

## Tema para el debate

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

Prosiguiendo con el «Tema para el debate» iniciado en la edición anterior de RAMPA, presentamos algunas opiniones sobre el origen y potenciales soluciones a las discrepancias entre el SIS y los Establecimientos de Atención Primaria, enviadas por lectores de RAMPA que trabajan en el primer nivel de atención.

Los invitamos a participar de este debate enviándonos sus aportes, sugerencias, dudas o cuestionamientos a [temas\\_debate@idefiperu.org](mailto:temas_debate@idefiperu.org). En nuestro próximo número cerraremos este tema de debate mostrando un resumen de las participaciones recibidas y el aporte de 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 son(2):

PLAN A: Niños de 0 a 4 años

PLAN B: Niños y Adolescentes de 5 a 17 años

PLAN C: Gestantes y Púerperas

## 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 sectorial(2).

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/.23.733.236(2).

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 discrepancias existen entre el SIS y 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 atenciones<sup>3</sup>.

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](mailto: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.

## Opiniones de nuestros lectores

A continuación colocamos opiniones llegadas a nuestra redacción sobre este interesante tema.

---

Trabajo como médico jefe en un centro de salud del cono norte de Lima, y después de un año en el cargo puedo opinar del SIS desde «dentro» del sistema de las prestaciones del SIS en la periferie urbana.

1. *El SIS está dirigido a financiar actividades recuperativas.*

Las actividades propias del SIS, corresponden a las de un seguro clásico, sin insistir mayormente en la actividad preventiva promocional del establecimiento de salud, a través, por ejemplo, de las estrategias nacionales. Además, dado que sólo la actividad recuperativa es financiada, los establecimientos se esfuerzan por atender más pacientes, restándoles menos tiempo para salir a campo. Ello se hace más notorio en el médico, especialmente en casos como el de mi red de salud, donde todavía no se cuenta con guardias comunitarias, las cuales de alguna manera «obligarían» a que el profesional de salud busque hacer labor preventiva promocional.

2. *El SIS no promueve la atención integral:*

Ya que a más atenciones de pacientes afiliados es mayor el ingreso para el establecimiento, se promueve un fraccionamiento de los problemas del usuario, y no una atención integral. Por otro lado, al aumentar la demanda de atención y la presión de la cola de pacientes esperando, se disminuye el tiempo dedicado a cada paciente, siendo casi imposible brindar una atención integral por lo limitado de la duración de la consulta.

3. *No hay medicamentos en el SIS:*

Este es un serio problema en mi Red de Salud, aunque tengo información de que en otras redes de Lima esto no es una limitante.

**Sugerencias:**

1. Se reflexione al respecto: Pues la calidad de la consulta, aunque no sea integral, disminuye. El SIS debe complementarse con alternativas que mejoren la atención de los pacientes: distribución de pacientes por sistema de citas, personal del SIS que ingrese antes a laborar, por ejemplo.

2. El SIS debería promover la actividad de Promoción de la Salud y la Atención Integral: Se podría plantear algún indicador que mida la adherencia de los profesionales a brindar una atención integral y de actividades preventiva promocionales por paciente, y mejor aún si se enfoca en localidades de riesgo para el SIS. Estas, podrían ser definidas, por ejemplo, como: comunidades que tengan el mayor

número de consultas. Debe convertirse al SIS en un seguro moderno, que maneje el concepto de que hacer prevención es, a la larga, menos costoso para el seguro, pues disminuyen los riesgos a enfermar de sus afiliados. De esta manera están procediendo ya algunos seguros, que promueven campañas preventivas o de diagnóstico precoz. Un ejemplo de cómo se maneja actualmente este concepto es ESSALUD.

3. El SIS central debería sancionar a los responsables de las regiones que no gerencien el SIS eficientemente: Atender pacientes como los que aborda el SIS, en rangos de pobreza y extrema pobreza, para decirles finalmente que no tenemos medicamentos, ni los más simples como paracetamol o eritromicina, nos convierte a los profesionales en cómplices de la ineficiencia de los gerentes del SIS.

Ello podría ser interpretado, a la vista de un usuario del SIS, como una estafa, ya que podría pensar «...me buscan para afiliarme...me hacen perder tiempo para atenderme, y al final no cuidan mi salud con calidad ni calidez, no me explican sobre mi enfermedad, ven a mi hijo, pero a mí no, a pesar de que estoy enferma, y peor aún no me dan los medicamentos que necesito y que no puedo comprar en la calle. Entonces por qué me ofrecen un producto si no me lo van a dar?».

Gracias por la oportunidad de dar mis opiniones

Luz León C.  
Medicina General Integral  
CMP 20325 - RNE 11712  
Médico Jefe del Centro de Salud de  
Tahuantinsuyo Bajo.

---

Desde mi perspectiva y mi posición como médico generalista y la experiencia que tuve precisamente como médico SERUMS en un centro de salud, envío algunos puntos para reflexionar sobre el SIS y establecimientos de atención primaria:

Respecto al SIS,

-El modelo de SIS se creó en un contexto social en el cual había la necesidad de paliar la crisis que se vive en salud, especialmente en relación con los excluidos del sistema. Por la tanto, este fue un modelo creado por niveles centrales sin participación de la población. Ello trae como

consecuencia una alta burocracia, un mayor énfasis en lo administrativo y la pérdida de relaciones humanas entre el proveedor y el paciente o usuario.

