registro en SIASIS). Las inconsistencias son generadas por el manejo limitado de información de algunas responsables de seguros de las DIRESA. Carencia de medidas efectivas para evitar retrocesos en esta etapa. Internamente existen limitaciones en la respuesta de la Red EsSalud ante una “nueva” actividad, generada por un tercero. Eso obliga a reajustes procedimentales internos. A la fecha de la elaboración de este informe no se ha culminado ningún proceso de pago a una IPRESS DIRESA.

Ciclo información – liquidación – pago: Entre la IPRESS EsSalud y la IAFAS SIS

Diseño	Situación
<p>Ámbito: IPRESS EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> Registro de datos de prestación completos del FUA al sistema de información (SGH). Validación interna. Envío de información (físico) a UDR SIS para proceder a evaluación. Recibe resultados y registra en SIASIS. Proceso interno para cuantificar montos y emitir facturación del servicio EsSalud a SIS (Central). Envío de bases de datos a SIS Central. Pago efectuado por el SIS a EsSalud. 	<ul style="list-style-type: none"> Internamente existen limitaciones en la respuesta de la Red EsSalud ante una “nueva” actividad, generada por un tercero. Eso obliga a reajustes procedimentales internos entre áreas de prestaciones y aseguramiento.
<p>Ámbito: SIS (UDR y Central)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de consistencia y calidad de datos de prestación de EsSalud. • Comunicación a Red EsSalud de atenciones reconocidas. • Proceso de pago (Gerencia de Negociación y Financiamiento del SIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se han ejecutado procesos de pago a EsSalud³⁴.
--	---

Proceso: Modulación (regional)

Diseño	Situación
<p>Ámbito: DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alineamiento del IP a necesidades sanitarias de la Región, a partir del conocimiento de la oferta de la Red EsSalud 	<ul style="list-style-type: none"> • No se percibe mucho conocimiento en el Gobierno Regional sobre este proceso³⁵. El peso de las decisiones está en el espacio de la DIRESA y su equipo de gestión. • Existe una alta rotación en el personal administrativo de la DIRESA lo que dificulta brindar una capacitación efectiva.
<p>Ámbito: Red EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alineamiento del IP a necesidades sanitarias de la población asegurada EsSalud de la Región, a partir del conocimiento de la oferta de la Red DIRESA 	<ul style="list-style-type: none"> • Los directivos de la red EsSalud han elegido la oferta DIRESA en función a sus prioridades (percibidas), focalizando en la red de atención primaria ubicada en zonas con mayor cantidad de asegurados con limitada cobertura.

Un aspecto importante establecido en el DS N° 005-2012 SA es que la SUNASA establece y supervisa una plataforma única de inter-operatividad informática para el intercambio de información de los servicios de salud que se deriven del IP entre el SIS y EsSalud. Este aspecto amerita un análisis más exhaustivo, pues contribuiría a superar las limitaciones de los procesos de información (prestación y pago) que afectan al éxito del IP en las Regiones.

³⁴ La página web del SIS reporta los pagos efectuados a EsSalud por la modalidad de IP http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/pagos_conveniosSIS.html

³⁵ La Región Apurímac es una excepción por ser su Gerente de Desarrollo Social un ex Director General de DIRESA

Proceso: Supervisión³⁶ (monitoreo y evaluación en la Región)

Diseño	Situación
<p>Ámbitos: SIS y EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> No es considerado explícitamente en la propuesta. Se menciona en el Convenio al Comité Local de Coordinación del Intercambio Prestacional. 	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de modificar estructura organizacional para desarrollar proceso de monitoreo y evaluación, y contribuir a modificar actual statu quo.

En el DS N° 005 – 2012 SA se establece el derecho de información y supervisión sobre los servicios de salud contratados, mediante el cual el SIS y EsSalud se deben recíprocamente información sobre los procedimientos, actos médicos, y en general, sobre todo acto vinculado con el servicio contratado. Y, también, la supervisión de la SUNASA sobre el cumplimiento de la calidad de los servicios que brinden a los asegurados.

Se ha identificado en campo el esfuerzo de la SUNASA para realizar una labor de supervisión de la evolución del AUS y el inicio del IP en algunas regiones (como Apurímac), que ahora se espera sea una labor sistemática en el marco de sus nuevas facultades sectoriales.

Proceso: Vigilancia Ciudadana³⁷

Diseño	Situación
<p>Ámbito: SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> No es considerado explícitamente en la propuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin actividad, aunque es potencialmente una oportunidad la relación de la Defensoría del Pueblo con el Hospital Regional (Abancay – Apurímac), pues genera un espacio nuevo. No existen limitaciones para que estos actores participen de las reuniones que tenga el comité local.
<p>Ámbito: EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> No es considerado explícitamente en la propuesta. Se tiene un mecanismo de escucha a los usuarios a través de las Oficinas de Defensoría del Asegurado. 	<ul style="list-style-type: none"> Las Oficinas de Defensoría del Asegurado se encuentran en actividad en las sedes de los Hospitales, más no se conoce de su operación en el resto de la red EsSalud. No existen limitaciones para que estos actores participen de las reuniones que tenga el comité local.

³⁶ En el artículo 31, inciso b del D.S. N° 008-2012 Reglamento de la Ley AUS, se establece que la SUNASA ejerce competencia en materia de supervisión de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones de salud, registro y facultad sancionadora de las IPRESS, vinculadas al AUS. Esta facultad es ampliada a nivel sectorial en el proceso de reforma en curso.

³⁷ Establecido en el artículo 9 del D.S. N° 008-2012 Reglamento de la Ley AUS, donde se afirma que el MINSA establecerá mecanismos de vigilancia ciudadana a ser desarrollados por los Gobiernos Regionales y Locales para el cumplimiento de los derechos de la población en el aseguramiento universal en salud.

3.Propuestas de mejora

A partir de las actuales limitaciones del modelo se establecen las oportunidades de mejora, empleando la siguiente matriz:

PROCESOS: PROPUESTA Y EVENTUAL IMPACTO O CAMBIO

Proceso: Rectoría Nacional (conducción y monitoreo estratégico)

Propuesta	Eventual impacto o cambio
<p>Organización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentrar la autoridad / responsabilidad de la conducción del IP en el sector público. • Modalidad de organización mediante comités debe centrarse para lograr espacios consultivos y consensos 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de responsabilidad y posibilidad de toma de decisiones ejecutivas, superando perspectiva sub sectorial.
Propuesta	Eventual impacto o cambio
<p>Ámbito: IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentrar IP en EESS priorizados como destino de inversiones por el MINSA, seleccionados por su importancia estratégica. • Cuantificar capacidad de oferta marginal de EESS seleccionados por MINSA, DIRESA y EsSalud. • Definición de la portabilidad y eliminación del periodo de latencia, en los casos que la persona se encuentre cubierta en ese periodo, por algún seguro público. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se garantiza una oferta acorde a la categorización asignada en el primer nivel de atención. • Decisión de ampliar / reducir oferta complementaria en el marco del IP con mayor seguridad, brindando confianza a gestores y ciudadanía. • Utilidad efectiva del derecho a un seguro de salud en el marco del AUS, que además es sinérgico al IP.

Proceso: Mercadeo/difusión a beneficiarios y asegurados

Propuesta	Eventual impacto o cambio
<p>Ámbito: Población SIS y EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difusión regional de bondades del IP, diferenciando poblaciones destinatarias asegurados EsSalud o SIS 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso informado del IP por más asegurados, generando una curva positiva de demanda al sistema público.

Proceso: Acreditación

Propuesta	Eventual impacto o cambio
<p>Ámbito: asegurados SIS Y EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de los procesos de difusión y empleo de las bases de datos de asegurados por las IPRESS y usuarios.³⁸ • Inducción para el uso de esta información a IPRESS de zonas rurales. Dotación de 	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación de procesos relacionados de SIS y EsSalud para difundir data de asegurados. Mayor facilidad para el uso de esta data por las IPRESS. • Uso efectivo de la base de datos por IPRESS. • Logro de conectividad traerá varias consecuencias positivas a EESS rurales.

³⁸ La publicación de las consultas sobre la condición de asegurados SIS y EsSalud, en tiempo real requiere de ajustes en los equipos de TI de estas instituciones.

conectividad a estos EE SS que ofertan servicios a población asegurada.	
---	--

Proceso: Prestación (atención de salud y validación)

Propuesta	Eventual impacto o cambio
<p>Ámbito: IPRESS DIRESA Y EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentración de IP en EE SS priorizados en la DIRESA (antes mencionado en ORGANIZACIÓN) para asegurar calidad de oferta acorde a categoría real del EE SS. • Aplicación efectiva del DL 1159 que desarrolla el IP en el sector público, en lo referente a estandarizar “idioma prestacional”. • Cambio de modelo de gestión sanitaria, orientándolo al logro de salud para la población de determinado territorio, empleando el mecanismo de Red Integrada (DL 1166), e incentivando el mejor desempeño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de EESS de primer nivel no corresponde habitualmente a la categoría otorgada por la propia DIRESA. • Logro de carteras de servicios y protocolos o guías de práctica clínica adoptados por acuerdo, lo cual genera una auditoria con estándares consensuados. • Logro de mejora de salud por el desarrollo de servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de una población territorialmente definida. • Mejora de la competitividad de las redes de salud.

Proceso: Financiamiento (verificación, facturación y pago).

Modalidad: Pago por servicio

Ciclo información – liquidación – pago: Entre la IPRESS DIRESA y IAFAS EsSalud, y viceversa

Propuesta	Eventual impacto o cambio
<p>Ámbito: SIS y EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se opta por un cambio en el modelo de gestión, articulado a la iniciativa de redes integradas, se propone simplificar el proceso de liquidación y pago de las prestaciones brindadas en el marco del IP. • Decidir entre modelo de auditoria concurrente o posterior, para simplificar proceso y hacer frente a la carencia de médicos auditores. • EE SS de DIRESA pueden incluir a asegurados EsSalud en modalidad de pago capitado, actualmente vigente para el SIS y DIRESA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de varios pasos y “bucles” en los procedimientos que retrasan pago a IPRESS públicas. • La definición de modelo de auditoria traerá además a los EESS mayor predictibilidad de las acciones de las IAFAS públicas, generando confianza y condiciones para mejorar. • Modalidad de pago capitado permitirá que asegurados EsSalud gocen de paquete prestacional más completo. Se debe mantener la modalidad de pago por servicio para contingencias (emergencias y urgencias), y servicios de mayor complejidad.

Proceso: Modulación (regional)

Propuesta	Eventual impacto o cambio
<ul style="list-style-type: none">• Concentrar la autoridad / responsabilidad en la conducción del IP en función de las prioridades sanitarias de la región.	<ul style="list-style-type: none">• Definición de responsabilidad y posibilidad de toma de decisiones ejecutivas, superando perspectiva sub sectorial.• Ejercicio de rectoría regional en salud.

La presencia del sector privado en las ciudades más importantes de las regiones es una posibilidad adicional para ampliar la oferta prestacional, pues durante la labor de campo se aprecia una mayor actividad económica y la existencia de una mayor demanda de servicios de salud, que oferta pública de los mismos.

Proceso: Supervisión³⁹ (monitoreo y evaluación en la Región)

Propuesta	Eventual impacto o cambio
AMBITOS: SIS y EsSalud <ul style="list-style-type: none">• Definición del proceso y responsabilidad del monitoreo y evaluación el IP	<ul style="list-style-type: none">• Manejo de información crítica que permitirá a decisores locales, regionales y nacionales gestionar mejor el IP.

Proceso: Vigilancia Ciudadana

Propuesta	Eventual impacto o cambio
AMBITO: SIS Y EsSalud <ul style="list-style-type: none">• Considerar explícitamente la participación de los asegurados, sobre todo en la fase de rendición de cuentas (DL 1166).	<ul style="list-style-type: none">• Cambio de perspectiva para las IPRESS públicas, actualmente centrado en el desarrollo de la oferta por un paradigma normativo y funcional, a otro nuevo que se centre en atender la demanda de servicios, mediante el logro de resultados y procesos interrelacionados.

4.Recomendaciones para mejorar el IP

- El rol rector del MINSA es clave para facilitar la armonización de protocolos, guías de práctica clínica, manuales de procedimientos, entre todos los actores públicos y a su vez facilitar la implementación del IP.
- El modelo de IP necesita ajustes para lograr sus objetivos de mejorar la calidad de la atención que reciben los asegurados y usuarios de los servicios públicos de salud, en los siguientes aspectos:

³⁹ En el artículo 31, inciso b del D.S. N° 008-2012 Reglamento de la Ley AUS, se establece que la SUNASA ejerce competencia en materia de supervisión de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones de salud, registro y facultad sancionadora de las IPRESS, vinculadas al AUS. Esta facultad es ampliada a nivel sectorial en el proceso de reforma en curso.

