



**Pontificia Universidad
Católica del Perú**
Escuela de Posgrado

**FACTORES QUE INFLUYERON EN LA GESTIÓN DEL PROCESO DE AFILIACIÓN
AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS) Y DIFICULTARON LA COBERTURA DE
LA POBLACIÓN NO ASEGURADA, EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD. EL CASO DEL DISTRITO DE ATE, 2016
– 2019, LIMA**

Tesis para obtener el grado académico de Magíster en Gerencia Social que presenta:

Jorge Luis Villacresis Gutiérrez

Profesor Responsable Asesor (PUCP): ***MGS. Carlos Torres Hidalgo***

Profesor Responsable Asesor (EAFIT): ***PhD. Mario Enrique Vargas Sáenz***

Lima, 2021

RESUMEN

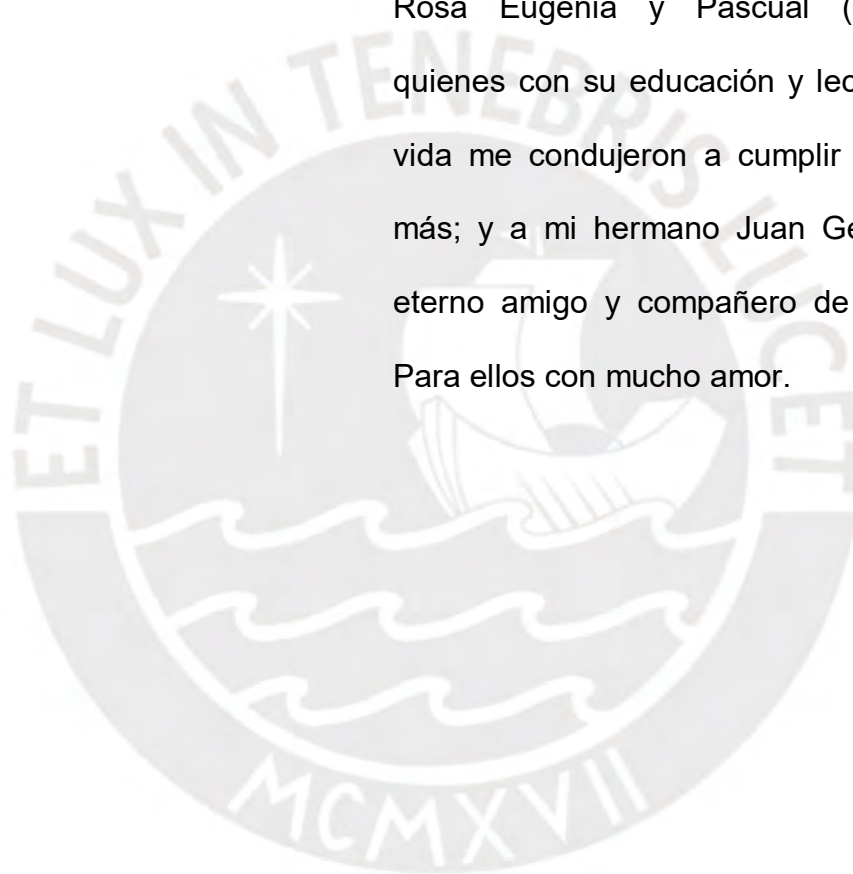
La presente investigación tiene por objetivo dar a conocer los factores que influyeron en la gestión del proceso de afiliación y dificultaron la cobertura de la población no asegurada al SIS para el periodo 2016 – 2019 en el distrito de Ate, uno de los distritos de la provincia de Lima con alto porcentaje de personas sin seguro de salud para el periodo de estudio.

La investigación se centra en el análisis de la gestión del proceso de afiliación al SIS como parte de la política de aseguramiento universal en salud, abarcando el estudio desde el operador del nivel máximo de gestión (Gerencia del Asegurado del SIS) hasta aquellos ubicados y vinculados al proceso en el distrito: los establecimientos de salud (EESS) y las Oficinas de Atención del Asegurado del SIS (OAA). La investigación es de tipo descriptiva, correlacional y no experimental, con una metodología de carácter mixta: cuantitativa por el uso del cuestionario y el análisis de información estadística del tema, y cualitativa por la aplicación de entrevistas semi estructuradas.

La investigación identifica entre los principales factores críticos que influyeron en la gestión de este proceso y dificultaron la cobertura de la población: la falta de personal en los distintos niveles operativos (desde la GA hasta los EESS y OAA), y procesos deficientes de capacitación y asistencia técnica sobre el mismo.

Finalmente, a partir de los hallazgos y en el marco de la innovación social, se presenta una propuesta aplicativa que conjuga el uso de las nuevas tecnologías, la experiencia técnica de los operadores en el proceso de afiliación, y las deficiencias identificadas en los establecimientos de salud, propuesta que busca contrarrestar los factores críticos identificados.

Dedico esta investigación a mis padres, Rosa Eugenia y Pascual (Q.E.P.D.), quienes con su educación y lecciones de vida me condujeron a cumplir una meta más; y a mi hermano Juan Gerardo, mi eterno amigo y compañero de bohemia. Para ellos con mucho amor.



Agradezco de forma especial a mi asesor MGS Carlos Torres Hidalgo quien, con su conocimiento sobre la investigación en Gerencia Social, me orientó a lo largo de este trabajo.

A los profesionales del Seguro Integral de Salud (SIS), quienes formaron parte de esta investigación y posibilitaron su desarrollo, a pesar de las difíciles circunstancias generadas por la pandemia a causa del Covid19.

ÍNDICE

Resumen	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Índice	V
Índice de tablas, cuadros e imágenes	VII
Introducción	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN	2
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Objetivos de investigación	5
1.3. Justificación de la investigación	6
1.4. Ámbito donde se realiza la investigación	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	8
2.1. Marco contextual social y normativo	8
2.2. Marco teórico	21
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	33
3.1. Estrategia metodológica de investigación	33
3.2. Diseño muestral	33
3.3. Variables e indicadores	34
3.4. Unidades de análisis	36
3.5. Fuentes de información	37
3.6. Técnicas e instrumentos de recojo de información	37
3.7. Procedimientos de información	37
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE HALLAZGOS	51
4.1. Diseño del Seguro Integral de Salud y el proceso de afiliación	51
4.1.1. Características de diseño del SIS	51
4.1.2. Diseño del proceso de afiliación	68

4.2.	Implementación y evaluación del proceso de afiliación al SIS en Ate	88
4.2.1.	Implementación del proceso de afiliación	89
4.2.2.	Ejecución del proceso de afiliación al SIS en los establecimientos de salud de Ate	109
4.2.3.	Mecanismos de control y evaluación en el proceso de afiliación	113
4.3.	Conocimiento y valoración de la población sobre el SIS y su proceso de afiliación	128
4.3.1.	Conocimiento de la población sobre el SIS	130
4.3.2.	Valoración del proceso de afiliación	135
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		143
5.1.	Conclusiones	143
5.2.	Recomendaciones	146
CAPÍTULO VI: PROPUESTA APLICATIVA		148
6.1.	Título de la propuesta	148
6.2.	Descripción de la propuesta	148
6.3.	Desarrollo de los componentes de la propuesta	153
6.4.	Organización	161
6.5.	Recursos de implementación y operación	162
ANEXOS		167
BIBLIOGRAFÍA		173

ÍNDICE DE TABLAS, CUADROS E IMÁGENES

TABLAS:

- Tabla N° 1.1 Población con seguro y sin seguro de salud a nivel nacional, 2004 – 2009.
- Tabla N° 1.2 Población afiliada por tipo de seguro de salud a nivel nacional, 2004 – 2009.
- Tabla N° 1.3 Principales distritos de la Provincia de Lima con la mayor cantidad de pobladores sin seguro de salud, al 2017.
- Tabla N° 1.4 Población total de la Provincia de Lima afiliada a algún seguro de salud, al 2017.
- Tabla N° 2.1 Distribución total de la población según sexo y edad, 2017.
- Tabla N° 2.2 Porcentaje de población en situación de extrema pobreza, período 2013 – 2015.
- Tabla N° 2.3 Porcentaje de nivel educativo alcanzado de la población de 15 y más años de edad, 2017.
- Tabla N° 2.4 Idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez, de 5 y más años de edad, 2017.
- Tabla N° 2.5 Población total del distrito afiliada a un seguro de salud, 2017.
- Tabla N° 3.1 Unidades de análisis y sus instrumentos.
- Tabla N° 3.2 Funcionarios del SIS entrevistados.
- Tabla N° 3.3 Establecimientos de salud encuestados.
- Tabla N° 3.4 Población total encuestada.
- Tabla N° 4.1 Asignación y ejecución presupuestal del SIS en relación a las entidades de sector salud, 2015 - 2019.
- Tabla N° 4.2 Mapa de Procesos del Ministerio de Salud.
- Tabla N° 4.3 El proceso de afiliación en relación a los macro procesos del SIS.
- Tabla N° 4.4 Requisitos o condiciones para la afiliación al SIS (2016 - 2019).
- Tabla N° 4.5 Metas de cobertura de afiliación al SIS, 2016 – 2019.