-Se requiere un SIS menos burocrático. El acceso no debe ser tan formal para la atención de los pacientes. ¿como a una mujer analfabeta con 4 hijos y que sufre violencia familiar le vamos a pedir tantos trámites para que accedan al sistema? Es injusto. El SIS se está convirtiendo en una barrera para el acceso oportuno de nuestra población excluida, a servicios de salud en cualquier nivel.

Sugerencias:

-Estoy convencido que no hay modelos perfectos en salud. Ni Inglaterra tiene el mejor modelo en salud. Lo que si tenemos, como trabajadores de salud de los establecimientos de APS, y otros actores sociales comprometidos con el bienestar de nuestra comunidad, son muchas herramientas para poder organizar un modelo, en este caso integral, hacia nuestra comunidad, con su activa participación. Por lo tanto, debemos poco a poco ceder poder a nuestra comunidad para enfrentar los factores que limitan la salud, pues desde el mismo nombre comienza nuestra paradoja: sistema integral? Como puede construirse sin participación de la población o de mi paciente en el consultorio?

-Para una mejor adecuación a cada realidad, debemos enfrentar los problemas de nuestro

sistema, a través de mini-equipos de gestión tanto en la prevención de la enfermedad, como mini-equipos de salud de acompañamiento al paciente que padece alguna dolencia, creo incluso en la conformación de mini-equipos de ética en cada centro de salud. Para ello, y específicamente para mejorar el SIS, la participación de diferentes actores sociales para la conformación de mini-equipos de salud es importante.

-El SIS debe favorecer el acceso al sistema, así como todo el equipo de APS. Ya sea la enfermera en su trabajo cotidiano, el médico caminando por el centro, el portero en su trato con los usuarios del servicio, cada uno puede ayudar a la contención de ese paciente, a no perderlo, así le damos la oportunidad de percibir que alguien del servicio se preocupa por su estado de salud.

Muchas gracias

Dr Jhonny Vicente Taboada  
Medico generalista  
Universidad nacional de Rosario - Argentina  
Medico jefe del departamento de atención  
primaria del  
Hospital área del programa Chimpay  
Río negro- Argentina

# Comentarios del Comité Editorial

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

Probablemente todos reconozcamos que el SIS ha tenido un éxito notable en reducir, o eliminar, el drama de los otrora «exonerados del pago». Usuarios muy pobres, que por no tener recursos para complementar mediante el pago de bolsillo algunos medicamentos y otros requerimientos auxiliares a la propia atención, eran sub-atendidos. Sin embargo, no está suficientemente claro cual ha sido la ganancia del SIS para los otros grupos priorizados, particularmente para la población pobre no extrema. En tal sentido, los comentarios de los Dres. León y Taboada desnudan algunos de los mayores problemas del SIS en el ámbito de la APS.

Un primer problema resaltado ha sido el de la calidad de la atención. En un sistema bien organizado, las instancias reguladoras del sector salud deberían velar porque los usuarios reciban prestaciones acordes a los estándares aprobados. En la práctica, el sistema público peruano tiene escasos mecanismos efectivos para verificar la pertinencia clínica, calidad o efectiva realización de las actividades que los prestadores reportan al seguro. Como consecuencia, los usuarios pueden recibir una atención de pobre calidad, tal y como describe la Dra. León, sin que exista una retroalimentación desde los financiadores o los reguladores, que influya en la calidad de las prestaciones.

Dicha dificultad podría ser mejorada al contar con un responsable de la defensa de los usuarios ante el SIS –denominado ombudsman, en otras realidades-, el cual respaldaría los reclamos de prestadores y usuarios, por una mejor atención. Esta alternativa de darle fuerza al control social ha sido una necesidad muy bien resaltada por la opinión del Dr. Taboada, y que efectivamente puede ser muy útil en sistemas poco estructurados como el nuestro. Hasta donde

sabemos, en el sistema del SIS no existe aún ninguna iniciativa en este sentido.

Otro aspecto resaltado tiene que ver con la efectividad del gasto en salud. Por un lado, es cierto que se ha generado un cambio en la actitud hacia los pobres y pobres extremos, en la medida en que ellos, generan un reembolso proveniente del SIS. Sin embargo, si no se logra una separación efectiva y fiscalizadora entre la regulación, el financiamiento y la prestación, se generan problemas de eficiencia en la producción de servicios de salud, puesto que no existe incentivo para ser más costo-efectivos, sino sólo para realizar más prestaciones que generarán mayores reembolsos.

En consecuencia, y tal como la Dra. León pone de manifiesto, estrategias importantes como la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, así como la atención integral bio-psico-social de la persona en el contexto de su familia, que en un medio y largo plazo pueden disminuir el gasto en acciones recuperativas o de rehabilitación de alto costo, son desestimadas por ser inmediatamente menos rentables en el contexto de este tipo de financiamiento. Este es un vacío aun no abordado por el SIS.

Coincidimos con la Dra. León en que el SIS debe adoptar algunas características de sistemas más modernos, en las cuales no sólo hay una fijación en rembolsar las prestaciones realizadas, sino fundamentalmente en administrar el riesgo de la población, tal vez mediante un sistema de capitación para el financiamiento de la APS. En estos esquema de mayor evolución, el ámbito del primer nivel de atención y sus profesionales son una pieza clave para el mejoramiento del sistema.

EL EDITOR PRINCIPAL