- Rediseño de procesos relacionados a la gestión sanitaria para el logro de las metas y resultados esperados, que enfrenten las actuales limitaciones, como las múltiples capas existentes que deben superarse para tomar decisiones en los gobiernos regionales, o la desarticulación de los procesos prestacionales y financieros en EsSalud ante el cambio de escenario que plantea el IP.
 - Respaldo explícito y decisión del órgano rector para acentuar el IP en el sector, definiendo una autoridad única con capacidad de decisión, que lidere el Comité Nacional a cargo de la implementación y desarrollo del IP.
 - Alineamiento y estandarización de los procesos prestacionales que ocurren en las IPRESS de EsSalud y los gobiernos regionales, para reducir las discordancias que ocurren al informarse y revisarse los mismos. Esto incluye la revisión de lo que comprenden las UBIPs, su reporte para el proceso de pago y el logro de definiciones operacionales relacionadas.
 - Aprovechamiento de la sinergia que permite la ampliación de la capacidad de oferta que viene ocurriendo en el sector salud público, por la ejecución de planes de inversión.
 - Cambio en las reglas para favorecer el acceso a los asegurados, principalmente de EsSalud, a la oferta prestacional del Gobierno Regional en el nivel primario (portabilidad del derecho), y explorar la posibilidad de acceder a la oferta hospitalaria del mismo en los casos que se identifique complementariedad.
 - Monitoreo de desempeño del IP en el terreno, pues el estudio encuentra que a pesar de las eventuales supervisiones realizadas por las IAFAS, no existe un seguimiento sistemático al comportamiento de este proceso, ni a la solución de sus restricciones.
- El rol rector del MINSA es clave para facilitar la armonización de protocolos entre el SIS y EsSalud y a su vez facilitar la implementación del IP. El MINSA debe establecer los lineamientos para las distintas intervenciones médicas que ambas instituciones deben cumplir no solo en el marco del convenio, sino como parte de su actividad diaria.
 - Es fundamental que EsSalud cierre el circuito demanda de atención - prestación – información – liquidación - pago a las IPRESS del Gobierno Regional, para evitar afectar la imagen y sostenibilidad de la estrategia IP. Igualmente es indispensable que las UE de los gobiernos regionales superen los problemas de facturación que presentan.
 - Es importante capitalizar el logro obtenido por el IP de salvar vidas y resolver problemas críticos de salud, a pesar de las limitaciones expuestas, para que la estrategia gane legitimidad en los usuarios y los actores de la red de servicios de salud.

En ese contexto es clave el apropiamiento del IP por sus usuarios, superando la barrera de desconfianza, referida a la calidad y oportunidad del servicio, que recae sobre el sistema público.

- Finalmente cabe mencionar que el IP entre EsSalud, SIS y Gobiernos Regionales no resuelve las limitaciones de oferta. En las ciudades se debe hacer las gestiones necesarias para incluir como parte del convenio al sector privado – para ello se deberá evaluar con detalle que actores privados están en capacidad de participar del IP y aportar efectivamente a resolver las limitaciones de oferta existentes –; por su parte, en zonas rurales sigue siendo indispensable mejorar la presencia del Estado.

Capítulo III. EVALUACIÓN DEL MODELO DE SUPERVISIÓN

Este capítulo se centra en la evaluación del Modelo de Supervisión de SUNASA, tanto en su implementación como en la existencia de verificadores que permitan comprobar el cumplimiento de las garantías explícitas.

En este sentido, esta sección parte de la descripción del Modelo de Supervisión; luego se realiza una evaluación del mismo basada en la identificación de vacíos normativos y aportes de intendentes y supervisores de la institución. Después se presenta la evaluación de los verificadores usados por SUNASA para comprobar la aplicación de las garantías explícitas, para finalmente presentar propuestas de solución tanto para los cuellos de botella y falencias del modelo, como posibles mejoras en los verificadores.

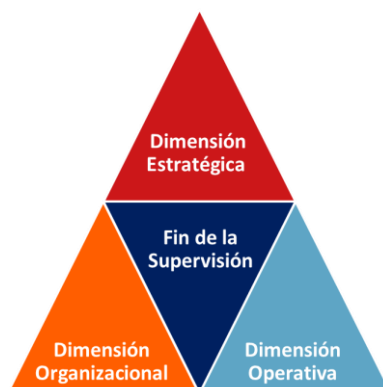
1.El modelo de supervisión de SUNASA

La supervisión que realiza la SUNASA sobre el Aseguramiento Universal en Salud, a través de sus Intendencias, sobre las IAFAS e IPRESS, se encuentra normada en el Decreto Supremo N°003-2013-SA, de modo que cumpla con objetivos y procedimientos específicos señalados en el Reglamento de Supervisión.

El Modelo de Supervisión del Aseguramiento Universal en Salud tiene por objeto verificar el cumplimiento de los objetivos y normativa relacionada al Aseguramiento Universal en Salud, así como las obligaciones legales contractuales o técnicas por parte de las instituciones supervisadas por la SUNASA, en resguardo de los derechos de los asegurados.

El modelo de supervisión propuesto se sostiene en tres dimensiones. La primera aborda el aspecto **estratégico**, que comprende los objetivos específicos de la supervisión, el enfoque de la supervisión y define las acciones que se utilizarán con el fin de resguardar los derechos de los asegurados. El segundo, contiene la dimensión **organizacional**, que describe la jerarquía y las funciones de las instancias que interactúan en el proceso de la supervisión. En tercer lugar, la dimensión **operativa** del modelo está compuesta por procesos, instrumentos y productos, que a su vez obedecen a tres macro-procesos diferenciables. Estos tres aspectos o dimensiones se pueden observar en el Gráfico N° 6.

Gráfico N° 6: Dimensiones del Modelo de Supervisión de la SUNASA a IAFAS e IPRESS



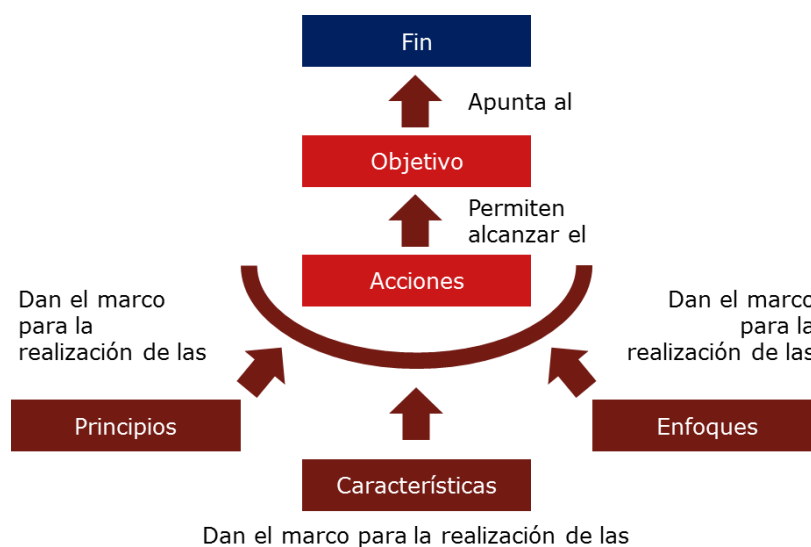
Elaboración propia

1.1.Dimensiones del modelo de supervisión

1.1.1.Dimensión estratégica

La dimensión estratégica del modelo de supervisión se presenta en el Gráfico N° 7. En ella se puede observar que todo apunta al **fin de la supervisión**, es decir, la **protección de los derechos de los asegurados**. Para ello, se establecen unos **objetivos específicos**, los cuales se resumen en la verificación del cumplimiento, por parte de las instituciones supervisadas, de la normativa vigente en el marco del AUS, así como de las obligaciones jurídicas, financieras, técnicas, económicas, administrativas y prestacionales propias de las distintas IAFAS e IPRESS y que se encuentran en el ámbito de competencia de la SUNASA. Para el logro de estos objetivos, se dispone de una batería de **acciones** o tácticas que, según su naturaleza, pueden clasificarse en: Actividades de Inspección, Actividades de Vigilancia, y Actividades de Control. Asimismo, la implementación de dichas acciones se realiza a partir de un **enfoque** de cumplimiento normativo y administración del riesgo. Del mismo modo, la supervisión se **caracteriza** por ser garante de derechos, desconcentrada, especializada, integral o selectiva, permanente, entre otros, y se rigen por **principios** como el respeto mutuo, colaboración, legalidad, objetividad, razonabilidad, predictibilidad, presunción de veracidad, autonomía funcional, entre otros.

Gráfico N° 7: Dimensión estratégica de la Supervisión

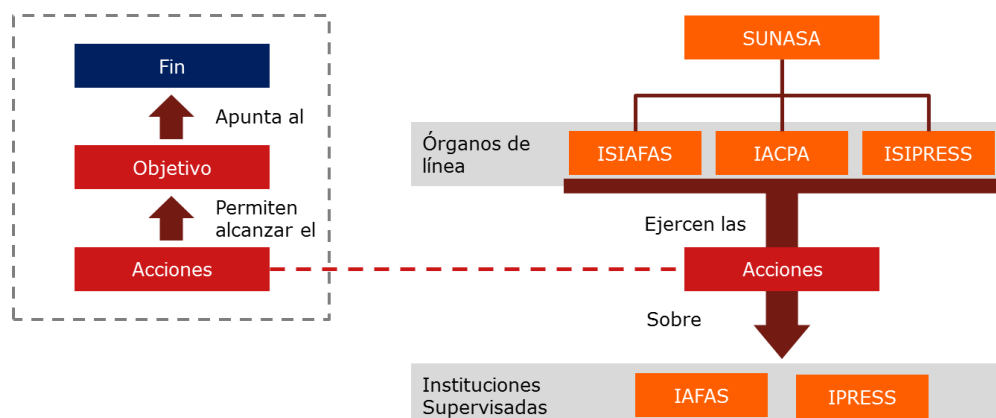


Elaboración propia

1.1.2. Dimensión organizacional

Una representación simplificada de la estructura organizacional que soporta la implementación de las acciones esbozadas en la dimensión estratégica se presenta en el Gráfico N° 8. En esta se diferencian tres componentes: los dos primeros están vinculados a la ejecución de la supervisión, mientras el tercero se relaciona con el objeto de la supervisión. De este modo, en el primer nivel tenemos a la SUNASA como ente supervisor, el cual cuenta con tres órganos de línea en el segundo nivel, a saber: la Intendencia de Atención a la Ciudadanía y Protección al Asegurado (IACPA), la Intendencia de Supervisión de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (ISIAFAS) y la Intendencia de Supervisión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (ISIPRESS). Estas están a cargo de la supervisión de las instituciones en el tercer nivel, las IAFAS e IPRESS, cada una con funciones diferenciadas que obedecen a aspectos distintos de la supervisión.

Gráfico N° 8: Dimensión Organizacional de la Supervisión



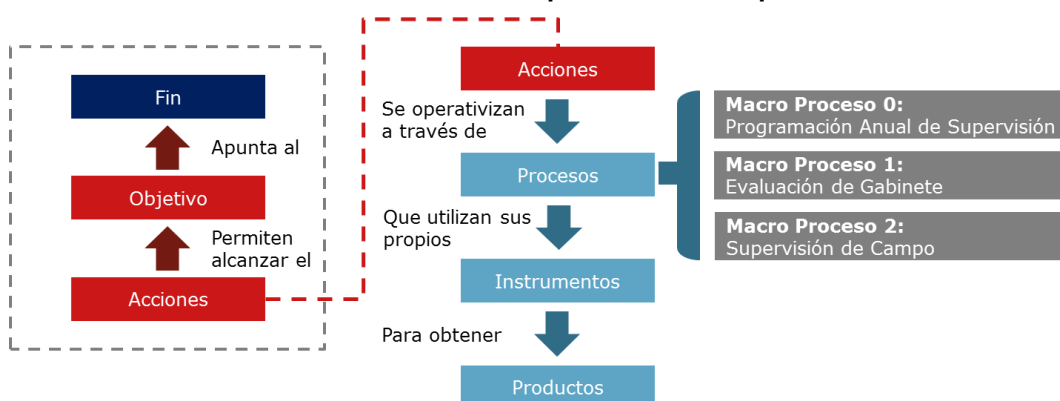
Elaboración propia

1.1.3. Dimensión operativa

La dimensión operativa describe los procesos, instrumentos y productos que, a través de la dimensión organizacional y los elementos que establecen el marco de desarrollo de la supervisión, permitirán llevar a cabo las acciones presentadas en la dimensión estratégica y alcanzar los objetivos y el fin de la supervisión.

Para esto, el modelo cuenta con tres macro-procesos. El primero se da a nivel de la programación anual de la supervisión, que debe ser elaborada tanto por la ISIAFAS como la ISIPRESS. El segundo pertenece a la evaluación de gabinete que es realizada a partir de la información remitida por las instituciones supervisadas. Finalmente, el tercer macro-proceso, se refiere a la supervisión de campo que es realizada en las instalaciones de las instituciones supervisadas. En el Gráfico N° 9 se puede observar los elementos de la dimensión operativa.

