

Tema para el debate

El SIS y los Establecimientos de Atención Primaria: ¿Cómo superar las discrepancias?

Presentamos algunos elementos para motivar el debate sobre la búsqueda de soluciones a algunas discrepancias entre el SIS y los Establecimientos de Atención Primaria, como la falta de oportunidad en el reembolso de las prestaciones reportadas al SIS, el importante volumen de rechazos de las solicitudes de reembolso de las prestaciones, la mayor carga de trabajo de tipo administrativo que genera, entre otros aspectos. Los invitamos a participar del debate enviándonos sus aportes, sugerencias, dudas o cuestionamientos a temas_debate@idefiperu.org. En nuestro próximo número presentaremos un resumen de estas participaciones comentadas por especialistas en la materia .

Introducción

El Seguro Integral de Salud (SIS) es: “Un programa social del Ministerio de Salud del Perú, que asegura la atención gratuita de salud a los peruanos que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza”¹. La visión del SIS es “Integrar y contribuir al sistema de aseguramiento universal que garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud, impulsando un modelo de atención integral con adecuación social y cultural”². Los recursos financieros del SIS son casi exclusivamente públicos, y provienen tanto del tesoro público como del Fondo Intangible de Salud (FISSAL).

El SIS fue creado y reglamentado a fines del año 2001 mediante Ley N° 27657 y D.S. N° 009-2002-SA, respectivamente. El SIS tiene sus políticas, organización estructural y funcional, claramente definidas en diversos documentos direccionadores, como la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud (publicada el 29 de marzo, 2003), Cap. XII-artículo 33, inciso «c», el DS No. 013-2002-SA, el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, artículo 13 y 36, y el DS No. 009-2002-SA del 15 de agosto del 2002, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.

Se proponen seis tipos de planes de beneficio, de acuerdo a la población que pretende cubrir. Sin embargo, los más importantes son los tres

primeros, dado que los otros aun no consumen una fracción expresiva de los recursos del SIS. Estos tres planes fundamentales son²:

PLAN A: Niños de 0 a 4 años

PLAN B: Niños y Adolescentes de 5 a 17 años

PLAN C: Gestantes y Puerperas

Impacto Positivo del SIS

En sus primeros 47 meses de trabajo, el SIS brindó aproximadamente 60.3 millones de prestaciones de salud en todo el país, para lo cual se destinaron S/.925 millones de soles del presupuesto sectorial².

Entre enero y diciembre del 2005 se realizaron 14,915,217 atenciones y un total de 11,026,607 afiliaciones, que representaron un valor de producción de S/.23,733,236².

La llegada del SIS y su conjunto institucionalizado de operaciones, procesos y procedimientos, respaldados por una estructura administrativa e informática, y los reembolsos enviados por el SIS constituyen un importante incentivo para que la población

más vulnerable sea mejor focalizada por los prestadores, dado que el SIS repone a los establecimientos de salud los gastos en medicamentos y otros requerimientos auxiliares a la propia atención que anteriormente, para quienes no podían asumirlos como “gasto de bolsillo”, significaban una carga para los establecimientos bajo la modalidad de «exonerados del pago».

¿Qué Opinan del SIS los prestadores de salud?

En términos generales se podría concluir que existe una sensación ambivalente de los prestadores de salud en relación al SIS. Por un lado, se reconoce que contribuye al propósito de ampliar las coberturas de salud al mejorar la accesibilidad de la población pobre y desprotegida al reducir las barreras económicas que limitan su uso de los servicios de salud.

Por otro lado, las remesas del SIS a los Establecimientos de Salud, les proporcionan ingresos que crean mejores y mayores stocks de medicamentos e insumos, especialmente de aquellos que se refieren a la oferta de prestaciones que forman parte del plan de beneficios del SIS.

Adicionalmente, al invertir parte de dichos fondos en el mantenimiento o a la compra de equipos, o la reparación o reforma de la planta física, podría contribuir a mejorar la calidad de los servicios ofrecida a los usuarios.

Aspectos discrepantes

Desafortunadamente, en paralelo a estos aspectos positivos se conoce de discrepancias existentes, al considerar que el sistema podría funcionar mejor de cómo actualmente funciona, lo que genera una especie de antagonismo más o menos encubierto entre los prestadores de salud y la gestión del SIS.

El primer grupo de desavenencias surge de la falta de oportunidad en el reembolso de las prestaciones reportadas al SIS, lo que afecta a los establecimientos de salud, los cuales no tienen como recuperar, en los plazos requeridos, los insumos invertidos en dichas atenciones³.