- Tabla N° 4.6 Recursos necesarios para mejorar el proceso de afiliación.
- Tabla N° 4.7 Temas abordados en las actividades dirigidas al personal de la Oficina de Seguros.
- Tabla N° 4.8 Seguros SIS reconocidos por el personal de la Oficina de Seguros.
- Tabla N° 4.9 Tipo de afiliación que se realiza con mayor frecuencia en los EE.SS.
- Tabla N° 4.10 Problemas identificados y propuestas de mejora. Consultoría sobre el proceso de afiliación al SIS – 2016.
- Tabla N° 4.11 Rango de edad de los encuestados.
- Tabla N° 4.12 La función del SIS desde la perspectiva de la población.
- Tabla N° 4.13 Motivo de la calificación.
- Tabla N° 4.14 Cambios sugeridos para mejorar el funcionamiento del SIS, desde la óptica del encuestado.
- Tabla N° 4.15 Fuente de información sobre el trámite de afiliación.
- Tabla N° 4.16 Motivos del por qué la población desconoce el trámite de afiliación.
- Tabla N° 4.17 Satisfacción de la población sobre el proceso de afiliación.
- Tabla N° 4.18 Percepción sobre la dificultad del trámite de afiliación al SIS.
- Tabla N° 4.19 Propuestas de cambio o mejora sobre el proceso de afiliación, desde la perspectiva del encuestado.
- Tabla N° 6.1 Resultados esperados e indicadores.
- Tabla N° 6.2 Cronograma de actividades – Módulo virtual y guías impresas de capacitación y asistencia técnica sobre la afiliación la SIS.

CUADROS:

- Cuadro N° 4.1 Componentes del proceso Gestión del Aseguramiento al SIS.
- Cuadro N° 4.2 Flujo de afiliación al SIS.

IMÁGENES:

Imagen N° 2.1 Las cinco etapas del diseño.

Imagen N° 3.1 Profesionales considerados en la aplicación de entrevistas.

Imagen N° 3.2 Equipo de trabajo de campo.

Imagen N° 3.3 Situación de los establecimientos de salud.

Imagen N° 4.1 Mapa de procesos internos del SIS.

Imagen N° 4.2 Estructura organizacional del Seguro Integral de Salud.

Imagen N° 4.3 Escenario del Aseguramiento Universal en Salud.

Imagen N° 6.1 Organización del equipo ejecutor.



INTRODUCCIÓN

La política de aseguramiento universal en salud promulgada el año 2009 establece el derecho de todo residente en el territorio nacional a acceder a un seguro de salud. La implementación de esta política logró reducir la brecha de cobertura de no asegurados a nivel nacional de 39.4% (2009) a 24.2% (2016)¹. Para este año 2016 a nivel de la provincia de Lima, el distrito de Ate resultó ser el 2° distrito con la mayor cantidad de personas sin seguro de salud, luego del distrito San Juan de Lurigancho.

La investigación partió de esta problemática para identificar los factores que influyeron en la gestión del proceso de afiliación al SIS en dicho distrito, dificultando la reducción de la brecha de los no asegurados. De esta forma bajo el enfoque de la Gerencia Social, estudiar la gestión de este proceso de afiliación o registro –el cual se aplica también en otras políticas y/o programas sociales en el país– da la posibilidad de entender los puntos de quiebre en la gestión que limitan la eficacia de las acciones. Así, los hallazgos obtenidos serán referentes para la toma de decisiones en el marco de la reformar del proceso de afiliación no sólo para el SIS, sino también para las organizaciones con un enfoque de gestión similar.

Estos resultados y hallazgos se presentan bajo la siguiente estructura: En el capítulo I se plantea el problema central y los objetivos de investigación; el capítulo II presenta el contexto social del distrito de Ate, el marco normativo legal y conceptual que sustenta la investigación; el capítulo III expone el diseño metodológico, el trabajo de campo realizado, y el procesamiento de datos; el capítulo IV, el análisis sobre el diseño del SIS, la implementación, ejecución, control y evaluación del proceso de afiliación; y finalmente en los capítulos V y VI, la exposición de las conclusiones y recomendaciones, seguido de la propuesta aplicativa enmarcada en la gestión del proceso y el enfoque de innovación social.

¹ Informe Técnico: Condiciones de vida en el Perú, 2° Trimestre 2019, INEI.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Planteamiento del problema.

Los primeros indicios en la historia sobre aseguramiento en salud nacen en Alemania en 1883, por la iniciativa del canciller del emperador Guillermo I de Prusia Otto Von Bismarck, quien estableció la ley de seguro de enfermedad y maternidad. Este paradigma establecía un seguro de salud para accidentes de trabajo y maternidad, subsidiado por los empresarios industriales y los mismos trabajadores, siendo sólo ellos los beneficiados².

En el Perú es en 1935 que se crea el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. Al siguiente año (1936) se organiza el Seguro Social Obligatorio para los obreros, y años más tarde (1948) se creó el Seguro Social del Empleado. Como los términos señalan, fue un seguro creado para determinado grupo poblacional³.

Respecto a los inicios del aseguramiento universal en salud, es en el año 2001, cuando se crea el Seguro Integral de Salud (SIS) mediante la Ley N° 27657, como resultado de la integración del Seguro Materno Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG), los que estaban enfocados en brindar atención médica a las madres gestantes, niños menores de 4 años, y escolares entre los 3 y 17 años. El año 2002 ante la demanda de una población también vulnerable, mediante resolución ministerial (RM N° 1090-2002-SA/DM) se amplía la cobertura para los adultos en situación de pobreza y poblaciones focalizadas; de igual forma se incluye en la población objetivo de aseguramiento a los líderes de comedores populares, madres del vaso de leche, madres que laboran en los “wawa

² BÉJAR RIVERA, Héctor. Políticas Sociales y Desarrollo. Décima sexta edición. 2018. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Post Grado. Pág. 137.

³ BÉJAR RIVERA, Héctor. Políticas Sociales y Desarrollo. Décima sexta edición. 2018. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Post Grado. Pág. 193.

wasis”, mujeres que conforman los comités de administración en salud, y a los lustrabotas⁴.

El año 2007 se crea en el Congreso de la República la comisión que formularía el proyecto de ley sobre el aseguramiento universal en salud, como documento constitucional, el cual al año siguiente (2008) se eleva a otras instancias del poder legislativo donde se debate sobre el mismo. En marzo del 2009 se aprueba en el congreso esta ley, y en abril del mismo año el presidente de la república la promulga. La ley tiene por objetivo establecer el marco normativo del aseguramiento universal, resaltando que el aseguramiento es un proceso progresivo, inclusivo y con miras a llegar a toda la población. Es así que se espera asistir a todo residente en el territorio nacional con un seguro de salud acorde a su condición socio económico. Ni la ley ni su reglamento presentan indicadores de evaluación.

Para el año 2009 fecha en la que entró en vigencia esta ley, a nivel nacional el 39.4% de la población total no contaba con ningún seguro de salud, mientras que el 60.6% si estaba afiliado a uno como se observa en la tabla N° 1.1.

Analizando el incremento de la población afiliada únicamente al SIS (ver tabla N° 1.2), vemos que desde el año 2004 hasta el 2007 el incremento es moderado, uno o dos puntos porcentuales por año; pero del 2008 para adelante el incremento es sustancial, de 3 a 4 puntos porcentuales por año – a excepción del 2011 y 2012 – hasta el 2016. A partir de este último según datos del INEI se reduce el ritmo de crecimiento de las personas afiliadas únicamente al SIS. Tan sólo 1 punto porcentual de incremento por año. Vale decir que durante los años 2016, 2017 y 2018, hasta el segundo trimestre del 2019 no hubo mayor variación en los porcentajes de personas afiliadas a un seguro (tabla N° 1.2).

⁴ WILSON, Luis y otros. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. SIMPOSIO: ASEGURAMIENTO UNIVERSAL. Rev Perú Med Exp Salud Pública, 2009. Pág. 211.

Tabla N° 1.1: Población con seguro y sin seguro de salud a nivel nacional, 2004 – 2019.

POBLACIÓN	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ⁵
Con seguro de salud	37.3	36.2	38.4	42.1	53.7	60.6	63.4	64.5	61.9	65.5	69.0	72.9	75.8	76.4	76.5	77.1
Sin seguro de salud	62.7	63.8	61.6	57.9	46.3	39.4	36.6	35.5	38.1	34.5	31.0	27.1	24.2	23.6	23.5	22.9
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base al Informe Técnico: Condiciones de vida en el Perú, 2° Trimestre 2019, INEI.

Tabla N° 1.2: Población afiliada por tipo de seguro de salud a nivel nacional, 2004 – 2019.

SEGURO	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %	2008 %	2009 %	2010 %	2011 %	2012 %	2013 %	2014 %	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 ⁶ %
Únicamente SIS	14.9	14.1	15.4	17.0	28.1	33.8	36.3	36.1	31.4	35.3	39.0	43.4	46.3	46.8	47.1	45.1
Únicamente ESSALUD	17.4	17.3	18.6	19.6	20.1	21.2	21.6	22.7	24.4	24.4	24.6	24.5	24.4	24.6	24.4	25.4
Con otros Seguros ⁷	5.0	4.8	4.4	5.5	5.5	5.6	5.5	5.7	6.1	5.8	5.4	5.0	5.1	5.0	5.0	6.6
Sin seguro de salud	62.7	63.8	61.6	57.9	46.3	39.4	36.5	35.5	38.1	34.5	31.0	27.1	24.2	23.6	23.5	22.9
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: Elaboración propia en base al Informe Técnico: Condiciones de vida en el Perú, 2° Trimestre 2019, INEI.

⁵ Respecto a los porcentajes de este año (2019), el INEI presenta información total hasta el segundo trimestre del año: abril, mayo y junio.

⁶ Respecto a los porcentajes de este año (2019), el INEI presenta información total hasta el segundo trimestre del año: abril, mayo y junio.

⁷ Comprende Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y/o Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y a la población que tiene dos o más seguros.

Como se observa en las tablas, del año 2013 cuando sólo el 65.5% de la población total del país contaba con un seguro de salud se pasó al 77.1% para el año 2019, muestra de los avances en el proceso de aseguramiento universal en salud de la población.