Gráfico N° 9: Dimensión Operativa de la Supervisión



Elaboración propia

Los tres macro procesos identificados en el modelo de supervisión son descritos a continuación.

Macro proceso 0: Programación anual de supervisión:

El proceso vinculado a la elaboración de la Programación Anual de Supervisión, es denominado macro proceso 0, pues es obligatorio tanto para la ISIAFAS como la ISIPRESS según el Reglamento de supervisión. El programa anual debe ser aprobado por el Despacho del Superintendente, y su contenido mínimo contempla: objetivos, actividades a desarrollar, relación de IAFAS o IPRESS a supervisar, cronograma, recursos humanos y recursos financieros a ser usados durante el periodo. Sin embargo, este programa está sujeto a evaluaciones trimestrales y es modificable según los resultados de su evaluación. Por otro lado, la función de vigilancia de la IACPA se incorpora adicionalmente al Programa Anual de Supervisión de IAFAS e IPRESS, sin perjuicio de la programación complementaria que dicha intendencia programe.

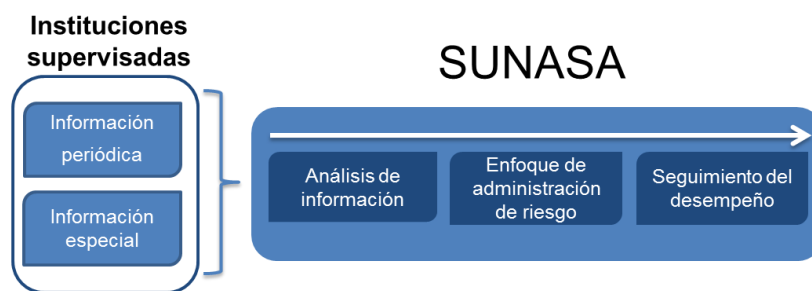
Gráfico N° 10: Macro proceso 0 Programación Anual de Supervisión



Macro proceso 1: Evaluación de gabinete

El macro proceso 1, Evaluación de gabinete, consiste en el seguimiento permanente del desempeño de las instituciones supervisadas. Este es realizado a partir de análisis de la información que las instituciones supervisadas remiten de forma periódica, así como de la información de carácter especial que deba ponerse a disposición de la SUNASA en el ámbito de sus competencias.

Gráfico N° 11: Macro proceso 1 Evaluación de Gabinete



Elaboración propia

Macro proceso 2: Supervisión de campo:

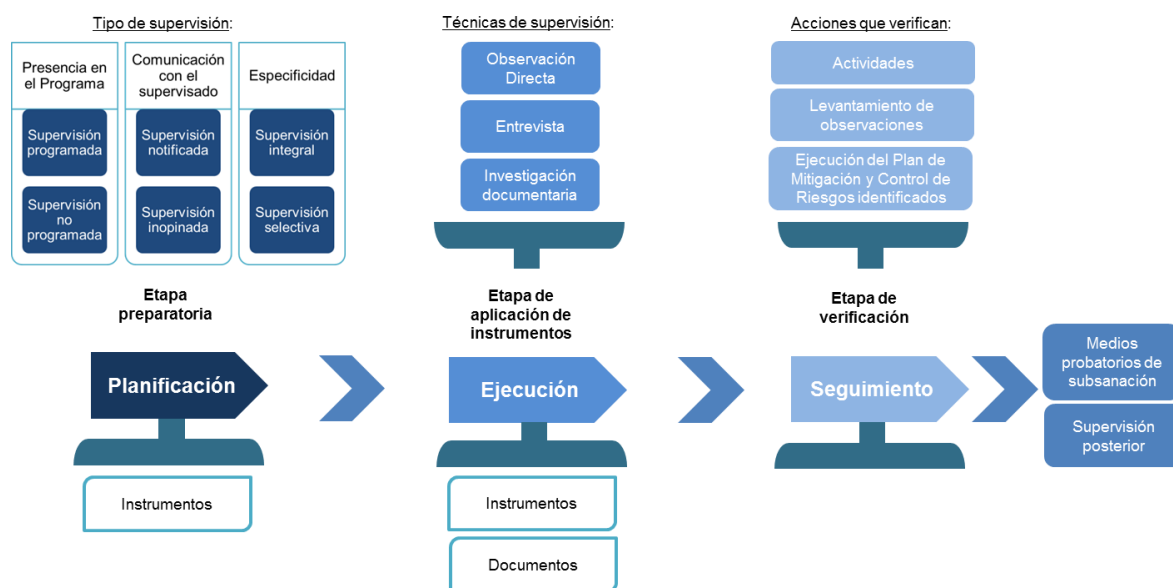
La Supervisión de campo, ilustrada en el Gráfico N° 12, es el macro proceso 2 y se realiza mediante el desplazamiento de los supervisores a las instalaciones de la institución a supervisar. Para este macro proceso se aplica el Manual de Supervisión aprobado por la SUNASA. Las etapas de la supervisión de campo son: planificación, ejecución, y seguimiento. Cada etapa, a su vez, contiene distintos procesos, instrumentos, y productos.

La primera etapa del macro proceso es la planificación. Esta tiene como fin conocer el estado situacional de la institución o área a supervisar para establecer el plan de trabajo y determinar el tipo de supervisión que se realizará, así como elegir los instrumentos que se utilizarán.

Posteriormente, en la etapa de ejecución se aplican los instrumentos de supervisión, cuyos resultados se plasman en las actas de supervisión. Las técnicas de supervisión en esta etapa son: observación directa, entrevista, e investigación documentaria. Esta fase culmina con la elaboración de los informes de supervisión, así como la evaluación de los descargos presentados por los supervisados.

Por último, en la etapa de seguimiento, se verifica el cumplimiento de los compromisos asumidos por la institución supervisada para subsanar las observaciones identificadas en la supervisión. De este modo, las acciones realizadas en esta etapa comprenden la verificación de actividades, levantamiento de observaciones, ejecución del plan de mitigación y control de riesgos identificados.

Gráfico N° 12: Macro proceso 2 Supervisión de Campo



Elaboración propia

2. Evaluación de la implementación del Modelo de Supervisión

En esta sección se presenta la evaluación del Modelo de Supervisión, esta se centra en la identificación de las dificultades que enfrenta la SUNASA y sus intendencias para su implementación, así como de los vacíos normativos que necesitan ser cubiertos.

2.1. Diagnóstico de la Implementación del Modelo de Supervisión

De este modo, en las tablas que siguen se resume el estado actual de la implementación de cada macro proceso, de acuerdo a cinco criterios de evaluación: planificación, procesos, recursos humanos, sistemas de información y monitoreo.

Así, en el caso de la Programación Anual de la Supervisión, se observa que si bien las tres intendencias elaboran sus respectivos Programas Anuales, éstas enfrentan dificultades para la determinación del alcance y el establecimiento de los locales a supervisar. La principal causa de esto es la falta de acceso a información oportuna y relevante sobre las características (ubicación, contacto, nivel de demanda, entre otros) del total de IPRESS e IAFAS. Por otro lado, el ejercicio de la supervisión debe desarrollarse a nivel nacional, sin embargo, la SUNASA enfrenta una gran dificultad pues no cuenta con agencias descentralizadas y personal suficiente. Con la finalidad de atenuar esta dificultad, la IACPA está evaluando la instalación de cuatro oficinas descentralizadas y CECONAP tendrá una sede en cada región a través de la sesión de áreas en las oficinas descentralizadas del Ministerio de Justicia. El Cuadro N° 30: Diagnóstico del modelo de supervisión. Macro proceso

0 – Programación anual, resume los principales hallazgos recogidos de las entrevistas, en contraste con el análisis de la normativa, de acuerdo a los cinco criterios antes mencionados.

Cuadro N° 30: Diagnóstico del modelo de supervisión. Macro proceso 0 – Programación anual

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	COMPONENTES	MACROPROCESO
		Programación Anual
Planificación	Coordinación de actividades	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Requiere una evaluación de diagnóstico situacional sobre qué campo de intervención tienen a su cargo y lo que van a poder hacer el próximo año con los recursos que se les asigne. • ISIPRESS: La Programación Anual considera los establecimientos por visitar y los instrumentos por aplicar. • IACPA: Plan de vigilancia anual se aprueba por resolución de la intendencia igual a ISIAFAS e ISIPRESS.
Procesos	Normativa, Reglamentos, y manuales	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS e ISIPRESS: DS indica la estructura del Plan de Programación. • IACPA: Plan de vigilancia se aprueba anualmente por resolución de la intendencia.
	Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Redactan su plan, para ser aprobado por la superintendencia. • ISIPRESS: Seleccionan muestra representativa de IPRESS (finita, estratificada, aleatoria). Eligen centros según criterios: accesibilidad, referenciales, nivel de demanda, categoría. • IACPA: Elaboran Plan de vigilancia.
	Producción	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS e ISIPRESS: El Plan redactado es presentado a la superintendencia • IACPA: Plan de vigilancia se presenta anualmente a la intendencia.
Recursos humanos	Gestión de RRHH	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS e ISIPRESS: Coordinación entre el intendente y su equipo. • IACPA: Están viendo de instalar 4 oficinas en ciudades que sean corredores. • CECONAP (Centro de Conciliación y Arbitraje de SUNASA): Tendrá una sede en cada región, a través del Ministerio de Justicia.
	Capacidades del personal	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Utilizan su criterio y experiencia. • ISIPRESS: Alto grado de resolución de problemas.
Sistemas de información	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un sistema interno de información.
	Externo	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Difícil acceso a data de las Supervisadas.

		<ul style="list-style-type: none"> • ISIPRESS: Carecen de georreferenciación, para determinar accesibilidad de los establecimientos. MINSA no comparte información acerca de las características de los establecimientos. Los establecimientos no cuentan con correo electrónico, acceso a internet, teléfono. No se reciben directorios actualizados del MINSA, tampoco de ESSALUD. La comunicación, en general, es un reto. • IACPA: MINSA les transferirá la línea INFOSALUD, instalarán una plataforma 0800 para recoger quejas y reclamos.
Monitoreo	Indicadores de producción física	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS e ISIPRESS: Requieren de la aprobación del Plan para recibir presupuesto. • IACPA: Plan de vigilancia se aprueba anualmente por resolución de la intendencia

Elaboración propia

Por otro lado, la evaluación de gabinete comparte el mismo problema de falta de información que la Programación Anual, lo cual dificulta la identificación de potenciales infracciones por las supervisadas. Una de las causas de esto descansa en un vacío normativo, debido a que las IPRESS e IAFAS no están obligadas a enviar información sobre sus avances a la SUNASA. Como punto adicional, en el caso de ISIPRESS, este problema se agrava debido a la falta de sistematización de los resultados de supervisiones anteriores al 2013, incluida la identificación de las instituciones que ya han enfrentado supervisiones anteriormente. Por otro lado, en relación al resultado de la evaluación de gabinete, la norma no establece cual ha de ser el producto final, lo cual deja a criterio del supervisor la información a incluir y/o la elaboración misma de un documento que resuma los resultados del proceso. El Cuadro N° 31 resume los principales hallazgos recogidos de las entrevistas, en contraste con el análisis de la normativa, de acuerdo a los cinco criterios antes mencionados.

Cuadro N° 31: Diagnóstico del modelo de supervisión. Macro proceso 1 – Evaluación de gabinete

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	COMPONENTES	MACROPROCESO
		Evaluación de gabinete
Planificación	Coordinación de actividades	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Recogen información necesaria para la supervisión (convenios, cronogramas, etc.). Supervisores escogen variables y buscan la información. • ISIPRESS: Se realiza antes y después de la supervisión de campo, con el objetivo de definir el tipo de supervisión a realizar y caracterizar la institución.

Procesos	Normativa, Reglamentos, y manuales	<ul style="list-style-type: none"> • SUNASA: No cuentan con reglamento de infracciones y sanciones, ni se encuentra normada el suministro de información periódica por parte de los Supervisados. • ISIAFAS: Las IAFAS no se encuentran obligadas a suministrar información, además no hay directiva que diga que información deben remitir. • ISIPRESS: Ausencia de definición de objetivos, estandarización de reportes
	Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Hacen gabinete de la información que se pueden agenciar. • ISIPRESS: Se realiza en dos partes, antes y después de la supervisión de campo.
	Producción	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: No específica • ISIPRESS: Se presenta informe inicial y final.
Recursos humanos	Gestión de RRHH	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Supervisores aplican su criterio para desarrollar sus funciones. • ISIPRESS: Requieren de personal para insertar información archivada al sistema.
	Capacidades del personal	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Un profesional sin experiencia en el sector salud, no sabe por dónde empezar • ISIPRESS: La falta de un sistema integrado de información provoca que la evaluación demande mayor tiempo del personal.
Sistemas de información	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Carece de plataforma de suministro de información. • ISIPRESS: Sistema actual de información no permite reconocer las supervisiones previas.
	Externo	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Institución evaluada no proporciona la información necesaria. Supervisores buscan en la web o llaman por teléfono. • ISIPRESS: Establecimientos no cuentan con correo electrónico, acceso a internet, teléfono. No reciben directorios actualizados del MINSA, tampoco de ESSALUD.
Monitoreo	Indicadores de producción física	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: No específica • ISIPRESS: Elaboran un informe inicial y otro final.