Igualmente genera malestar el importante volumen de rechazos de las solicitudes de

reembolso de las prestaciones a los asegurados por parte del SIS. La alta tasa de rechazos tiene su origen en los errores que supuestamente cometen el personal de los establecimientos, y debido a que las medicinas recetadas no concuerdan con el parecer de los médicos supervisores del SIS.

Otro elemento de incomodidad proviene de la mayor carga de trabajo de tipo administrativo que genera para el médico tratante el proceso de atención a pacientes del SIS. Este hecho agrava la situación de ya recargada labor de los médicos en los establecimientos de salud al no haber suficiente personal para atender a la población.

¿Qué podemos hacer al respecto?

Los invitamos a participar del debate enviándonos sus aportes, sugerencias, dudas o cuestionamientos a:
temas_debate@idefiperu.org.

En nuestro próximo número presentaremos un resumen de estas participaciones comentadas por especialistas en la materia y, de ser posible, representantes del SIS y el MINSA.

Bibliografía

1. Preguntas sobre el SIS: Información extraída el 2 de febrero del 2006 desde el site de INFOSALUD del Ministerio de Salud:
www.minsa.gob.pe/portal/servicios/infosalud
2. Objetivos del SIS: Información extraída el 2 de febrero del 2006 desde el site del Seguro Integral de Salud:
www.sis.minsa.gob.pe/
3. Seguro Integral adeuda más de 2 Millones de soles a Piura. Noticia extraída el 2 de febrero del 2006 desde el site www.perunoticias.net/modules/news/article.php?storyid=2081-85k
4. Ineficiencia en el seguro integral detectan por encuestas: Información extraída el 2 de febrero del 2006 desde el site de Radio Libertad - Trujillo Miércoles, 06 agosto a las 23:08:21:
<http://www.radiolibertadmundo.com/modules.php?name=News&file=print&sid=335>

Comentarios del Comité Editorial Consultor Internacional

Comentarios al Tema para el Debate: El SIS y los Establecimientos de Atención Primaria.

Dr. Raúl O. Urquiza* - Argentina

En todo servicio de salud deben considerarse todos y cada uno de los participantes:

- Gestores
- Prestadores
- Receptores/Pacientes

Todos ellos cumplen un rol protagónico. Así, si bien es cierto que los servicios de salud deben orientarse a las necesidades y expectativas de la población, los gestores y los prestadores también lo integran estructural y funcionalmente.

Es fundamental al poner en marcha un programa de las características del Seguro Integral de Salud, el mayor consenso posible entre las partes, lo ideal es conseguirlo antes de su implementación, en su etapa de piloto, con el objeto de conseguir una participación y un compromiso muy valioso para el sostenimiento en el tiempo, y para corregir cada situación problemática que vaya apareciendo.

Cuando surgen problemas como los relatados en el artículo comentado, debemos analizarlo como una oportunidad de mejora, una posibilidad de intervenir para perfeccionar el sistema, cumpliendo algunos pasos básicos y accesibles estamos en condiciones de actuar para mejorar. Algunos de ellos son:

1. Detección del problema
2. Análisis de las causas
3. Propuestas de soluciones
4. Ejecutar las acciones para mejorarlo

5. Medir o valorar post intervención, para análisis cuali/ cuantitativo

Son los mismos pacientes, prestadores y gestores, los que mejor conocen el funcionamiento del sistema, cada uno desde su óptica, pero entre todos, seguramente se podrán ir resolviendo conflictos.

Por el contrario, si sólo uno de los integrantes, en este caso los gestores, formulan el sistema, lo evalúan y generan los correctivos al programa, nos perdemos la valiosísima participación de los otros actores, por lo que tendrá seguramente un fuerte sesgo.

No hay demasiadas experiencias de participación de los pacientes, ni de los prestadores en la gestión de los servicios de salud en nuestra América latina, por lo que la situación que describe este tema de debates es con diferentes matices, bastante frecuente. Está en cada uno de nosotros desde el rol que nos toque, intentar conseguir un espacio de participación y reflexión, para una mejora continua del servicio de salud en que nos encontremos.

En un contexto de necesidades socio sanitarias en franco crecimiento, y la limitación de los recursos, se hace imprescindible el aprovechamiento racional de los mismos, con la consecuente mejora de la efectividad y eficiencia, y mayor satisfacción en los pacientes, gestores y prestadores.

(*) Médico Familiar. Ejercicio Independiente Sta Rosa del Conlara. San Luis. Argentina. Miembro del comité de honor de la Asociación Argentina de Medicina Familiar. Presidente de la Asociación Sanluiseña de Medicina Familiar y General.