1.1.1. Pregunta general y preguntas específicas de investigación.

No obstante lo indicado en el párrafo anterior, para el año 2019 se mantenía aún una brecha de 22.9%⁸ de ciudadanos sin afiliación a algún sistema de salud, por lo que se formuló la siguiente pregunta general de investigación:

Pregunta general:

¿Cuáles son los factores que influyen en el proceso de afiliación y dificultan la cobertura de la población no asegurada al SIS?

Preguntas específicas:

1. ¿Cuáles son las características del diseño del SIS en relación a su proceso de afiliación?
2. ¿Cómo se ha implementado el proceso de afiliación al SIS?
3. ¿Cuánto conoce y qué piensa la población sobre el SIS y sus productos?

En la medida que el proceso de incorporación de los ciudadanos al SIS se ha realizado de manera global, la investigación se focalizó en el Distrito de Ate, Provincia de Lima, lugar donde la mitad de su población en promedio no contaba con un seguro de salud (ver anexo tabla N° 1.4).

1.2. Objetivos de investigación.

⁸ Este porcentaje corresponde al *Informe técnico: Condiciones de vida en el Perú 2019* del INEI. No se halló fuente informativa que presente la cifra exacta de población para el 2019, sino tan sólo para el 2017. En el informe de los *Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, Perú, Resultados definitivos, Tomo 1 del INEI*, se expone que del total de población censada a nivel nacional, 29 381 884 habitantes: 13 059 611 tienen SIS, 7 585 944 tienen ESSALUD, 487 306 tienen Seguro de las Fuerzas Armadas o Policiales, 1 057 686 tienen Seguro Privado de Salud, 308 916 tienen Otro Seguro, y 7 208 221 NO cuentan con seguro de salud.

1.2.1. Objetivo general:

Identificar los factores que influyen en el proceso de afiliación y dificultan la cobertura de la población no asegurada al SIS, a partir del conocimiento de las características del diseño del SIS y su proceso de afiliación, como se implementa y ejecuta este proceso y, cuánto conoce y qué piensa la población no asegurada sobre el SIS y el servicio que brinda, para formular una propuesta de mejora del proceso que posibilite la cobertura de los no asegurados.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Conocer y analizar las características del diseño del SIS y su proceso de afiliación.
- Conocer y analizar la implementación y ejecución del proceso de afiliación al SIS.
- Conocer y analizar cuánto conoce y qué piensa la población sobre el SIS.
- Formular una propuesta de mejora del proceso que posibilite la cobertura de la población al SIS.

1.3. Justificación de la investigación:

Contribución al problema / oportunidad: La investigación busca identificar y analizar los factores que dificultan el proceso de afiliación al SIS, para proponer medidas de gestión que superen dichos factores y posibiliten la cobertura de los no asegurados en el marco del aseguramiento universal. Dicha contribución se da a partir del análisis del diseño e implementación del proceso de afiliación, considerando también como fuente de información el conocimiento y valoración de la población, lo que da soporte a la propuesta que finalmente se presenta.

Aporte como construcción del conocimiento: Identificar y analizar las características del diseño del SIS, conociendo la implementación del proceso de afiliación, y explicando cuánto conoce y que piensa la población sobre el trabajo del SIS, permite entender cómo viene

ejecutándose uno de los principales procesos del seguro aportando al conocimiento en materia de gestión de esta entidad pública.

Viabilidad de la investigación: El suscrito, como colaborador del SIS quien desempeña labores en una de las gerencias descentralizadas de esta institución, pudo acceder a información relacionada al presente tema con las solicitudes respectivas de acceso a la información. De igual forma, los conocimientos adquiridos a través de los años laborando en el SIS me permitieron manejar el tema, analizar los resultados e identificar los factores que dificultan la gestión del proceso.

1.4. Ámbito de la investigación:

La presente investigación determinó como zona de estudio el distrito de Ate, uno de los 43 distritos que conforman la provincia de Lima, departamento de Lima.

Se consideró Ate como ámbito de investigación, por ser el segundo distrito de la provincia de Lima con mayor cantidad de “afiliados al SIS” (166 132 pobladores), y contrariamente ser también el segundo distrito de esta provincia con la mayor cantidad de pobladores “sin ningún seguro de salud” (204 311) esto para el 2016. El distrito de Ate, según la publicación del INEI “Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas”, es el tercer distrito de Lima con mayor cantidad de pobladores (599 196). El segundo viene a ser el distrito de San Martín de Porres con 654 083 pobladores, y el primero San Juan de Lurigancho con 1 038 495 pobladores.

Si bien Ate es el tercer distrito con mayor cantidad poblacional, tiene la particularidad de ser el segundo distrito con mayor cantidad de afiliados al SIS y ser también el segundo con la mayor cantidad de personas sin seguro como se explicó anteriormente (aproximadamente el 34.09% de la población total del distrito). La tabla N° 1.3 expuesta en los anexos corrobora esta información.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Marco contextual social y normativo.

2.1.1. Diagnóstico social.

El diagnóstico de la zona de estudio abarca una serie de aspectos relacionados a la condición de vida y salud de la población. Estos aspectos analizados en su interrelación de unos con otros aportan al conocimiento del ámbito en el que se desarrolló esta investigación.

A. Ubicación y demarcación territorial.

El distrito de Ate fundado el 4 de agosto de 1821, se ubica en la parte central y oriental de la ciudad de Lima sobre el margen izquierdo del Río Rímac, con una altitud de 280 m.s.n.m., latitud sur 12°01'18", longitud oeste 76°54'57", y una superficie de 77.72 Km²; por el Norte limita con los distritos de Lurigancho – Chosica, Santa Anita y el Agustino; por el Sur con los distritos de La Molina, Cieneguilla, y Santiago de Surco; por el Este con el distrito de Chaclacayo, y por el Oeste con los distritos de San Luis y San Borja (Municipalidad de Ate 2011: 03).

B. Población.

Según el INEI para los Censos Nacionales 2017 la población total del distrito de ATE ascendía a 599196 habitantes, que representaba el 7,0% de la población total de la Provincia de Lima (el cual tenía 8 574 974 habitantes). Ate está considerado por el INEI como 100% urbano⁹.

Para el censo del mismo año, la población del distrito estaba compuesta por 306 177 mujeres y 293 019 varones. El censo informa que del total de mujeres en la zona, la mayor proporción 9.77% (es decir 29932 mujeres) tenían entre 20 a 24 años de edad, y en el caso de los varones la mayor proporción 9.91% (29065 varones) se encontraba en el mismo rango de edad (ver anexo tabla N° 2.1).

⁹ Sólo 8 distritos de la provincia de Lima tienen área urbana y rural. Estos son: Carabaylo, Cieneguilla, Lurín, Pachamác, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, y Santa María del Mar.

Se concluye que, en cuestión de sexo dicho distrito está conformado en su mayoría por mujeres, y que el mayor grupo etario se encuentra en el rango de 20 a 24 años de edad.

C. Pobreza.

Los procesos de migración “campo – ciudad” y el incremento en décadas pasada del desarrollo industrial en el distrito, han generado el desorden urbano como lo explican los archivos municipales: “Los problemas estructurales de la sierra del país, incrementaron [las] poblaciones desde la década de los cuarenta, así mismo el incremento en la actividad industrial llevó al distrito a un crecimiento urbano desordenado” (Municipalidad de Ate 2017: 32).

El incremento poblacional sumado a los vaivenes de la situación política del país, generó que los nuevos pobladores de la zona al no tener oportunidades de desarrollo incursionen en la informalidad como fuente de ingreso.

La municipalidad distrital establece que el índice de pobreza extrema se mantiene en 1.6% aproximadamente, del total de la población para el período del 2013 al 2015 (ver anexo tabla N° 2.2). A la fecha no se encontró fuente oficial que indique el nivel de pobreza y pobreza extrema a nivel del distrito en años actuales.

D. Educación.

Se considera también los hallazgos de los Censos Nacionales 2017 del INEI, los cuales recogen información al respecto de la población a partir de los 15 años de edad. Los resultados revelaron que del total de la población comprendida a partir de esa edad, el 49.3% tiene “Secundaria”, seguido del 35.5% con estudios “Superiores”, y finalmente que 12.1% cuenta con “Primaria” completa (Ver anexo tabla N° 2.3).

Otro aspecto en relación a la educación de la población es el idioma o lengua materna predominante en el distrito, ya que este está directamente

vinculado a la posibilidad de acceso e inclusión a los distintos servicios, entre ellos el educativo. Según fuentes oficiales en Ate predomina el castellano seguido del quechua, como se expone en la tabla N° 2.4.

Tabla N° 2.4: Idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez, de 5 y más años de edad, 2017.

Total		Idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez							No sabe / No responde
Absoluto	%	Castellano	Quechua	Ashaninka	Otra lengua nativa u originaria	Otra lengua extranjera	Lenguas de señas	No escucha/Ni habla	
549 841	100	87.57 %	11.57 %	0.03 %	0.08 %	0.17 %	0.03 %	0.06 %	0.22%

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas.

Resalta el 0.22% de censados que no responden a la consulta sobre su lengua materna. Podría considerarse que prefirieron no responder por un tema de “temor” frente a la sensación de discriminación/marginación que perdura en los centros urbanos, y más aún en la capital donde en su mayoría -en este caso Ate con un 87.57%- indican tener como lengua materna el castellano. Por ende, se asume que ese porcentaje de no sabe/no responde, podría tener como lengua materna otra lengua nativa distinta al castellano.

E. Salud.

En Ate la oferta de atención médica viene cubierta por ESSALUD y el MINSA bajo la cobertura del SIS, así como el sistema privado de salud. Para la oferta de ESSALUD, este seguro cuenta con 3 establecimientos integrados en la red que corresponde a esta zona¹⁰.