Elaboración propia

En relación a la supervisión de campo, la etapa de planificación también enfrenta el problema de falta de información, especialmente para poder identificar la ubicación exacta de las instituciones a visitar (IPRESS), esto debido principalmente a la ausencia de normativa que obligue a las instituciones a enviar información o la escases de recursos que estas últimas enfrentan para poder disponer de medios de comunicación. En esta misma línea, al igual que

en el caso de la evaluación de gabinete, la SUNASA no dispone de un reglamento de infracciones y sanciones que legitime la supervisión. Por otro lado, otra dificultad es generada por la escasez de recursos humanos, principalmente debido al perfil del supervisor de campo, el cual necesita tener un amplio conocimiento del sector. La necesidad de esta experiencia se basa en otro problema de la supervisión: la falta de estandarización de los procesos y una norma o manual de supervisión que determine de manera clara los objetivos y puntos de la supervisión de campo. El Cuadro N° 32 resume los principales hallazgos recogidos de las entrevistas, en contraste con el análisis de la normativa, de acuerdo a los cinco criterios antes mencionados.

Cuadro N° 32: Diagnóstico del modelo de supervisión. Macro proceso 2 – Supervisión de campo

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	COMPONENTES	MACROPROCESO
		Supervisión de campo
Planificación	Coordinación de actividades	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: La evaluación se focaliza de acuerdo a los convenios firmados entre los supervisados y con SUNASA. • ISIPRESS: Diagnóstico del establecimiento. • IACPA: Se prepara instrumento con indicadores a revisar en la visita.
Procesos	Normativa, Reglamentos, y manuales	<ul style="list-style-type: none"> • SUNASA: No cuentan con reglamento de infracciones y sanciones, ni se encuentra normada el suministro de información periódica por parte de los Supervisados. • ISIAFAS: Carecen de manual de supervisión. Utilizan la normativa general. • ISIPRESS: Carecen de manual de supervisión • IACPA: Se guían del Reglamento 160. El DS 003 la vigilancia puede ser hecha por las otras intendencias.
	Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Evalúan los procesos: prestación, compra, venta y pagos, financiados con donaciones y transferencias en el marco de los convenios firmados entre las unidades ejecutoras y las IAFAS. • ISIPRESS: Realizan las visitas, recogen información. • IACPA: Vigilancia de IAFAS e IPRESS, se hace a través de visitas. Se aplica instrumento, con indicadores. Revisa lo básico que debe tener una plataforma.
	Producción	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Elaboran informe. • ISIPRESS: Elaboran informe, pero no se realiza seguimiento sobre los supervisados. • IACPA: Aplicación de instrumento.

Recursos humanos	Gestión de RRHH	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: La separación de grupos de supervisores en dos, privados y públicos, genera una repartición desigual de recursos. • ISIPRESS: Recursos humanos insuficientes para cubrir las visitas. • IACPA: Escaso personal para las visitas, pero se resolvería con la colaboración de ISIPRESS, al aplicar el instrumento de la IACPA en sus visitas.
	Capacidades del personal	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Los que ven privados han trabajado antes en CEPS y los de públicos son nuevos, no hay referencias es inédito. • ISIPRESS: Se ven en la necesidad de tener que hacer todo el proceso.
Sistemas de información	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: No se cruza información con otras intendencias. • ISIPRESS: No hay comunicación interna en esta etapa. Entre supervisores en campo y oficina de SUNASA. • IACPA: Comparten información sobre las plataformas y su estado con las unidades de supervisión, cuando terminan envían un informe
	Externo	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Existe riesgo, que la información usada en la planificación se encuentre desfasa. No encuentran data disponible para argumentar observaciones. • ISIPRESS: IPRESS responden a observaciones señalando su conformidad, cuando las va a levantar, como y quien es el responsable.
Monitoreo	Indicadores de producción física	<ul style="list-style-type: none"> • ISIAFAS: Informes • ISIPRESS: No están aplicando etapa de seguimiento, pero buscan implementarla en el futuro. • IACPA: Informes de vigilancia.

Elaboración propia

3. Identificación de los verificadores de las garantías explícitas

El Cuadro N° 33 presenta la fuente de los verificadores, por tipo de condición, tipo de garantía explícita y componente vinculado. De manera general, se han identificado verificadores para todas las garantías de oportunidad. Sin embargo, para el caso de las garantías de calidad y protección financiera, no ha sido posible identificar verificadores sobre la base de la información provista por la SUNASA.

Cuadro N° 33: Matriz de identificación de verificadores de garantías explícitas

Tipo de condición	Condición	Tipo de garantía	Componente	Verificador
Población Sana	Recién nacido	Oportunidad	La aplicación de las vacunas BCG y HVB se realizará dentro de las primeras 48 horas de vida.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°46 IX.2
		Oportunidad	El primer control del recién nacido se programará entre los 7 y 15 días de vida.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°47 IX.3
		Calidad	La atención inmediata del recién nacido y el primer control será realizado por profesional de salud capacitado.	No se identificó verificador
	Niña/o sano	Oportunidad	A todo menor de 1 año que acuda a un establecimiento de salud se le realizará el control de CRED de acuerdo a su edad.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°48 IX.4
		Oportunidad	A todo menor de 1 año, en cada control de CRED, se le administrará las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación vigente según corresponda la edad.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°49 IX.5
		Oportunidad	El tamizaje de anemia será realizado en todo menor de 3 años, una vez al año.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°50 IX.6
		Calidad	Los controles de crecimiento y desarrollo y la administración de vacunas serán realizados por personal de salud capacitado.	No se identificó verificador
Condiciones Obstétricas	Embarazo, parto y puerperio normal	Oportunidad	A toda gestante se le realizará el plan de parto en la primera atención prenatal con adecuación cultural de ser el caso.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°52 IX.8
		Oportunidad	Toda gestante contará a más tardar en el segundo trimestre del	Archivo 01. Instrumento de

			embarazo con resultados de análisis de laboratorio.	Supervisión SUNASA N°53 IX.9
		Oportunidad	El control del puerperio, de parto atendido en establecimiento de salud, se programará a los 7 y 30 días posteriores al parto.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°54 IX.10
		Calidad	La atención prenatal, parto y puerperio será realizada por profesional de salud capacitado.	No se identificó verificador
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo		Oportunidad	En establecimientos del primer nivel de atención a la gestante con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo se le deberá canalizar vía endovenosa, estabilizarla e iniciar la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 minutos.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°56 IX.12
		Oportunidad	En establecimientos de segundo y tercer nivel de atención la culminación de la gestación por hemorragia de la segunda mitad del embarazo y con alteraciones hemodinámicas, será por cesárea y el tiempo para el inicio de la misma no excederá los 30 minutos.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°57 IX.13
		Calidad	La intervención quirúrgica será realizada por médico gineco-obstetra o médico con competencias en gineco-obstetricia.	No se identificó verificador
Desproporción feto pélvica		Oportunidad	En establecimientos de segundo y tercer nivel de atención, toda gestante con desproporción feto pélvica y en trabajo de parto, el tiempo máximo para el inicio de la cesárea no excederá los 60 minutos.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°58 IX.14
		Calidad	La intervención quirúrgica será realizada por médico gineco-obstetra o médico con	No se identificó verificador

			competencias en gineco-obstetricia.	
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Oportunidad	En caso de preclampsia severa o eclampsia se iniciará tratamiento con sulfato de magnesio e hipotensores según guía de práctica clínica, se deberá canalizar vía endovenosa e iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad con vía permeable en un lapso que no excederá los 45 minutos.	Archivo Instrumento de Supervisión SUNASA N°61 IX.17	01. de
	Oportunidad	En establecimiento con capacidad resolutive a toda gestante con preclampsia severa y daño órgano blanco el tiempo máximo para el inicio de la cesárea no excederá las 2 horas.	Archivo Instrumento de Supervisión SUNASA N°62 IX.18	01. de
	Calidad	En el establecimiento con capacidad resolutive la atención se realizará por médico gineco-obstetra o médico con competencias en gineco-obstetricia.	No se identificó verificador	
Hemorragia post parto	Oportunidad	En el primer nivel de atención la puérpera deberá recibir estabilización hemodinámica e iniciar administración de oxitócicos y se iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 minutos.	Archivo Instrumento de Supervisión SUNASA N°63 IX.19	01. de
	Oportunidad	En el establecimiento con capacidad resolutive, diagnosticada la retención de placenta, se procederá inmediatamente a la extracción manual de la placenta.	Archivo Instrumento de Supervisión SUNASA N°64 IX.20	01. de
	Oportunidad	En establecimiento con capacidad resolutive, toda puérpera con atonía uterina que no responde al tratamiento médico (compresión uterina bimanual, uso de	Archivo Instrumento de Supervisión SUNASA N°65 IX.21	01. de

			oxitócicos y otros) se le realizará inmediatamente el manejo quirúrgico.	
		Calidad	En establecimiento con capacidad resolutive la atención será realizada por médico gineco-obstetra o médico con competencias en gineco-obstetricia.	No se identificó verificador
Condiciones Pediátricas- Condiciones Neonatales	Neonato de bajo peso al nacer/ prematurez	Oportunidad	A todo recién nacido menor de 2,500 g. se le programará un control cada 15 días a partir del alta durante dos meses.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°66 IX.22
Condiciones Pediátricas- Condiciones Neonatales	Neonato de bajo peso al nacer/ prematurez	Calidad	En el establecimiento con capacidad resolutive, la evaluación del neonato será realizada por neonatólogo, médico pediatra o médico con competencias en pediatría.	No se identificó verificador
Condiciones Pediátricas- Condiciones que afectan al menor de 10 años	Infección Respiratoria Aguda (IRA)	Oportunidad	En niñas/niños con IRA complicada, se iniciará inmediatamente el tratamiento una vez efectuado el diagnóstico clínico.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°67 IX.23
Condiciones Pediátricas- Condiciones que afectan al menor de 10 años	Infección Respiratoria Aguda (IRA)	Calidad	En niñas/niños con IRA complicada el tratamiento será realizado por médico pediatra o médico capacitado.	No se identificó verificador
Condiciones Pediátricas- Condiciones que afectan al menor de 10 años	Enfermedad diarreica	Oportunidad	A toda niña/niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehidratación oral durante 4 horas.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°68 IX.24
Condiciones Pediátricas- Condiciones que afectan al menor de 10 años		Oportunidad	A toda niña/niño con deshidratación con shock se iniciará inmediatamente terapia de hidratación endovenosa y será referido al establecimiento de mayor complejidad.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°69 IX.25

Condiciones Pediátricas- Condiciones que afectan al menor de 10 años		Calidad	La atención de la deshidratación sin shock será realizada por personal de salud capacitado.	No se identificó verificador
Condiciones Pediátricas- Condiciones que afectan al menor de 10 años	Anemia Nutricional	Oportunidad	Toda niña/niño con diagnóstico de anemia se le administrará tratamiento con sal ferrosa y se programará un control mensual durante tres meses.	Archivo 01. Instrumento de Supervisión SUNASA N°70 IX.26
Condiciones Pediátricas- Condiciones que afectan al menor de 10 años	Anemia Nutricional	Calidad	La atención será realizada por personal de salud capacitado.	No se identificó verificador
General	General	Protección Financiera	Liquidez de IAFAS garantizada	No se identificó verificador
General	General	Protección Financiera	Manejo de fondos de los afiliado es técnicamente aceptable	No se identificó verificador
General	General	Protección Financiera	Solvencia de IAFAS	No se identificó verificador
General	General	Protección Financiera	Rentabilidad de IAFAS	No se identificó verificador

Elaboración propia

4.Propuestas de mejora del Modelo de Supervisión

De manera general, los problemas identificados anteriormente se pueden reducir a los siguientes:

Problemas principales	Propuesta de solución
1. Escasez de información para toma de decisiones	Debido a las múltiples causas que generan este problema, la solución sigue la lógica presentada a continuación: <ul style="list-style-type: none"> a) Identificación de la información necesaria a ser solicitada a las instituciones supervisadas. Para esto se debe tener en cuenta los procesos a alimentar dentro de cada macro-proceso. b) Generación de un formato para presentación de información relevante por parte de las instituciones supervisadas. c) Establecimiento de penalidades o un sistema de incentivos que asegure la

	<p>provisión oportuna y periódica de información por parte de las instituciones supervisadas.</p> <p>d) Regulación de la provisión de información por parte de las instituciones evaluadas, en el marco del DS 03-2013-SA y otras normas vinculadas que sean relevantes.</p>
2. Escasez de personal que permita realizar la supervisión a nivel nacional	<p>Este problema tiene dos fuentes, la especificidad del perfil requerido y dificultades para retener al personal, en este sentido, se recomiendan tres actividades:</p> <p>a) Revisar y afinar los procesos de reclutamiento y selección de nuevo, a través de la identificación de bases de datos.</p> <p>b) Mejorar los mecanismos de retención del personal actual. Para ello hay que revisar la línea de carrera de los supervisores, realizar una evaluación del clima laboral y los beneficios laborales.</p> <p>c) Establecer un programa de capacitación continua para mejorar las capacidades del personal, especialmente el que se incorpora a la institución.</p>
3. Ausencia de reglamento que establezca las infracciones y sanciones para las instituciones supervisadas	<p>Se recomienda impulsar la aprobación de un reglamento de infracciones y sanciones que facilite la labor de supervisión de SUNASA en todos sus aspectos, procesos y etapas.</p>
4. Vacío normativo en relación a la determinación de los objetivos de la supervisión de campo	<p>Este problema se fundamenta en la falta de un Manual de Supervisión que desarrolle a profundidad los contenidos presentados en el DS 03-2013-SA. En este sentido, se recomienda completar y aprobar el respectivo manual. Para esto, se sugiere las siguientes actividades:</p> <p>a) Revisión del Borrador del Manual de Supervisión con los equipos de supervisores, de modo que se puedan incorporar sus recomendaciones con base en la experiencia recogida durante el último año, en que se viene implementando el Modelo.</p> <p>b) Aprobación del Manual de Supervisión, a través de la IRAR.</p> <p>Puntos importantes que no se han de olvidar durante la revisión del borrador son el claro establecimiento de los objetivos de la supervisión de campo y del</p>

	producto final que recopile los resultados de la evaluación de gabinete.
5. La comunicación con algunas IPRESS a evaluar es muy complicada debido a que estas no cuentan con servicios de telecomunicaciones	Este problema afecta principalmente la labor de seguimiento, etapa final en la Supervisión de Campo. La solución de este problema (por ejemplo, que estas IPRESS cuenten con mejores medios de comunicación) escapa del ámbito de acción de la SUNASA. No obstante, la SUNASA sí puede llamar la atención a los Gobiernos Regionales y Locales para que mejoren estas condiciones de comunicación a las IPRESS que tengan estos problemas.
6. Ausencia de verificadores de Garantías de Calidad	Se sugiere la incorporación de un instrumento de supervisión nuevo, que permita realizar una serie de visitas a los establecimientos, de modo que se verifiquen las garantías de calidad. Es decir, que el servicio sea provisto por personal calificado para la condición específica.
7. Ausencia de Verificadores de Garantía de Protección Financiera	Se sugiere la revisión de los instrumentos usados por la ISIAFAS, de modo que se incorporen verificadores que evalúen la sostenibilidad, buen manejo de fondos, rentabilidad y solvencia de las IAFAS.

Capítulo IV. CONCLUSIONES GENERALES

- Tras la promulgación de la Ley AUS se ha logrado expandir el porcentaje de personas afiliadas a un esquema de aseguramiento en salud. En el Perú, este pasó de 53.5% en el 2008 a 61.8% en el 2012. El porcentaje de asegurados en las regiones de Apurímac (87.9%), Ayacucho (77.3%) y Huancavelica (85.3%) es significativamente superior al promedio nacional.
- El alto porcentaje de asegurados en estas regiones se debe en parte a que en estas regiones fue donde se inició el proceso de AUS, en el año 2009. Los aún elevados índices de pobreza de estas regiones hacen que el SIS tenga una activa participación, asegurando a más del 60% de la población. Por su parte, EsSalud asegura en promedio al 10% de la población en cada una de estas regiones; este bajo porcentaje – a nivel nacional es 24%- se explicaría por los altos índices de pobreza y por la alta informalidad. Finalmente, la participación de seguros privados es casi inexistente.
- Según la ENAHO, el SIS muestra un problema de sub-cobertura, en las tres regiones estudiadas; aún existirían 125 mil personas en situación de pobreza que no cuentan con seguro de salud. El problema de filtración que era importante, ahora es difícil de medir con las encuestas nacionales pues el SIS ya no solo cubre a las personas en pobreza y pobreza extrema sino a los grupos vulnerables. Al respecto, cabe destacar, que según (Petrera, 2012: 73), el criterio de pobreza utilizado para focalizar los servicios del SIS debiera ser el de pobreza relativa y no el de pobreza absoluta; inclusive, se sugiere que en el caso del fondo de enfermedades catastróficas (FISSAL), los criterios de focalización sean más permisivos que el de pobreza relativa. Según la ENAHO, en el 2012 en las tres regiones existirían más de 400 mil personas no pobres afiliadas al SIS. En los últimos años, el SISFOH ha intentado ir solucionando el problema de filtración; sin embargo en algunos casos se ha excluido a personas que efectivamente si merecían pertenecer al régimen subsidiado; un ejemplo de esto lo constituyen las personas en situación de pobreza que accedían a un microcrédito. Además, como sostiene (Petrera, 2012:73), dado el carácter móvil de la pobreza, el SISFOH requiere evaluar constantemente los criterios de evaluación empleados para identificar a la población que califica para ser asegurado SIS.
- A pesar de la expansión en el porcentaje de afiliados, el AUS aún enfrenta serios retos para poder brindar una cobertura efectiva en salud a la población. Según los especialistas consultados los principales limitantes de la política de AUS son el déficit de infraestructura, de recursos humanos y de insumos estratégicos (medicamentos). Ello explicaría por qué

si bien el AUS facilita las condiciones y promueve el acceso a salud, aún no logra garantizar una atención oportuna, de calidad y con protección financiera.

- En las visitas que se hizo a estas tres regiones, se constató que los déficits de infraestructura, recursos humanos e insumos estratégicos representan las principales limitaciones al proceso del AUS. En particular, se podría mencionar la falta de médicos especialistas como un punto crítico por solucionar.
- De acuerdo a la información recabada en los grupos focales realizados en cada una de las regiones, los problemas antes mencionados estarían generando que los asegurados, especialmente de EsSalud –aunque también del SIS-, se encuentren disconformes con la atención recibida. Esto a su vez estaría generando desconfianza en la población asegurada, la cual en muchos casos prefiere tener que pagar por recibir una atención mejor.
- Otro problema que se pudo detectar en los grupos focales, es la desinformación por parte de los asegurados. Muchos de los asegurados no conocen con claridad cuáles son sus derechos como asegurados o donde acudir en caso de tener dudas, sugerencias o reclamos.
- El IP es una estrategia necesaria que amplía la oferta y capacidad resolutive de un sistema de salud fragmentado. Por tanto, su eficaz implementación es una oportunidad para mejorar la calidad de atención que reciben los asegurados y usuarios de los servicios públicos de salud.
- Tras la promulgación de la Ley AUS y de las normas emitidas en el marco de la reforma de salud, el IP se ha convertido en una realidad tangible, pero parcialmente implementado. Esto último debido a las limitaciones que genera el actual modelo de gestión de las IPRESS públicas⁴⁰, la estructura administrativa en salud vigente en los Gobiernos Regionales⁴¹, la organización funcional del sector público y el diseño operacional y de intercambio de información para la toma de decisiones en las IAFAS públicas SIS y EsSalud.
- El IP no tiene la eficacia deseada, entre otras, por las siguientes razones principales:
 - La preocupación de los gestores de las IPRESS, sobre todo en EsSalud, de agotar su capacidad de respuesta y retrasar la ejecución de procedimientos

⁴⁰ Aunque el estudio se centra en determinados ámbitos y en el desempeño de las IPRESS de EsSalud y algunos Gobiernos Regionales, se pueden identificar formas de gestión parecidas en los demás subsectores públicos.

⁴¹ La toma de una decisión de ejecución de recursos depende de una instancia que está por encima del establecimiento de salud primario, la Microred de Salud y a veces incluso sobre la Red de Salud.

para su propia población asegurada, si se llegara a una eventual mayor demanda de servicios por IP.

- La poca extensión de la oferta a determinadas IPRESS y prestaciones, lo cual genera una imagen en el usuario externo de un servicio con limitaciones, una menor demanda, y la decisión de uso, en el caso de los servicios especializados que brinda EsSalud, en manos del equipo prestador⁴².
 - Las dificultades para que un asegurado EsSalud, que labora en el ámbito rural, pero que está adscrito a una red urbana, pueda acceder a la oferta de servicios primarios del Gobierno Regional.
 - En las IPRESS de los Gobiernos Regionales (oferta de primer nivel de atención) que brindan IP, se encuentra una escasa capacidad resolutive o limitada amplitud de la oferta, lo cual genera en los asegurados de EsSalud una percepción de menor calidad o baja capacidad de respuesta. Paradójicamente, se ha encontrado una buena imagen en los usuarios SIS y EsSalud de la capacidad de respuesta e incluso calidad de atención al referirse a los hospitales regionales del ámbito de estudio, pero que están fuera del alcance del IP para los asegurados EsSalud.
 - La limitada estandarización de los procesos prestacionales que brindan las IPRESS de EsSalud y los Gobiernos Regionales, lo que genera discordancias al informarse y revisarse los mismos.
 - La poca articulación de los procesos de prestación (atención de salud y validación de la atención) y financiamiento (facturación y pago) en la Red EsSalud, que es aparentemente un reflejo de las características de gestión a nivel central en EsSalud.
- La IAFAS SIS logra cerrar el circuito referencia - prestación – información – liquidación - pago a la IAFAS EsSalud, materializando el reembolso de parte de las prestaciones brindadas a asegurados SIS en IPRESS EsSalud. Sin embargo, la IAFAS EsSalud, a la fecha de elaboración del documento, no logra culminar el circuito completo, por aparentes razones internas, lo cual afecta la sostenibilidad de la estrategia IP en las IPRESS de los gobiernos regionales involucrados. Además, existe la limitación al momento de facturar

⁴² Es necesario que sea el médico especialista respectivo, quien genere la referencia para el empleo de un procedimiento especializado que brinda el Hospital EsSalud.

por parte de las UE de los gobiernos regionales lo que genera que a la fecha EsSalud todavía no haya realizado ningún pago a la IAFAS SIS.

- El IP si logra obtener resultados en términos de mejora de la capacidad resolutive y oportunidad, a pesar de las limitaciones expuestas, pues es tangible el acceso de los asegurados SIS a procedimientos especializados que brinda EsSalud, resolviendo situaciones de emergencia y casos que ponían en riesgo la vida de las personas. Y pone al alcance de los asegurados EsSalud ubicados sobre todo en zonas rurales, la posibilidad de acceder a una atención primaria de salud.
- A nivel de la IP se recomienda realizar ajustes, con el fin de mejorar la calidad de la atención que reciben los asegurados y usuarios de los servicios, especialmente en los siguientes aspectos: rediseño de los procesos relacionados a la gestión sanitaria, alineamiento y estandarización de los procesos prestacionales, identificación de espacios para aprovechar las sinergias, definición de una autoridad única que lidere la implementación y desarrollo del IP, modificación de las reglas que favorecen el acceso de los asegurados a la oferta prestacional del Gobierno Regional, implementación de un sistema de monitoreo del desempeño del IP.
- Del mismo modo, es necesario que el MINSA establezca los lineamientos para las distintas intervenciones médicas que el SIS y EsSalud deben cumplir en el marco del convenio y como parte de su actividad diaria.
- Sobre EsSalud, en el marco del IP es necesario que se cierre el circuito demanda de atención – prestación – información – liquidación – pago a las IPRESS del Gobierno Regional.
- La acción de Supervisión es primordial en la verificación de la implementación del AUS. En este sentido, su correcta aplicación es una oportunidad para asegurar que los asegurados y usuarios de los servicios públicos de salud reciben una atención de calidad y en forma oportuna. Adicionalmente, también se vela por la continuidad de la cobertura brindada por las distintas IAFAS.
- Sin embargo, la aplicación del Modelo de Supervisión es parcial, debido principalmente a vacíos normativos, falta de información, falta de estandarización de los procesos vinculados y la escasez de personal para la ejecución de la supervisión y el seguimiento, lo cual conlleva a una dificultad para la ejecución de la acción supervisora por parte de SUNASA; ésta es una de las principales labores de la Superintendencia, previa a la identificación de infracciones y la aplicación de sanciones.