En cuanto a la oferta del MINSA su red de atención es más amplia e incluye los distritos de Ate, El Agustino y Chosica, entre otros, brindando

¹⁰ Tomado de: Plan de Desarrollo Local Concertado 2017 – 2021 del Distrito de Ate. Estos establecimientos son: Hospital Nivel II Vitarte; Hospital Nivel II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador; y el Hospital – Centro de Atención Primaria III de Huaycán.

atención a los asegurados del SIS, de ESSALUD, personas con seguro privado y sin seguro. Para Ate se considera el Hospital de Vitarte como su centro de referencia. La red de salud Lima Este en el MINSA incluye 5 establecimientos de salud¹¹.

En relación al aseguramiento universal en salud, la situación en el distrito se expone en la tabla N° 2.5: En primer lugar se encuentra el sistema de ESSALUD con la mayor cantidad de asegurados en el distrito, seguido del Seguro Integral de Salud (SIS). Destaca la cantidad de población no asegurada a ningún seguro de salud, que representa el 34.09% aproximadamente de la población total del distrito, situación que genera la presente investigación.

Tabla N° 2.5: Población total del distrito afiliada a un seguro de salud, 2017.

Población total del distrito	Tipo de seguro					No cuentan con ningún seguro
	Seguro Integral de Salud (SIS)	ESSALUD	Seguro de fuerzas armadas o policiales	Seguro privado de salud	Otro seguro	
599 196	166 132	191 936	9 340	25 157	8 553	204 311

Fuente: Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Provincia de Lima, Resultados definitivos, Tomo 1. INEI.

Se resalta que el objetivo de esta investigación no es abordar a profundidad la situación del sistema de salud en el distrito, por lo que la información presentada se expone de forma referencial para el conocimiento del contexto del ámbito de estudio.

F. Economía.

La actividad económica principal del distrito es el comercio, el cual genera empleo para más del 15% de la PEA del mismo. El comercio como actividad económica incluye también el comercio informal y/o ambulatorio,

¹¹ Tomado de: Dirección de Redes de Salud Lima Este, Ministerio de Salud. Los establecimientos de esta red son: el Hospital Nacional Hipólito Unanue; el Hospital de Vitarte; el Hospital José Augusto Tello de Chosica; el Hospital Huaycán; y el Hospital Hermilio Valdizán. Consultado el 19 de noviembre de 2019. <http://www.dirislimaeste.gob.pe/>.

el cual es evidente en el distrito, y para lo cual la Municipalidad de la zona ha establecido un Plan Regulador del Comercio Ambulatorio, en el que se establecen puntos viables donde ciertos rubros o “giros” pueden ser autorizados y llevarse a cabo (Municipalidad de Ate 2017: 56).

G. Justicia y Derechos humanos.

Se considera desarrollar este punto en relación a la tenencia del Documento Nacional de Identidad (DNI), al ser uno de los requisitos para poder afiliarse al SIS en cualquiera de sus modalidades.

En Ate según los censos nacionales para el 2017, del total de la población el 98.9% contaba con DNI, el 0.9% con otro documento de identidad, y el 0.2% no tenía ningún documento. Del porcentaje de la población que no contaba con ningún documento, en mayor proporción eran mujeres a comparación de los hombres, quienes también representan una cantidad considerable en estos tiempos donde se cuenta con herramientas tecnológicas para afrontar esta problemática.

La mayor proporción de personas sin DNI se encuentran en el rango de “Menores de 1 año” con 360 habitantes en esta situación. Siguen aquellos que se encuentran “De 1 a 5 años” con 299 habitantes, y en tercer lugar los que tienen “De 6 a 14 años” con 297 habitantes¹². Resalta que el gran porcentaje de indocumentados en el distrito comprenda a menores de 1 hasta los 14 años de edad, población en situación de vulnerabilidad ya que los primeros años de desarrollo de la persona no comprenden sólo el desarrollo físico, sino también el emocional e intelectual, vinculado este último en parte a su participación en el sistema educativo local cuyo requisito es poseer el documento de identidad.

2.1.2. Resumen de la institución materia de investigación.

¹² Información extraída de los Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Provincia de Lima, Resultados definitivos, Tomo 1. INEI.

A. Breve historia del Seguro Integral de Salud¹³.

En 1997 el gobierno peruano ante la necesidad de atención médica por parte de sectores vulnerables, crea el Seguro Escolar Gratuito (SEG), el cual estaba orientado a financiar las atenciones médicas de los escolares pertenecientes a instituciones públicas a nivel nacional. Si bien este seguro obtuvo importantes resultados, presentó problemas de filtración.

En 1998 se crea el Seguro Materno Infantil (SMI), otro seguro enfocado a cubrir las atenciones médicas de las gestantes y niños menores de 5 años. Si bien este seguro presentó menos inconvenientes de filtración que su antecesor, no logró ampliar su cobertura como estaba previsto.

El año 2001 ambos seguros se fusionan dando origen al Seguro Integral de Salud (SIS). Este nuevo seguro tuvo por objetivo incorporar a las gestantes y niños menores de edad a lo largo del país, para contrarrestar las falencias del seguro anterior, y mejorar el proceso de afiliación de los niños en etapa escolar. En relación a esto último, la afiliación se realizaba antes en base a los registros de las instituciones educativas, pero se cambia el modelo a la afiliación en base al lugar de residencia. A partir de este cambio se llega a establecer más adelante la afiliación automática según los niveles de pobreza, y posteriormente el empleo de un sistema de evaluación socio económica (SISFOH) que permitió identificar y afiliarse a aquellos que vivían en situación de pobreza y/o pobreza extrema.

B. Descripción de productos o servicios:

El SIS como organismo financiador de los servicios de salud, tiene la función de administrar los recursos públicos más no brindar el servicio de atención médica directamente a la población. Este financiamiento se brinda a la población a través de cuatro productos o tipos de seguro¹⁴:

¹³ Extraído del portal web institucional del SIS, http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/. Consultado el 08 de noviembre de 2019.

¹⁴ La presente investigación centrada en el periodo 2016 – 2019, no considera el nuevo seguro creado a fines del último año (2019) el “SIS para todos”, el cual entró en vigencia con afiliaciones masivas para diciembre del mismo año. La siguiente información se extrajo de la página web institucional del SIS: www.gob.pe/130-planes-del-seguro-integral-de-salud-sis. Consultado: 05 de junio de 2021.

- SIS Gratuito: Para ciudadanos con la condición socio económica de pobre o pobre extremo, gestantes, menores de 5 años, bomberos, entre otros grupos incluidos por norma.
- SIS Independiente: Seguro de pago mensual para cualquier persona tenga o no clasificación socio económica.
- SIS Microempresas: Para una microempresa que desee brindar un seguro de salud a sus trabajadores.
- SIS Emprendedor: Para trabajadores independientes como bodegueros, peluqueros, entre otros.

C. Población objetivo de la institución:

La población objetivo o beneficiaria del SIS, es todo ciudadano residente en el territorio nacional que cuente con DNI o carnet de extranjería, y no se encuentre bajo la cobertura integral de otro seguro de salud. Se consideran algunas condiciones del ciudadano que determinan el tipo de afiliación o cobertura al cual puede acceder (Su edad, por ejemplo).

D. Visión, Misión y Objetivos estratégicos.

La siguiente información fue tomada del Plan Estratégico Institucional del Seguro Integral de Salud, PEI 2017 – 2019.

- Misión:

“Brindar protección financiera en salud a la población del Perú, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada en el asegurado”.

- Visión:

“Al 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socio económica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derecho en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratitud en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población”.

- Objetivos estratégicos 2017 – 2019.
 - Incrementar la cobertura de la población objetivo del SIS.
 - Reducir los riesgos técnicos y financieros de la prestación de planes y productos para el asegurado al SIS.
 - Mejorar la gestión del financiamiento de las prestaciones aprobadas para la atención del asegurado al SIS.
 - Mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos de gestión institucional.

Estos aspectos del documento en mención dejan en claro la orientación e importancia del proceso de aseguramiento de la población por parte del SIS a mediano y largo plazo.

2.1.3. Contexto Normativo:

LEY N° 29344, LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD (PROMULGADA EL 9 DE ABRIL DE 2009).

La ley tiene por objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud para su acceso a toda la población, así como disponer los principios para su regulación, financiamiento, prestación y supervisión.

La ley describe el aseguramiento como:

“El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad (...)” (Congreso de la República 2009: 394077).

El documento hace referencia también a quiénes son los agentes involucrados en el proceso de Aseguramiento Universal en Salud, así como también a los planes de aseguramiento, su elaboración y supervisión, y las modalidades de financiamiento (régimen contributivo, subsidiado, y semi contributivo).

Finalmente, la ley establece disposiciones complementarias donde se autoriza el inicio del proceso de aseguramiento, la construcción del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y la elección de regiones piloto para su aplicación.

DECRETO SUPREMO 008-2010-SA, QUE PROMULGA EL REGLAMENTO DE LA LEY N° 29344, LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD.

Emitido por la Presidencia de la República y aprobado el 2 de abril del 2010. Este D.S. establece el reglamento de la Ley N° 29344, para orientar y servir de base legal para el desarrollo del proceso de aseguramiento.

El reglamento establece diversas definiciones¹⁵ de las que se resaltan dos relevantes para esta investigación:

Asegurado o afiliado: Toda persona radicada en el país que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS.

Afiliación: Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una IAFAS.

En el reglamento aparte de hablar sobre la función de los distintos actores institucionales involucrados en el aseguramiento universal, se trata también sobre el papel de los afiliados. Para ellos se define el sistema de identificación de asegurados a partir del DNI, señalando: “El Documento Nacional de Identidad – DNI es el documento a partir del cual se reconoce la condición de asegurado bajo el AUS siendo el referente para el reconocimiento de la condición de asegurado (...)” (PCM 2010: 29).