- De manera general, un punto importante en las deficiencias vinculadas con la ejecución de la Supervisión se basa en la ausencia de normativa que determine objetivos y procesos claros para la supervisión en cada uno de sus tres macro procesos y que obligue a las instituciones objeto de la supervisión a brindar información relevante de manera oportuna, de tal modo que los procesos de planificación y evaluación de gabinete se realicen de forma ágil. Esto ayudaría a aliviar los problemas de escasez de personal y falta de información.
- Del mismo modo, un problema oculto detrás de las dificultades para la cobertura a nivel nacional de la supervisión y ejercer presión sobre los supervisados es la falta de capacidad de coerción por parte de la UNASA, debida principalmente a la falta de una lista de sanciones a las IPRESS e IAFAS, que las obligue a brindar información, levantar sugerencias y comentarios así como cooperar en el procesos de supervisión. En esta misma línea, es necesario un mayor apoyo por parte de los Gobiernos Regionales, a través de unidades descentralizadas que apoyen con la extensión del campo de supervisión de la Superintendencia.
- Por el lado de la verificación de las garantías explícitas, se han identificado verificadores para las garantías de oportunidad, los cuales son utilizados durante la supervisión de campo. Sin embargo, no se han identificado verificadores para las garantías de calidad y protección financiera, lo cual deja un campo para mejorar los instrumentos de supervisión, tanto a nivel del trabajo de campo como de gabinete. Es importante señalar que, a nivel de la garantía de protección financiera, la ISIAFAS señaló poseer una metodología que facilita la verificación, sin embargo no se pudo tener acceso a ella.
- Con el fin de solucionar los distintos problemas identificados en la Supervisión por parte de SUNASA, se sugiere lo siguiente:
 - Regular y generar incentivos que mejoren la provisión de información por parte de las instituciones supervisadas.
 - Revisar y afinar los procesos de reclutamiento y selección de nuevo personal, así como mejorar los mecanismos de retención del personal actual.
 - Aprobar un reglamento de infracciones y sanciones que facilite y legitime la labor de la SUNASA.
 - Desarrollar y aprobar un Manual de Supervisión.
 - Llamar la atención a los Gobiernos Regionales y locales para que mejoren las condiciones de comunicación de las IPRESS en su ámbito.

- Desarrollar un nuevo instrumento de supervisión para el caso de las garantías explícitas de calidad.
 - Revisar los instrumentos usados por ISIAFAS, de modo que incorporen verificadores que evalúen la sostenibilidad, buen manejo de fondos, rentabilidad y solvencia de las IAFAS.
- De modo complementario, es necesario generar manuales de procesos y guías de supervisión que estandaricen la supervisión y faciliten la transmisión del know-how de los supervisores más antiguos hacia los nuevos.

Referencias

- AFIN, 2012. *Por un Perú Integrado: Plan Nacional de Infraestructura 2012 - 2021*. Primera ed. Lima: Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional.
- Apoyo Consultoría, 2012. *Lineamientos para promover la inversión en infraestructura en el Perú: 2012 – 2016*, Lima: Apoyo Consultoría.
- CIES, 2008. *Nuevas tendencias de la cooperación internacional en el Perú*, Lima: CIES - Cooperación Técnica Belga.
- Consejo Nacional de Salud, 2013. *El Perú saluda a la Vida Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud*, Lima: Documento de Política. Versión Preliminar 2..
- Cooperación Técnica Belga, s.f. *Acompañamiento al Programa de Apoyo Financiero Sectorial al Seguro Integral de Salud*, s.l.: Cooperación Técnica Belga.
- Díaz, J. & Valdivia, M., 2009. *The Vulnerability of the Uninsured to Health Shocks in Peru*, s.l.: FUNSALUD.
- MEF, s.f. *Ministerio de Economía y Finanzas*. [En línea] Available at: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=370&Itemid=100412 [Último acceso: 14 Enero 2014].
- Mind Tools, s.f. *Mind Tools: Essential Skills for an excellent career*. [En línea] Available at: http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_07.htm [Último acceso: 14 Enero 2014].
- MINSA & CIES, 2008. *Cuentas Nacionales de Salud Perú, 1995 - 2005*, Lima: Ministerio de Salud.
- Observatorio Socioeconómico Laboral de la Región Ayacucho, 2010. *Ministerio de Trabajo*, Ayacucho: Mintra.
- OMS, 2010. *La Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra: OMS.
- Petrerá, M., 2012. *Aseguramiento en Salud en el Perú ¿Existe un efecto inclusivo del Seguro Público en salud? Tesis doctoral en salud pública.*, Impreso en Alemania: Académica Española.
- Smreck, J. y otros, 2005. Antenatal corticosteroid therapy in premature infants.. *Arch Gynecol Obstet*, 1(1), pp. 26 -32.
- Soni, B., 2011. *Alternative magnesium sulfate regimens for women with pre-eclampsia and eclampsia: RHL commentary (last revised: 1 March 2011)*., Geneva: The WHO Reproductive Health Library.
- Stiglitz, J., 1995. *La Economía del Sector Público*. Segunda ed. Barcelona: Bosch.
- WHO, s.f. *Health financing for universal coverage*. [En línea] Available at: http://www.who.int/health_financing/en/# [Último acceso: 26 Noviembre 2013].
- Xu, E. y otros, 2007. *Protecting Households from Catastrophic Health Spending*, s.l.: Health Aff (Mildwood).

Anexos

Anexo N° 1: Relación de personas entrevistadas

Ámbito nacional:

- Dr. Pedro Grillo – Jefe del SIS.
- Sr. Henry Maquera – Gerente de la Gerencia de Financiamiento de EsSalud.
- Dr. Óscar Ugarte – Presidente del SISOL, ex Ministro de Salud.
- Dr. Julio César Medina – Gerente de Prestaciones Primarias de Salud de EsSalud.
- Dr. Milcíades Reátegui – Subgerente de Servicios Intermedios de EsSalud.

Región Ayacucho:

- Dr. Wilson P. Barrantes - Director de la Red Asistencia de EsSalud y del Hospital II de Huamanga.
- Carlos R. Infante - Gerente de Desarrollo Social Ayacucho.
- Liliana Vásquez y Maribel Pariona - Dirección de Aseguramiento Público de la DIRESA Ayacucho.
- Dr. Jorge A. Rodríguez - Director del Hospital Regional de Ayacucho.
- Dr. Raúl Huamán Coronado - Director Regional de Salud.
- J. Luis Aparcana - Asesor de DIRESA enlace del MINSA.
- Betty Llacsá - Directora del Centro de Salud de Quinua.
- Encargados del Centro de Salud de Huamanguilla.

Región Apurímac:

- Dr. Roger Peralta – Sub Director Regional de Salud (DIRESA).
- Lic. Irma Sayago – Directora de Seguros Públicos y Privados (DIRESA).
- Dr. José Becerra – Director del Hospital de Apurímac.
- Jefa del Centro de Salud Huanipaca.
- Dr. Jorge Ponce – Encargado de la Dirección de la Red de EsSalud.
- Lic. Vladimir Aguilar – Jefe de la UDR SIS Apurímac.

Región Huancavelica:

- Dra. Ana María Camac Nuñez – Directora del Centro de Salud de Yauli.
- Wilson Cruz – Sub Gerente UDR SIS Huancavelica.
- Dr. Ethel Vidalón Soldevilla - Director de la Red Asistencial de EsSalud Huancavelica y del Hospital II de Huancavelica.
- Dr. Mavet Cuéllar Huamán – Director de la DIRESA Huancavelica.
- Dr. Máximo Enrique Ecos Lima – Director del Hospital de Huancavelica.

Anexo N° 2: Preguntas motivadoras para los grupos focales

Las preguntas motivadoras utilizadas en los grupos focales llevados a cabo en las regiones, tanto para los asegurados del SIS como de EsSalud son las siguientes:

Preguntas Motivadoras:

1. ¿Creen ustedes que se les brinda suficiente información de la cobertura / beneficios / atenciones de su seguro (SIS o EsSalud) a los asegurados?
2. ¿Conocen ustedes de la existencia de alguna forma, mecanismo, medio de escucha, que les permita manifestar, expresar, comunicar una consulta, reclamo o sugerencia al establecimiento de salud de la región (EsSalud)?
3. De ser afirmativa su respuesta, mencionen si recuerdan donde está ubicado este espacio y si recuerdan que estaba en funcionamiento.
4. ¿Cuál es la opinión que tienen ustedes de la calidad de la atención en los establecimientos de salud de la región (EsSalud)?
5. ¿Saben ustedes de que es posible que sean atendidos en servicios de salud de EsSalud (establecimientos de la región)?
6. ¿Cuál es su opinión de esta posibilidad? (ventajas y desventajas)
7. ¿Considera interesante / importante que los asegurados puedan vigilar la calidad de los servicios de salud que ofrecen al SIS? De ser afirmativa la respuesta, ¿cómo sería esto posible?

Para la realización de las preguntas se siguió un orden secuencial, aunque el facilitador por momentos altero el orden de las mismas; sin embargo se aplicaron todas las preguntas.

En paralelo el facilitador identificó los principales problemas que se desprenden del diálogo y se preparó una lista para la dinámica 3 utilizando como criterio ordenador los procesos que los participantes del grupo focal pueden “ver”: prestación (acceso, oportunidad, calidad), financiamiento (cobertura financiera).

Anexo N° 3: Dinámicas de los grupos focales

- Dinámica 1 - Dinámica de Presentación: Mediante el uso de esta herramienta, se busca que todos los participantes y los facilitadores se conozcan y sepan el objetivo del grupo focal, con el fin de generar un ambiente de trabajo ameno. En esta etapa se identifica que todos los participantes sean asegurados SIS o EsSalud. De haber algún cruce, se procede a invitar amablemente a la persona a que asista el día correspondiente.

- Dinámica 2 - Proceso de atención en los distintos centros: Consiste en identificar de forma esquemática las etapas que siguen las personas al momento de recibir la prestación de salud, lo que permite identificar la disponibilidad de información, el tiempo de atención, la existencia de intercambio prestacional entre instituciones de salud que benefician a los asegurados, la calidad percibida de la atención, la posibilidad que tienen de expresar una consulta, reclamo o sugerencia al prestador (IPRESS) o al asegurador (IAFA), entre otros aspectos.
- Dinámica 3 - Jerarquización de Problemas: Consiste en priorizar y validar los principales problemas identificados dentro del proceso de prestación, los cuales fueron previamente recopilados a través de una lluvia de ideas.

Anexo N° 4: Concordancias a la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

- D.S. N° 008-2010-SA (REGLAMENTO)
- D.S. N° 011-2009-SA (Crean Comité Técnico Implementador Nacional responsable de la conducción del proceso de Aseguramiento Universal en Salud)
- R.M. N° 627-2009-MINSA (Aprueban Reglamento Interno del Comité Técnico Implementador Nacional, responsable del proceso de Aseguramiento Universal en Salud)
- D.S. N° 016-2009-SA (Aprueban Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS)
- R.M. N° 810-2009-MINSA (Oficializan slogan y logo del Aseguramiento Universal en Salud)
- R.M. N° 872-2009-MINSA (Establecen disposiciones para que el Seguro Integral de Salud aplique el Tarifario y Definiciones Operacionales aprobadas por R.M. N° 240-2009/MINSA)
- R.M. N° 100-2010-MINSA (Aprueban el Documento Técnico “Carga de Enfermedad en el marco de la implementación de los Pilotos de Aseguramiento Universal en Salud. Regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica”)
- R.M. N° 520-2010-MINSA (Aprueban el Documento Técnico “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada”)
- D.U. N° 048-2010 (Establecen medidas extraordinarias para la implementación de mecanismos para el incremento de la cobertura del Aseguramiento en Salud)
- R.M. N° 547-2010-MINSA (Declaran inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en el Piloto de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao)
- R.J. N° 092-2010-SIS (Aprueban “Directiva que regula el proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud - Ley N° 29344” y sus Anexos)
- R.J. N° 102-2010-SIS (Aprueban “Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud” y sus Anexos)

- R.J. N° 133-2010-SIS (Aprueban Directiva que regula la cobertura prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y sus Anexos)
- R.J. N° 134-2010-SIS (Aprueban Directiva que establece la Cobertura Extraordinaria de Enfermedades para el Régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud y sus Anexos)
- D.S. N° 034-2010-SA (Aprueban mecanismos conducentes a la afiliación obligatoria del Aseguramiento Universal en Salud)
- R.M. N° 049-2011-MINSA (Aprueban Documento Técnico: “Promoviendo el derecho a la identificación para el ejercicio del derecho a la salud, en el marco del Aseguramiento Universal”)
- R.J. N° 014-2011-SIS (Aprueban Directiva que regula el Proceso de Afiliación al Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud - Ley N° 29344)
- R.M. N° 206-2011-MINSA (Disponen que los establecimientos de salud que reciben o hayan recibido financiamiento del SIS, continúen brindando obligatoriamente el PEAS y los planes complementarios aprobados en el marco del Aseguramiento Universal en Salud)
- D.S. N° 003-2011-SA (Crean el Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud - PROSALUD)
- D.U. N° 022-2011 (Autorizan la prestación de servicios complementarios para garantizar y ampliar la cobertura de los servicios médico asistenciales, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud)
- D.S. N° 009-2011-SA (Aprueban Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA)
- R. N° 042-2011-SUNASA-CD (Aprueban Reglamento para el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud - AUS)
- R. N° 043-2011-SUNASA-CD (Aprueban Reglamento de Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS)
- Ley N° 29695, Art. 2 (Ley que modifica el artículo 1 de la Ley 28588 para adicionar el literal c) e incorporar a los miembros del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú como beneficiarios del Sistema Integral de Salud (SIS))
- R.J. N° 101-2011-SIS (Aprueban Documento Técnico “Plan de Trabajo del Régimen Semicontributivo del Seguro Integral de Salud en el Marco del Aseguramiento Universal de Salud”)
- D.S. N° 011-2011-SA (Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud)
- Ley N° 29761 (Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud)
- D.U. N° 042-2011 (Dictan medidas extraordinarias de carácter económico financiero en el presupuesto del Seguro Integral de Salud para el Año Fiscal 2011 para garantizar las prestaciones de servicios de salud)
- R. N° 142-2011-SUNASA-CD (Aprueban “Reglamento del Proceso de Elección de la Entidad Prestadora de Salud y del Plan de Salud para Asegurados Regulares y Disposiciones Complementarias sobre el Plan de Salud para Asegurados Regulares”)

- R. N° 160-2011-SUNASA-CD (Aprueban Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS)
- R. N° 161-2011-SUNASA-CD (Aprueban Reglamento de Autorización de Organización, Funcionamiento y Registro de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud)
- EXP. N° 0033-2010-PI-TC (Declaran infundada demanda de inconstitucionalidad interpuesta contra la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud)
- D.S. N° 005-2012-SA (Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud - SIS y el Seguro Social de Salud - EsSalud en el marco de la Ley N° 29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud)
- D.S. N° 086-2012-EF (Aprueban la Escala Remunerativa del Pliego Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud)
- D.S. N° 016-2012-TR (Declaran en reorganización el Seguro Social de Salud - EsSalud)
- R.J. N° 143-2012-SIS (Aprueban Lineamientos de Cobertura de la Unidad Ejecutora 002 - Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), perteneciente al Pliego 135 Seguro Integral de Salud, para el financiamiento de las prestaciones de Enfermedades de Alto Costo de Atención, a nivel nacional)
- D.S. N° 008-2012-SA (Aprueban Reglamento de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud)
- D.S. N° 009-2012-SA (Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas)
- R N° 105-2012-SUNASA-CD (Aprueban Reglamento para el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud)
- R.M. N° 991-2012-MINSA (Aprueban parámetros de negociación para la celebración de convenios entre el Seguro Integral de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas)

Anexo N° 5: Establecimientos incorporados en el IP en las regiones estudiadas

<u>Apurímac</u>	<u>Ayacucho</u>	<u>Huancavelica</u>
Establecimientos del GR	Establecimientos del GR	Establecimientos del GR
C.S. Casihuanca	C.S. Acosvinchos	Anta
C.S. Circa	CS. Ocros	Caja Espiritu
C.S. Huanipaca	C.S. Quinua	Paucara
C.S. Lambrama	C.S. Vinchos	Tinquerccasa
C.S. San Pedro de Cachora	C.S. Paras	Puca Cruz
C.S. Adarapa	Hospital de Apoyo de Huanta*	Palo Alto
C.S. Huancarama	C.S. Huamanguilla	Ccochaccasa
C.S. Huancaray	Luricocha	Julcamarca
C.S. Kaquiabamba	C.S. San José de Secce	Seccla
C.S. Kishuara	Hospital de Apoyo San Miguel*	Cordova
C.S. Pacobamba	C.S. Sacharaccay	Pilpichaca
C.S. Pampachiri	C.S. Chungi	Querco
C.S. San Antonio de Cachi	C.S. Tambo	Santiago Chocorvos
C.S. Antabamba*	Hospital de Apoyo Cangallo*	Santa Rosa Tambo
C.S. Mollebamba	C.S. Chuschi	Villa de Arma
C.S. Huaquirca	C.S. Pampa Cangallo	Aurahua
C.S. Totoro Oropeza	C.S. Pomabamba	Huachos
C.S. Pachaconas	C.S. Vilcashuamán*	Tantara
Hospital Chalchuanca*	C.S. Vischongo	Ticrapo
C.S. Santa Rosa	C.S. Querobamba*	Anco
C.S. Lucre	C.S. Soras	Paucarbamba
C.S. Tapayrihua	C.S. Huancasanos	San Pedro Coris
C.S. Tintay	C.S. Huancapi	Víñas
Hospital de Chincheros*	C.S. Canaria	Acoria
C.S. Ocobamba	C.S. Hualla	Añancusi
C.S. Huaccana	Hospital de Apoyo Sivia	Ayacoccha
Hospital Chuquibambilla*	C.S. Llochegua	Conaica
C.S. Paccaypata	Hospital de Apoyo San Francisco*	Izcuchaca
C.S. Palpacachi	C.S. Santa Rosa	Moya
C.S. Progreso	Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena*	Palca
C.S. Vilcabamba	Establecimientos de EsSalud	Yauli
C.S. Chalhuahuacho	Hospital II Huamanga	Ccasapata
C.S. Cotabamba		San Juan Ccarhuac
C.S. Coyllurqui		Huando
C.S. Haqaira		Acostambo
C.S. Mara		Acraquia
Hospital Tambobamba		Quichuas
Establecimientos de EsSalud		Colcabamba
Hospital II Abancay		Andaymarca
		Daniel Hernandez
		Huaribamba
		Pazos
		Salcabamba
		San Isidro Acobamba
		Surcubamba
		Tinty Punco
		Acobamba
		Lircay
		Castrovirreyna
		Churcampa
		Huaytara
		Pampas
		Establecimientos de EsSalud
		Hospital II Huancavelica

* Se brindarán las prestaciones complementarias siempre y cuando EsSalud no pueda brindarlas y se concretará a través de una referencia.

Anexo N° 6: Prestaciones y tarifas (S/.) establecidas en los convenios de IP

Apurímac	
Prestaciones	Tarifa
Establecimientos del GR	
Consulta médica (general)	15.63
Consulta estomatológica	9.9
Detección y eliminación de placa bacteriana	8.62
Destartaje de tres piezas	9.07
Aplicación tópica de flúor en niños	7.35
Aplicación tópica de flúor en adultos	7.35
Aplicación de barniz de flúor	14.38
CRED	14.07
Colesterol total	4.4
Factor Rh	2.62
Citopatología cervical	18.79
Glucosa en sangre	4.03
Grupo sanguíneo	2.62
Hemoglobina	4.68
Hemograma no autorizado	9.73
Teste de ELISA	13.97
Sangre oculta en heces	3.96
Triglicéridos	4.82
Urocultivo	13.48
Test cualitativo para sífilis	9.98
Test de Graham	3.12
Examen seriado de heces	8.76
Creatinina en sangre	4.35
Psicoprofilaxis	4.18
Ecografía obstétrica abdominal y evaluación fetal	16.27
Ecografía obstétrica I trimestre	16.27
Ecografía obstétrica II trimestre	20.21
Ecografía transvaginal obstétrica	16.27
Ecografía transvaginal no obstétrica	16.55
Control prenatal	9.38
Atención de emergencia (Prioridad II)	50
Atención de emergencia (Prioridad III)	15
Parto inminente	287.5
Parto abdominal	400
Vacuna rotavirus	3.1
Vacuna neumococo	3.1
Vacuna BCG	3.1
Vacuna hepatitis B adultos	3.1
Vacuna antipolio	3.1
Vacuna contra la fiebre amarilla	3.1
Vacuna SPR	3.1
Vacuna DPT	3.1
Vacuna DT adulto	3.1
Vacuna de influenza, para uso IM adultos	3.1
Vacuna de influenza, para uso IM niños	3.1
Vacunas pentavalente	3.1
Examen radiológico de cráneo	9
Examen radiológico de tórax, vista frontal	9
Examen radiológico de tórax, frontal y lateral	9
Examen radiológico de húmero, 2 incidencias	9
Examen radiológico de codo, 2 incidencias	9
Examen radiológico de antebrazo, 2 incidencias	9
Examen radiológico de muñeca, 2 incidencias	9
Examen radiológico de fémur, 2 incidencias	9
Examen radiológico de rodilla, 2 incidencias	9
Examen radiológico de tibia y peroné, 2 incidencias	9
Examen radiológico de tobillo, 2 incidencias	9

Examen radiológico de pie completo, 2 incidencias	9
Examen radiológico de abdomen AP	9
Examen radiológico de columna vertebral completa, anteroposterior y lateral	9
Radiografía intraoralperiapical	9
Examen de orina	3
Establecimientos de EsSalud	
Tomografía computarizada de cabeza o cerebro c/ contraste	555.38
Tomografía computarizada de cabeza o cerebro s/ contraste	135.47
Tomografía computarizada de tejido blando del cuello c/ contraste	567.8
Tomografía computarizada de tejido blando del cuello s/ contraste	147.89
Tomografía computarizada de tórax c/ contraste	527.89
Tomografía computarizada de tórax s/ contraste	147.89
Tomografía computarizada de pelvis c/ contraste	592.65
Tomografía computarizada de pelvis s/ contraste	172.74
Tomografía computarizada de abdomen c/ contraste	592.65
Tomografía computarizada de abdomen s/ contraste	172.74
Tomografía computarizada UROTEM	561.27
Tomografía computarizada de columna vertebral cervical c/ contraste	612.74
Tomografía computarizada de columna vertebral cervical s/ contraste	128.94
Tomografía computarizada de columna vertebral torácica c/ contraste	612.74
Tomografía computarizada de columna vertebral torácica s/ contraste	128.94
Tomografía computarizada de columna vertebral lumbar c/ contraste	612.74
Tomografía computarizada de columna vertebral lumbar s/ contraste	128.94
Tomografía computarizada de extremidad superior c/contraste	580.23
Tomografía computarizada de extremidad superior s/contraste	156.42
Tomografía computarizada de extremidad inferior c/contraste	580.23
Tomografía computarizada de extremidad inferior s/contraste	156.42
Tomografía computarizada reconstrucción 3D s/contraste	299.86
Mamografía bilateral digital	82.25
Mamografía unilateral digital	60.61
Mamografía bilateral de tamizaje	82.25

Tarifas de EsSalud incluyen IGV

Ayacucho	
Intervención	Tarifa
Establecimientos del GR	
Consulta médica (general)	15.63
Consulta estomatológica	9.9
Aplicación tópica de flúor en niños	7.35
Aplicación tópica de flúor en adultos	7.35
CRED	14.07
Consejería en salud sexual y reproductiva	9.32
Consulta psicológica	17.16
Factor Rh	2.62
Grupo sanguíneo	2.62
Hemoglobina	4.68
Hemograma no autorizado	9.73
Teste de ELISA	13.97
Test cualitativo para sífilis	9.98
Test de Graham	3.12
Examen seriado de heces	8.76
Creatinina en sangre	4.35
Psicoprofilaxis	4.18
Electrocardiograma	9.03
Ecografía obstétrica abdominal y evaluación fetal	16.27
Control prenatal	9.38
Parto inminente	287.5
Parto abdominal	400
Atención de emergencia (Prioridad II)	50
Atención de emergencia (Prioridad III)	15
Vacuna neumococo	3.1

Vacuna BCG	3.1
Vacuna hepatitis B pediátrica	3.1
Vacuna hepatitis B adultos	3.1
Vacuna antipolio	3.1
Vacuna contra la fiebre amarilla	3.1
Vacuna SPR	3.1
Vacuna SR	3.1
Vacuna DPT	3.1
Vacuna DT adulto	3.1
Vacunas pentavalente	3.1
Examen radiológico de cráneo	9
Examen radiológico de tórax, vista frontal	9
Examen radiológico de tórax, frontal y lateral	9
Examen radiológico de húmero, 2 incidencias	9
Examen radiológico de codo, 2 incidencias	9
Examen radiológico de antebrazo, 2 incidencias	9
Examen radiológico de muñeca, 2 incidencias	9
Examen radiológico de rodilla, 2 incidencias	9
Examen radiológico de tibia y peroné, 2 incidencias	9
Radiografía intraoralperiapical	9
Examen de orina	3.59
Establecimientos de EsSalud	
Tomografía computarizada de cabeza o cerebro c/ contraste	549.45
Tomografía computarizada de cabeza o cerebro s/ contraste	130.54
Tomografía computarizada de tejido blando del cuello c/ contraste	561.88
Tomografía computarizada de tejido blando del cuello s/ contraste	142.96
Tomografía computarizada de tórax c/ contraste	522.96
Tomografía computarizada de tórax s/ contraste	142.96
Tomografía computarizada de pelvis c/ contraste	586.73
Tomografía computarizada de pelvis s/ contraste	167.82
Tomografía computarizada de abdomen c/ contraste	586.73
Tomografía computarizada de abdomen s/ contraste	167.82
Tomografía computarizada UROTEM	555.35
Tomografía computarizada de columna vertebral cervical c/ contraste	606.96
Tomografía computarizada de columna vertebral cervical s/ contraste	124.01
Tomografía computarizada de columna vertebral torácica c/ contraste	606.98
Tomografía computarizada de columna vertebral torácica s/ contraste	124.01
Tomografía computarizada de columna vertebral lumbar c/ contraste	606.98
Tomografía computarizada de columna vertebral lumbar s/ contraste	124.01
Tomografía computarizada de extremidad superior c/contraste	574.31
Tomografía computarizada de extremidad superior s/contraste	150.5
Tomografía computarizada de extremidad inferior c/contraste	574.31
Tomografía computarizada de extremidad inferior s/contraste	150.5
Tomografía computarizada reconstrucción 3D s/contraste	281.45
Mamografía bilateral digital	86.56
Mamografía unilateral digital	66.18
Mamografía bilateral de tamizaje	86.56