El documento trata de igual forma sobre la obligatoriedad de la afiliación de la población a un sistema de salud, señalando que es el Ministerio de Salud quien dispondrá de los mecanismos de afiliación, así como la progresividad de su implementación.

¹⁵ Estas definiciones son transcritas del Decreto Supremo N° 008-2010-SA, del 2 de abril de 2010.

RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 068-2017-SIS, CON EL CUAL SE APRUEBA Y ESTABLECE EL PEI 2017 – 2019 DEL SIS.

El plan estratégico institucional (PEI) 2017-2019 del SIS tiene 5 pilares estratégicos, articulados entre sí y de los que destaca el segundo relacionado a: “Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud”. Estos pilares sumados a la reforma en el sector salud, hacen que el SIS establezca 4 objetivos estratégicos para el plan de trabajo período 2017-2019¹⁶.

Para cada uno de estos objetivos se establecen acciones estratégicas, las cuales presentan una ficha técnica para su respectivo indicador. Para el objetivo estratégico que aquí se investiga (OE. 1: “Incrementar la cobertura de la población objetivo del Seguro Integral de Salud – SIS”) la ficha presenta las metas propuestas en relación al porcentaje de población objetivo afiliada al SIS. Se propone como meta avanzar en la afiliación de la población para el 2017 al 80%, el 2018 al 82%, y el 2019 al 84%¹⁷, pero no se especifica una cifra total de cuánto es la población objetivo. Punto a mejorar en futuros documentos de este tipo.

2.1.4. Síntesis de investigaciones relacionadas al tema de estudio.

A. “Apurímac: Hacia el aseguramiento público en salud. La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac, 2007 – 2010”¹⁸.

Esta investigación inicia recopilando diversos estudios realizados sobre el SIS enfocados en el problema de la filtración como medio de control del gasto financiero o el impacto del SIS en la población. De esto el autor

¹⁶ Extraído del Plan Estratégico Institucional SIS (PEI) 2017-2019. Los 4 objetivos estratégicos son: OE. 1 “Incrementar la cobertura de la población objetivo del Seguro Integral de Salud – SIS”; OE. 2 “Reducir los riesgos técnicos y financieros de la prestación de planes y productos para el asegurado al SIS”; OE. 3 “Mejorar la gestión del financiamiento de las prestaciones aprobadas para la atención del asegurado al SIS”; y OE. 4 “Mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos de gestión institucional”.

¹⁷ Información extraída del Plan Estratégico Institucional del SIS 2017 – 2019. Lima.

¹⁸ Tesis de investigación elaborada el 2013 por Augusto M. Portocarrero G. en la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas, PUCP.

plantea que el análisis del impacto del SIS debe partir de una mirada sistémica más no únicamente desde la mirada financiera.

El trabajo abarca el proceso de implementación del SIS en Apurímac entre el 2007 y 2010, bajo las perspectivas de ciudadanía e inclusión social, estableciendo como objetivo principal: “Comprender el proceso de implementación del SIS para que los sectores pobres de Apurímac accedan a los servicios públicos de salud durante el periodo 2007 – 2010” (Portocarrero 2013: 21).

El autor concluye que, si bien la implementación del SIS en la zona se realizó de forma dinámica logrando importantes avances en la afiliación de la población, los establecimientos de salud no estuvieron preparados para dicho proceso ya que no contaban con el personal y la logística necesaria al momento y que, si bien la población ya contaba con un seguro de salud, esto no era garantía de una atención de calidad y cobertura gratuita de las atenciones.

La investigación desarrollada por Portocarrero aporta presentando otro panorama sobre la implementación del SIS en el proceso de aseguramiento en salud impulsado por el MINSA, en una zona elegida como piloto para este proceso. De igual forma, la metodología empleada por el autor, centrada en el análisis de los resultados censales del ENDES y el ENAHO (pertenecientes al INEI) permitieron –como indica– conocer la sensación real de los encuestados sobre su acceso al SIS, su acceso a la atención en los establecimientos de salud y la calidad de atención. Que la investigación parta de las categorías de ciudadanía e inclusión, contrastados a los resultados hallados, permite concluir que la afiliación no representa necesariamente el ejercicio pleno de los derechos humanos del asegurado.

B. “Gestión del sistema de aseguramiento y la satisfacción de los usuarios en la Unidad Desconcentrada Regional del Seguro Integral de Salud de Tarapoto, año 2017”¹⁹.

Esta investigación buscó relacionar el cómo se gestionó el proceso de aseguramiento por parte de la UDR SIS Tarapoto y la satisfacción de los usuarios durante el año 2017, mediante una metodología no experimental de corte transversal a través de la encuesta como instrumento de recolección de datos. La autora desarrolla su investigación a partir de los conceptos: gestión, sistema de aseguramiento y satisfacción, estableciendo como objetivo principal del estudio: “Determinar si existe relación entre la gestión del sistema de aseguramiento y la satisfacción de los usuarios en la UDR SIS de Tarapoto, año 2017” (Tarrillo 2018: 36).

Los resultados hallaron una relación positiva entre como venía gestionando el aseguramiento la UDR SIS Tarapoto y la satisfacción de los usuarios de esta oficina. Tanto la gestión del proceso como la satisfacción del usuario en esta oficina se calificó como “regular” y “buena”.

El trabajo de Yosuny Tarrillo sirve a la presente investigación de modelo en relación a la metodología que emplea que es principalmente cuantitativa. Tarrillo desarrolla una encuesta a partir de dos variables: gestión del sistema de aseguramiento y satisfacción del usuario, centrándose en la valoración que dan los usuarios a estos temas. Resulta práctico el desarrollo del estudio a partir de esta metodología, para determinar aspectos puntuales como el tema de la satisfacción del usuario, punto que se aborda en esta investigación.

C. “Aseguramiento Universal en Salud de jóvenes peruanos: Avances y limitaciones según el análisis de casos en los distritos de Callería, El Porvenir y Vilcashuamán”²⁰.

¹⁹ Tesis de investigación elaborada el 2018 por Yosuny Tarrillo Espil en la Escuela de Post grado en Gestión Pública, UCV.

El estudio se desarrolló en tres provincias de tres departamentos del país para el periodo 2009-2012, con la finalidad de evidenciar los avances y limitaciones en relación al aseguramiento de jóvenes entre los 15 a 29 años de edad.

La metodología empleada fue observacional analítica, a través del estudio de caso, con la realización de grupos focales con la población objetivo, y revisión de fuentes secundarias sobre el tema. El objetivo general del estudio fue: “Realizar un estudio cuantitativo (a partir de fuente secundaria) y cualitativo de los avances y limitaciones (2009 y 2012) de la implementación del AUS en jóvenes” (Cabrera y otros 2014: 15).

Resalto la cadena de valor que proponen los autores, en la que hacen referencia a cinco esferas de análisis: Gestión nacional, Gestión local, Capacidad operativa del punto de atención, Experiencia del usuario, y Expectativas de no usuario, necesarios al momento de evaluar políticas y/o programas.

El estudio concluye que el proceso de aseguramiento en la zona aumentó la posibilidad de los que jóvenes accedan al SIS, pero que esto no garantiza que hagan uso de el, ya que los jóvenes perciben la gestión del proceso de atención como deficiente y de baja calidad. Si bien hay avances en la ampliación de la cobertura, la normatividad y la apertura de convenios para una mejor atención a la población, en la práctica la gestión de recursos y las deficiencias de los establecimientos de salud limitan el logro de los resultados esperados.

Este trabajo aporta a la presente investigación la metodología con la que abordaron el aseguramiento universal, a través de las técnicas de revisión de fuentes secundarias, entrevistas, y el flujo de cadena de valor que proponen para el análisis de los niveles de gestión, modelo que se adaptó en esta investigación.

²⁰ Estudio elaborado el 2014 por José Cabrera, Giovanna Baltazar y Walter Alcántara para la SENAJU.

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Enfoque de investigación.

La investigación adopta el Enfoque de Derechos Humanos. El desarrollo integral de las personas involucra tener un grado de salud que les permita y posibilite desenvolverse a partir de sus capacidades en las diversas circunstancias de la vida. Que los sectores vulnerables tengan acceso al goce de su derecho en salud contrarrestan los efectos de esas circunstancias en su calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el goce del derecho a la salud está íntimamente ligado a los demás derechos humanos, como el derecho a la alimentación, a la vivienda, a la educación, el acceso a la información y la participación, entre otros.

La OMS señala también:

“El derecho a la salud abarca libertades y derechos:

- Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud (...) sin injerencias (...).
- Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar” (OMS 2017).

Como se señala en este último párrafo, el acceso a un seguro de protección de la salud resulta siendo parte fundamental del derecho a la salud de las personas, por lo que las diversas políticas y programas deben promover el desarrollo y ejercicio de este, para considerar así que se alinean al desarrollo de las personas y sus derechos.

Un rasgo a considerar en el enfoque de los Derechos Humanos, es lo señalado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que entiende que este enfoque se centra en sectores poblacionales que padecen de exclusión, discriminación y marginación, el cual requiere una

visión holística sobre el entorno y la problemática, de tal manera que las medidas que se adopten para afrontar estas situaciones, aseguren que dichas intervenciones lleguen a los más desprotegidos.