Tarifas de EsSalud incluyen IGV

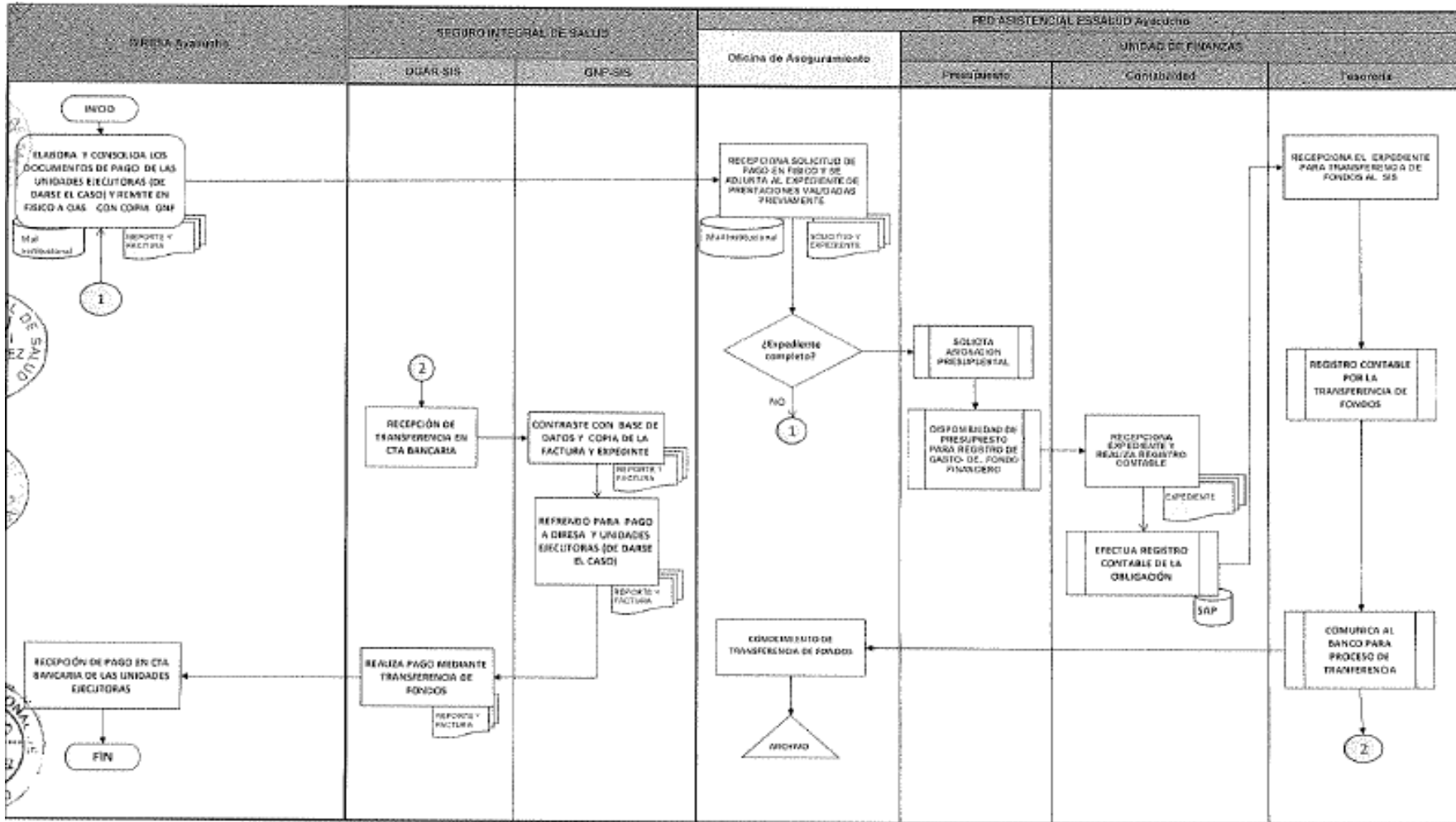
Huancavelica	
Intervención	Tarifa
Establecimientos del GR	
Consulta médica (general)	14.97
Consulta odontoestomatológica	8.44
Detección y eliminación de placa bacteriana	6.63
Destartaje	14.6
Restauración por carilla de pieza dental con resina autocurable	8.44
Restauración por carilla de pieza dental con resina fotocurable	8.44
Restauración por carilla de pieza dental con ionomeroautocurable	8.44
Restauración por carilla de pieza dental con ionomerofotocurable	8.44
Restauración por carilla de pieza dental con amalgama	8.44

Aplicación tópica de flúor en niños	6.72
Aplicación tópica de flúor en adultos	6.72
Aplicación de barniz de flúor	6.72
CRED	7.38
Vacuna rotavirus	2.48
Vacuna neumococo	2.48
Vacuna BCG	2.48
Vacuna hepatitis B adultos	2.48
Vacuna antipolio	2.48
Vacuna contra la fiebre amarilla	2.48
Vacuna SPR	2.48
Vacuna DPT	2.48
Vacuna DT adulto	2.48
Vacuna de influenza, para uso IM adultos	2.48
Vacuna de influenza, para uso IM niños	2.48
Vacunas pentavalente	2.48
Vacuna de influenza para uso IM	2.48
Control prenatal	9.38
Consejería en salud sexual y reproductiva	6.05
Atención nutricional adulto	6.23
Atención psicológica	7.31
Examen radiológico de húmero, 2 incidencias	50
Examen radiológico de codo, 2 incidencias	15
Parto vaginal/incluye parto vertical	287.5
Parto abdominal	400
Atención de tópico	7
Examen de colesterol total	4.76
Factor Rh	4.37
Examen citológico de PAP de cérvix uterino	11.07
Examen de glicemia	4.5
Examen de grupo sanguíneo	3.4
Examen de hemoglobina	4.44
Examen de hemograma	5.73
Test de ELISA	12.11
Examen de Thevenon en heces	5.1
Examen de triglicéridos	5.9
Examen de uro cultivo	13.24
Examen VDRL	6.22
Examen parasitológico simple y Graham	9.87
Examen de creatinina	4.15
Exámenes hematológicos	2.5
Exámenes bioquímicos	2.5
Exámenes microbiológicos	2.5
Exámenes inmunológicos	2.5
Ecografía abdominal	12.58
Ecografía obstétrica I trimestre	9.38
Ecografía obstétrica II trimestre	9.38
Otras ecografías	14
Exámenes radiológicos simples	9
Electrocardiograma	9.17
Visita domiciliaria	20
Traslado de paciente	288
Psicoprofilaxis	4.52
Establecimientos de EsSalud	
Tomografía Espiral Multicorte (TEM) cerebral c/ contraste	559.16
TEM cerebral s/ contraste	137.21
TEM cervical c/ contraste	571.29
TEM cervical s/ contraste	149.63
TEM tórax c/ contraste	520.33
TEM tórax s/ contraste	149.63
TEM abdomen/pelvis c/ contraste	596.44
TEM abdomen/pelvis s/ contraste	174.48

TEM UROTEN/pelvis c/ contraste	555.76
TEM UROTEN/pelvis s/contraste	162.06
TEM columna vertebral c/contraste	621.29
TEM columna vertebral s/contraste	146.23
TEM traumatológicas s/contraste	185.06
TEM reconstrucción 3D s/contraste	303.23
TEM traumatológicas c/contraste	584.02
Mamografía bilateral digital	78.13
Mamografía unilateral digital	61.12

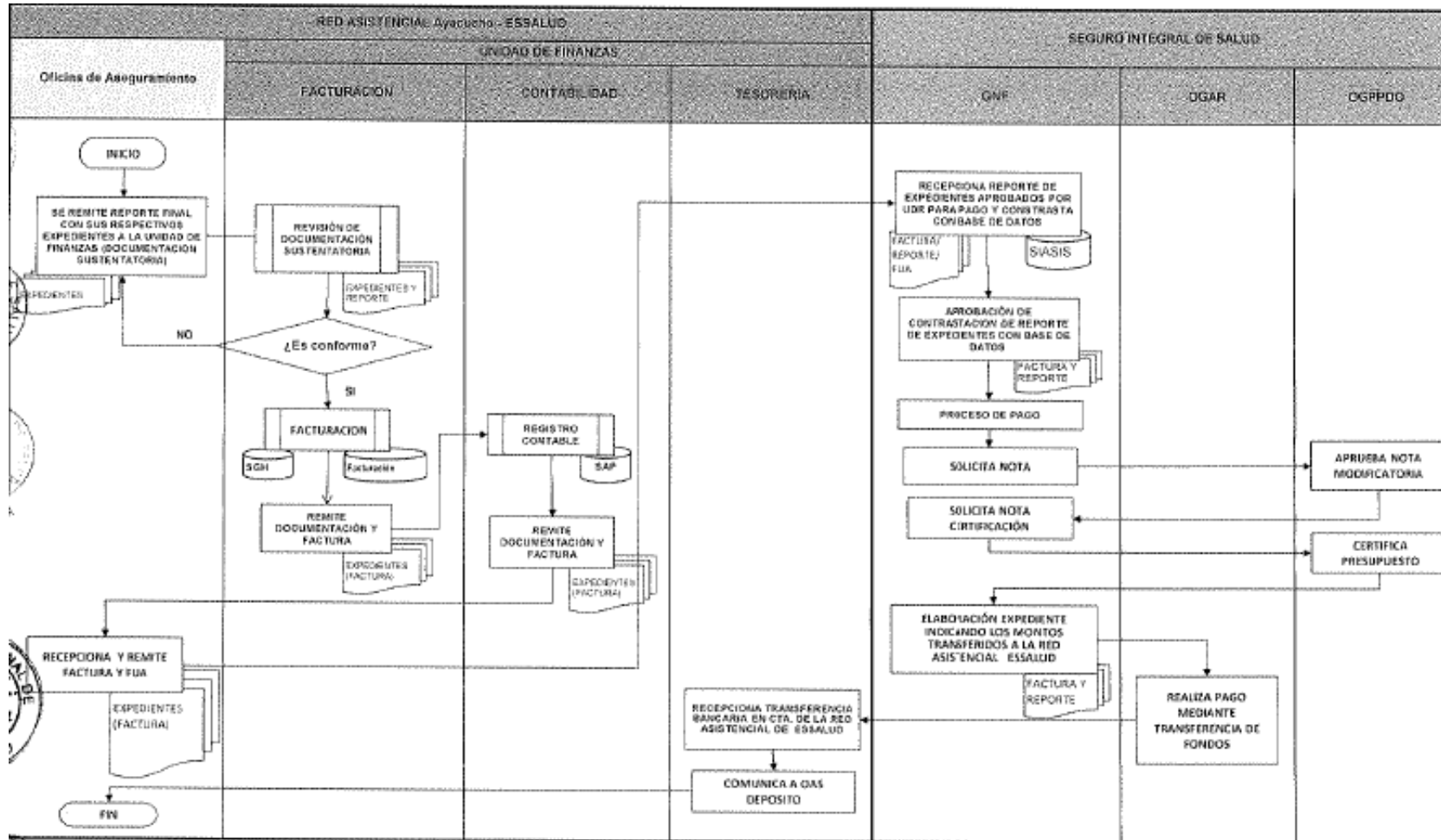
Tarifas de EsSalud incluyen IGV

Anexo N° 7 Mapa de procesos generación de pagos de prestaciones de pacientes afiliados a EsSalud atendidos en establecimientos del Gobierno Regional



Ejemplo tomado del convenio específico de cooperación del GR de Ayacucho

Mapa de procesos generación de pagos de prestaciones de pacientes afiliados al SIS atendidos en EsSalud



Ejemplo tomado del convenio específico de cooperación del GR de Ayacucho