La UNFPA destaca que en el enfoque de los derechos humanos se consideran dos agentes en su ejercicio pleno: los titulares de los derechos (viene a ser la población, los usuarios) y los garantes de los derechos (principalmente el gobierno, y entidades rectoras de programas y proyectos). Esto resulta importante para el marco de referencia de la investigación ya que, al hablar del Aseguramiento Universal en Salud, hablamos de un derecho que no sólo debe ser reivindicado por la población, sino que el gobierno y toda entidad vinculada a este debe protegerlo y asegurarse que se ejerza a cabalidad; este es el abordaje de la salud desde el enfoque de los derechos humanos.

2.2.2. Principales conceptos.

A. Gestión y Gestión Pública.

Galinelli y Migliore en el libro “Estudios sobre Gestión Pública”, abordan y analizan diversas definiciones desarrolladas sobre el término gestión, de las cuales destaca el presentado por Magdalena Chiara y María M. Di Virgilio, quienes:

“(…) hacen dos aproximaciones a la palabra gestión. Por un lado, la gestión vista como la articuladora de los recursos humanos, financieros, técnicos, organizacionales y políticos para la producción de bienes de consumo individual o colectivo que satisfagan las demandas de la sociedad (...). Por otro lado, la gestión es considerada como el espacio privilegiado en donde se construye la demanda, aludiendo a los problemas políticos que tienen lugar en la dinámica de la gestión y en donde se ponen en relación el aparato estatal con la sociedad” (Galinelli y Migliore 2015: 18).

Este concepto resulta interesante ya que destaca dos sentidos de la definición, un sentido macro referido al relacionamiento institucional, y otro micro o específico donde se habla de procesos y herramientas internos.

Otra publicación importante para la conceptualización de los términos la presenta el “Instituto para la Democracia y la Asistencia Electoral – IDEA Internacional” y la “Asociación Civil Transparencia” en su texto “Gestión Pública”, donde definen la gestión como:

“(…) El conjunto de acciones mediante las cuales las entidades tienden al logro de sus fines, objetivos y metas, los que están enmarcados por las políticas gubernamentales establecidas por el Poder Ejecutivo (...). Trata de los mecanismos de decisión para la asignación y distribución de los recursos públicos, y de la coordinación y estímulo de los agentes públicos para lograr objetivos colectivos” (IDEA Internacional 2009: 14).

A diferencia de la primera definición, IDEA Internacional remarca que la gestión pública es una serie de acciones ligadas a las políticas gubernamentales, que se trabajan de forma conjunta promoviendo la participación de los agentes bajo un fin común. Este concepto complementa lo expuesto sobre gestión, realzando el “carácter político” del término y la “participación” como mecanismo de trabajo.

En el análisis de las políticas como esta investigación, es importante saber que criterios deben considerarse al hablar de la “calidad de la gestión”, por lo que se aborda lo expuesto por Eugenio Lahera quien propone: “La calidad de la gestión depende de la claridad de sus objetivos, la calidad del liderazgo organizacional, el nivel de capacitación financiera, la transparencia, la flexibilidad, la descentralización, la especialización y la separación de las instancias decisorias, ejecutoras y evaluadoras, entre otros criterios.” (Lahera 1934: 35).

Por lo expuesto sobre el término gestión, esta investigación define y asume el concepto como el conjunto de acciones orientadas a planificar,

organizar, ejecutar y evaluar las etapas vinculadas al uso de los diversos recursos disponibles de una organización, como son los financieros, humanos, tecnológicos, entre otros, para el logro de los objetivos y metas propuestas en el marco de una planificación estratégica o una política. En términos sociales, este conjunto de acciones está orientada a proveer de bienes o servicios que satisfagan determinada necesidad o requerimiento de la población objetivo de esta organización.

Finalmente, la calidad de la gestión está determinada por diversos componentes de este proceso, como son: la claridad de las definiciones estratégicas de la organización; la disponibilidad de recursos de calidad; los procesos de comunicación en la organización; el liderazgo de los directivos; y la calidad de los procesos.

B. Diseño de las políticas públicas.

Se inicia presentando la definición de políticas públicas analizada por Mauricio Olavarría Gambi en su texto “Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas”, donde señala que:

“[Es] una acción (orientada hacia);
un objetivo público;
(que tiene) contenidos y orientaciones (referidas a que hacer);
(las cuales son) desarrolladas por un colectivo;
que dispone de instrumentos, mecanismos y definiciones (o modificaciones) institucionales para aplicarla” (Olavarría 2007: 17).

De igual forma Guillaume Fontaine citando a Yves Mény y Jean-Claude Thoening, expone: “una política pública es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental (...), [el cual] se presenta bajo la forma de un conjunto de prácticas y de normas que emanan de uno o de varios actores públicos” (citado Fontaine 2015: 25).

Finalmente, Juan Pablo Navarrete Vela en su texto “Diseño de programas y políticas públicas” en relación a las políticas públicas menciona: “Las políticas públicas son un conjunto de acciones que el Gobierno establece para proveer dos grandes asuntos: bienes y servicios. Para el cumplimiento de estos objetivos aplica estrategias frontales, de largo, mediano y corto plazo (...)” (Navarrete 2012: 12).

A partir del análisis de los diversos conceptos sobre políticas públicas, esta investigación asume el propuesto por Eugenio Lahera, y se complementa señalando que las políticas públicas son cursos de acción o lineamientos orientados hacia un objetivo público, desarrollados por una autoridad pública o un grupo de actores vinculados al sector, para su ejecución por parte de las organizaciones del sector público, privado o el tercer sector. Estas políticas públicas contienen definiciones, procesos e instrumentos que dictan su ejecución.

En relación al diseño de las políticas, se parte de lo expuesto por Julio Franco Corzo en su texto “Diseño de Políticas Públicas”, el cual presenta su propuesta de forma resumida en etapas en la imagen N° 2.1.

Imagen N° 2.1: Las cinco etapas del diseño.



Fuente: Citado en www.iexe.edu.mx, por Julio Franco Corzo.

Cada una de estas etapas se desarrollan a lo largo de un proceso en el que debe primar la participación tanto del sector público, privado y el tercer sector, buscando el consenso en la identificación del problema, la elección de alternativas, el análisis de factibilidad y la elaboración de las recomendaciones de políticas públicas.

Patricia Murrieta Cummings, en su presentación digital²¹ “Diseño de Políticas Públicas”, señala que un correcto diseño considera dos puntos:

- Parte de un correcto diagnóstico.
- Plantea ideas centrales sobre: la visión de la política, sus fines y propósitos, y se delimitan: los alcances, los instrumentos, los actores, las restricciones financieras, las metas y el cronograma.

Finalmente, retomando el texto de Mauricio Olavarría, “Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas”, al hablar del diseño de una política expone que esta muestra dos características complementarias y paralelas: la primera, una faceta o dimensión técnica, referida a la estructuración y diseño de una intervención con el objeto de resolver un problema; y la segunda, la dimensión política, vinculada a la confrontación de intereses en la identificación de las necesidades, la atención de las demandas, a la elección de los contenidos de la política, en los que se tratarán unos intereses y no otros (Olavarría 2007: 32).

En relación a esta categoría, esta investigación asume la definición del diseño de una política pública, como el proceso mediante el cual se identifica determinada necesidad social, se evalúa posibles soluciones o experiencias relacionadas al tema, y de forma conjunta con las organizaciones se establece un plan de acción que incluye: la visión, misión, objetivos, recursos, actores, instrumentos, mecanismos de comunicación, e incluso los procesos de monitoreo y evaluación como parte del diseño de la política pública. Este diseño involucra tanto un proceso técnico y un proceso político. Técnico en el sentido de poseer

²¹ <http://www.cesjal.org/MDPP/2708%20Dise%C3%B1o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf>. Consultado: 17 de agosto de 2020.

reglas de elaboración, un proceso de identificación de causas y consecuencias, una estructura; y político porque amerita la participación de diversos actores, priorizando ciertos intereses sobre otros.

C. Implementación de políticas públicas.

La implementación de una política es entendida por Mauricio Olavarría Gambi como: “[El] proceso en el que se desarrollan las diversas acciones consideradas, intervienen diversos actores, se consumen los recursos asignados a la política, se aplican los instrumentos y se desarrolla aquello que ha sido previsto en la definición de la política” (Olavarría 2007: 78).

Olavarría señala que a partir de la década 70 ante el impacto relativo de las políticas públicas, se inicia a cuestionar el por qué estas no cumplen con sus objetivos a cabalidad y no transforman la realidad que pretenden cambiar, es ahí donde se empieza a considerar la implementación como una etapa importante posterior al diseño de la política. Es en ese contexto donde se plantean modelos de análisis de la implementación de las políticas, que se resumen en:

a. El modelo arriba – abajo (top - down).

El modelo considera que, así como funciona la administración pública, bastaría que la autoridad principal indique la ejecución de la política para que la estructura jerárquica administrativa la implemente de forma correcta, siguiendo la secuencia desde la autoridad del nivel máximo hasta el nivel mínimo de ejecución, similar al modelo de una pirámide.

b. El modelo abajo – arriba (bottom – up).

De forma inversa al enfoque arriba – abajo, este modelo propone que el análisis de la implementación de una política parta de la base de la estructura de la administración pública, centrándose en el análisis de los operadores que ejecutan la implementación, llegando posteriormente al máximo nivel de gestión.

c. El enfoque integrado.

Del análisis de ambos modelos expuestos, se presenta un tercero que los conjuga. Olavarría cita: “Sabatier y Jenkins – Smith (1999), por ejemplo, argumentan que los enfoques se inician en los polos opuestos de la cadena de implementación, que buena parte del debate es metodológico, pero que tomados en conjunto proveen una mejor perspectiva de la implementación que tomar ambos enfoques por separado” (Olavarría 2007: 82).

Cada uno de estos modelos presentan aciertos y desventajas sobre la forma en la que se debe abordar el análisis de la implementación de una política. Las críticas, por ejemplo, van en el sentido de sólo enfocarse en la estructura jerárquica (arriba-abajo) sin considerar la situación de los niveles mínimos de gestión (el presupuesto, los intereses políticos, por ejemplo), o centrarse sólo en la capacidad operativa (abajo-arriba) como factor que determina el éxito del proceso. En cuanto a los aciertos –y esta investigación lo adopta– estos modelos de análisis permiten tener una visión sistémica del proceso de implementación, considerando la función y responsabilidad del máximo nivel de gestión a la par de los mandos medios y los operadores de menor nivel quienes ejecutan la política.

Se considera también lo expuesto por Julio Antonio Villalpando G., en su publicación digital “La Implementación de Políticas Públicas”, donde presenta los factores críticos que generalmente se identifican en la implementación de las políticas. Estos se presentan en dos dimensiones: la dimensión administrativa (sus factores críticos son los recursos institucionales, humanos y financieros), y la dimensión política (que tiene como factores críticos el buen diseño y la comunicación, la coordinación entre instancias, el convencimiento y negociación con actores, y las decisiones y reacciones de estrategias de actores).

De forma complementaria Luis F. Aguilar Villanueva en su texto “La implementación de las políticas”, hablando de los factores o

características administrativas de la organización, hace hincapié en la importancia de la capacidad operativa del personal para llevar a cabo con éxito la implementación de la política. Así menciona:

“El éxito de la implementación depende también de la capacidad que tenga la organización (...). La capacidad de implementar políticas puede verse entorpecida por factores tales como la sobrecarga de trabajo y la preparación deficiente del personal, la insuficiencia de información y de recursos financieros, las restricciones de tiempo (...)” (Aguilar 2000: 19).

Finalmente, esta investigación asume el concepto de implementación como el conjunto de acciones programadas para ejecutar lo establecido en el diseño de una política. Se ejecutan los recursos y procesos, con la intervención de los actores (públicos, privados, y comunidad) considerados previamente en su diseño, con el fin de lograr los objetivos y metas establecidas en la política.

Se determina también, que el éxito de la implementación de una política está sujeto al cumplimiento de ciertas condiciones, enfocadas en la composición y desempeño del equipo ejecutor, considerándose también el entorno en el que se ejecuta dicho proceso. Entre esas condiciones se encuentran: claridad en la definición estratégica; personal capacitado; mecanismos de comunicación efectivos; suficiencia de recursos; procesos definidos (incluyendo monitoreo y evaluación); personal comprometido; y los factores sociales, económicos y políticos del entorno.

D. Control y evaluación de las políticas públicas.

Juan Carlos Cortázar en “Entre el diseño y la evaluación”, plantea su concepto de control en relación al de evaluación mencionando que:

“Controlar significa verificar los hechos, mediante el registro de la información, de manera que sea posible compararlos con algún patrón técnico de referencia (...). La evaluación incluye algo más que el control, implica además juicios de valor

explícitos o implícitos. Si controlar es comparar la información disponible sobre la realidad contra patrones de referencia técnicos, evaluar es comparar dicha información contra patrones de referencia valorativos” (Cortázar 2007: 202).

Cortázar plantea adoptar una visión sistémica del proceso de control en la gestión, para lo cual presenta un esquema con elementos de entrada al proceso que resultan siendo los insumos; una etapa central del control donde se evalúan los procesos, actividades y demás en base a estándares; y las salidas, parte final del proceso en el que se obtiene información relativa a las entradas o insumos. Esta visión sistémica “permite integrar el control a la organización y por ende, a la gerencia, buscando romper la dicotomía control–administración que separa al control del resto del proceso administrativo y lo hace elusivo a la gerencia pública” (Cortázar 2007: 202). De esta manera el control se enlaza al proceso de gestión, que abarca diversos procesos y componentes que actúan en este.

Finalmente, al hablar de evaluación en la ejecución de las políticas, queda abordar la función de este proceso, para lo cual cito los planteamientos de Rafael Bañon I., quien define el proceso como:

“La evaluación se define, en su acepción más simple, como la recopilación y análisis sistemático de información que nos permite emitir juicios –también sistemáticos– sobre el mérito y el valor del programa evaluado. Sin embargo, la evaluación no se hace en abstracto sino con una intención clara de mejorar los programas y políticas evaluadas, rendir cuentas y responsabilidades y/o ejemplificar o ilustrar acciones futuras” (Bañon 2002: 14).

Esta investigación adopta el concepto propuesto por Juan Carlos Cortázar al definir el proceso de control como la acción de registrar información que permita posteriormente ser comparada con patrones técnicos de

referencia. De esta manera se obtiene estados particulares sobre aquello que se controla en relación a los patrones.

Para el concepto de evaluación, se asume el propuesto por Rafael Bañón I., el cual además de incluir la recolección de datos que propone el control, se centra en el análisis y la emisión de juicios sobre el desempeño de aquello que se evalúa. Esta evaluación se realiza de forma sistémica, considerando los diversos factores involucrados con el objetivo de plantear cambios, procesos de mejora o ratificación de las acciones.

E. Innovación social.

Para la propuesta aplicativa de esta investigación, se considera abordar el concepto de innovación social en el marco de la política de aseguramiento universal en salud, recalcando que la literatura sobre el tema señala que a la fecha no hay un consenso sobre el concepto final de este, por lo que cada centro de estudios o investigador presenta un concepto particular.

En el texto “La Innovación Social en América Latina. Marco conceptual y agentes” de Heloise Buckland y David Murillo, se cita autores que definen la innovación social en términos de producto o proceso como:

“Una iniciativa, producto, proceso o programa que cambia profundamente las rutinas básicas, los recursos, la autoridad o las creencias de cualquier sistema social (Westley, 2008)”
(Buckland y Murillo 2014: 10).

Los autores resaltan el carácter articulador del término, en el cual la innovación se da sobre la base del trabajo conjunto de diversos agentes del entorno social. Señalan que es necesario reconocer la importancia del ecosistema donde se desarrolla la innovación social, espacio donde confluye la acción de los diferentes sectores (público, privado y sociedad civil), y al mismo tiempo las fronteras entre estos van quedando difusas por la profesionalización de su trabajo y la reorientación de sus objetivos (Buckland y Murillo 2014: 31).

Alfonso C. Morales Gutiérrez en su texto “Innovación social”, acota sobre la forma en la que se aborda la definición del concepto:

“La teoría de la innovación, por tanto, ha manejado tradicionalmente dos tipos de innovación: la de producto y la de proceso, ya sea externa (nuevos servicios añadidos al producto) o interna (organizativa). Obviamente las empresas, organizaciones no lucrativas y administraciones públicas que pertenecen o actúan en el sector servicios también innovan en sus “productos-servicios” (los que prestan y ofrecen a sus clientes) y en sus procesos (actividades internas y/o externas que los hacen más eficientes y eficaces)” (Morales 2009: 151).

Resulta importante considerar lo expuesto por Morales para la propuesta aplicativa de esta investigación, ya que de los factores críticos identificados que dificultaron la gestión del proceso de afiliación (aspecto interno del SIS), se elaboró un plan que neutralice dichos factores, enmarcándose en la mejora de la prestación del servicio de afiliación a la población (aspecto externo al SIS).

Es así que esta investigación asume el concepto de Innovación Social como un proceso o conjunto de acciones que, mediante un cambio disruptivo de servicios, modelos o estructuras, generan valor social satisfaciendo determinada necesidad o problema social, a partir del trabajo conjunto de los agentes del entorno. Estos cambios disruptivos se dan tanto a nivel interno de las organizaciones, como a nivel externo en relación a la prestación de servicios, cuando se habla de entidades públicas, privadas o de la comunidad dedicadas a la labor social.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Estrategia metodológica de investigación.

La investigación fue mixta, de tipo descriptivo, correlacional y no experimental. Posee un carácter cuantitativo por trabajar con información que permitió medir o cuantificar las variables y las relaciones entre ellas. Mediante el carácter cualitativo se buscó hacer visible lo que a primera vista no se puede observar y medir mediante datos estadísticos. Esta información permitió conocer aspectos simbólicos de los procesos de gestión en el marco del aseguramiento universal, que explican el desarrollo de este en sus distintos aspectos.

La metodología cuantitativa comprendió el uso del cuestionario y revisión de información estadística sobre el tema, y la cualitativa se enfocó en la guía de entrevista semi estructurada.

3.2. Diseño muestral.

Para la muestra cualitativa:

El método de selección fue no probabilístico, ya que en la aplicación de la guía de entrevista se programó seleccionar 4 funcionarios o autoridades vinculadas al Aseguramiento Universal en Salud (AUS) según los objetivos de la investigación. La muestra finalmente fue significativa.

Para la muestra cuantitativa:

Los parámetros considerados fueron:

- Universo: La población total de Ate era de 599 196 pobladores.
- Población objetivo: Se considera a la población no afiliada a un seguro de salud, que en el distrito representaba el 34.09% (204 311) del total de la población.
- Método de muestreo: Probabilístico, ya que los pobladores que conforman la población objetivo tenían la misma posibilidad de salir seleccionados. De esta forma la muestra fue representativa para la investigación.

- Tamaño de la muestra: En base a la población objetivo, representada por 204 311 personas, se presentó la muestra en base a los siguientes parámetros:

$Z = 1.96$ (95%, como nivel de confianza)

$p = 50\%$

$q = 50\%$

$N = 204,311$

$e = 5\%$ (error de estimación máximo aceptado)

$n =$ muestra resultante

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Inicialmente la fórmula dio (n) 384 personas que representaban la muestra de investigación. A esta muestra se planteó aplicar el cuestionario como parte de la recolección de información cuantitativa.

3.3. Variables e indicadores.

Las variables consideradas para los objetivos específicos son:

Objetivo N° 1: Conocer y analizar las características del diseño del SIS y su proceso de afiliación.

Variable: Características del diseño del SIS.

Indicadores: - Actores participantes en el diseño del SIS.

- Roles de los actores en el diseño del SIS.
- Componentes considerados en el diseño del SIS.
- % de inversión nacional para la gestión del SIS.
- N° de actividades de coordinación para la formulación del diseño del SIS.

Variable: Diseño del Proceso de afiliación.

Indicadores: - Objetivos.

- Componentes (procesos transformadores) del proceso de afiliación.
- Condiciones de elegibilidad de la población.

- Flujo de atención para la afiliación al SIS
- Metas de cobertura.
- Recursos humanos y financieros.
- Lineamientos para el monitoreo.
- Lineamientos para la evaluación.

Objetivo N° 2: Conocer y analizar la implementación y ejecución del proceso de afiliación al SIS.

Variable: Implementación del proceso de afiliación del SIS.

Indicadores: - Actores participantes en la implementación del SIS.

- Roles de los actores en la implementación de los componentes del SIS.
- N° trabajadores de la institución dedicados al proceso de afiliación.
- N° de actividades realizadas durante el año sobre los procesos de afiliación y su normativa.
- % de inversión del presupuesto anual del SIS para la implementación de los procesos del SIS.
- N° de informes sobre condición del mobiliario o herramientas informáticas empleadas para la afiliación.
- N° de Unidades Desconcentradas Regionales (UDRs) del SIS (oficinas).
- N° de Oficinas de Atención al Usuario (OAA).

Variable: Ejecución del proceso de afiliación al SIS.

Indicadores: - N° de instituciones que brindan información sobre afiliación al SIS.

- N° de centros de salud que realizan afiliaciones al SIS.
- N° de centros de salud que brindan atención médica a los asegurados SIS
- Medios de comunicación informativos del SIS.
- Mapeo de actividades (campañas) informativas sobre afiliación al SIS en el ámbito de estudio.

Variable: Mecanismos de evaluación y control de los avances en el proceso de afiliación.

Indicadores: - Mapa de actividades de control y evaluación del proceso de afiliación al SIS.

- N° actividades de evaluación sobre el flujo de afiliación al seguro por parte de los trabajadores vinculados a este proceso.

- N° de actividades de coordinación entre los actores involucrados en el proceso de afiliación.

Objetivo N° 3: Conocer y analizar cuánto conoce y qué piensa la población sobre el SIS.

Variable: Percepción de la población sobre el funcionamiento del SIS.

Indicadores: - Valoración de la población respecto al funcionamiento del SIS.

- Conocimiento de la población sobre los productos (o tipos de seguros) del SIS.

Variable: Percepción de la población sobre el proceso de afiliación al SIS.

Indicadores: - Conocimiento de la población sobre el proceso de afiliación al SIS.

- Grado de satisfacción de la población sobre el proceso de afiliación.

Objetivo N° 4: Formular una propuesta de mejora del proceso que posibilite la cobertura de la población al SIS. (Este objetivo no contiene variables ni indicadores).

3.4. Unidades de análisis.

- Seguro Integral de Salud (SIS).
- Órganos desconcentrados del SIS (GA, GMR, UDR, OAA).
- Funcionarios del SIS.
- Establecimientos de salud del distrito.

3.5. Fuentes de información:

- Documentos institucionales del SIS.
- Marco normativo del sector salud.
- Investigaciones relacionadas.
- Funcionarios del SIS.
- Pobladores del distrito de Ate.

3.6. Técnicas e instrumentos de recojo de información:

- Revisión documentaria.
- Entrevistas.
- Encuestas.

Los instrumentos fueron:

- Ficha de revisión documentaria. Se obtuvo información relacionada al proceso de diseño del SIS, su proceso de afiliación, la implementación de sus procesos, entre otros, siendo información de carácter mixta (cuantitativo y cualitativo). Se aplicó también a la revisión de informes, investigaciones, y memoriales institucionales.
- Guía de entrevista. Se aplicó a funcionarios del SIS seleccionados, así como también a otros actores estratégicos. Este instrumento brindó información cualitativa, y se aplicó para obtener información relacionada al diseño del proceso de afiliación y su implementación.
- Cuestionario. Posibilitó recoger información mixta (cualitativa y cuantitativa) de parte del personal de los establecimientos de salud y los pobladores de Ate. Se basó principalmente en el funcionamiento de los procesos del SIS y la valoración del proceso de afiliación.

3.7. Procedimientos de información:

Los instrumentos elaborados fueron aplicados entre los meses de junio a agosto del 2020. Este proceso se vio afectado por la llegada de la pandemia por el Covid19, el cual obligó a tomar otras estrategias de aplicación centradas en el uso de la tecnología como las video llamadas.

La secuencia de aplicación que se planteó inicialmente, tuvo que ser reelaborada dejando para el final aquellos instrumentos que debían ser aplicados en el campo y en contacto directo con la población objetivo.

3.7.1. Procedimiento de levantamiento de datos.

A. Coordinaciones previas.

La investigación tuvo como unidades de análisis a tres actores directamente vinculados al AUS: el SIS, a través de la Gerencia del Asegurado (GA) y sus órganos desconcentrados; los establecimientos de salud públicos en el distrito; y la población no asegurada de Ate.

Para aplicar los instrumentos a estas unidades de análisis se realizaron coordinaciones previas de socialización de la investigación y sus objetivos, para obtener la participación de los involucrados. (Tabla N° 3.1)

Tabla N°3.1: Unidades de análisis y sus instrumentos.

POBLACIÓN OBJETIVO / INFORMANTE	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Seguro Integral de Salud (SIS)	Guía de entrevista
	Ficha de revisión documental
Establecimientos de Salud (MINSA)	Encuesta
	Ficha de revisión documental
Población en general	Encuesta

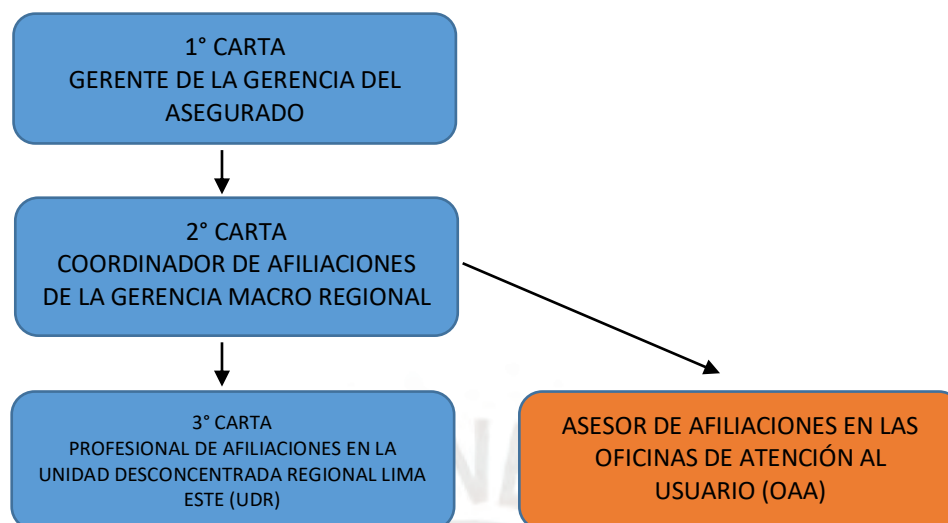
Fuente: Elaboración propia.

Las coordinaciones realizadas fueron:

- Funcionarios del Seguro Integral de Salud (SIS).

Se cursaron 3 cartas de presentación cada una dirigida a un funcionario vinculado al proceso de afiliación en el SIS, desde el gerente de la Gerencia del Asegurado (órgano de línea responsable del proceso de afiliación en la institución), hasta el profesional operativo del proceso en la zona de Ate (Ver imagen N° 3.1).

Imagen N° 3.1: Profesionales considerados en la aplicación de entrevistas.



Fuente: Elaboración propia.

Las tres cartas fueron cursadas al unísono y dos de ellas tuvieron respuesta oportuna aprobando la aplicación del instrumento. La Unidad Desconcentrada Regional Lima Este (UDR) encargada de ejecutar y brindar asistencia técnica de los procesos del SIS a nivel de los distritos que están bajo su jurisdicción –uno de ellos Ate– respondió de forma negativa, primero por el cambio de jefe institucional del SIS de aquel entonces, segundo por la adecuación de su oficina al trabajo remoto, y finalmente por las restricciones a causa de la pandemia por el Covid19.

Ante esta dificultad es que se decide incluir a otros profesionales vinculados al proceso de afiliación al SIS, que no laboran dentro de la jurisdicción del distrito de Ate, pero atienden a la población de dicha zona: los asesores de afiliación en las Oficinas de Atención al Asegurado (OAA).

- Profesionales de los Establecimientos de Salud.

Para el acceso a los establecimientos de salud y la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se cursó otra carta de presentación dirigida a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este (DIRIS).

El distrito de Ate cuenta con 18 establecimientos de salud en los niveles I-2 y I-3. En este distrito no hay establecimientos de salud de nivel I-1. El nivel del establecimiento está determinado por su capacidad resolutive. Para esta investigación se consideró trabajar con esos dos niveles, ya que ambos están habilitados para realizar afiliaciones al seguro según información del área respectiva del SIS. Estos establecimientos son:

- Nivel I-2: La Fraternidad; Ate; Centro de Salud Mental Comunitario Santa Rosa de Huaycán; Amauta; Fraternidad Niño Jesús Zona X; y Túpac Amaru.
- Nivel I-3: Señor de los Milagros; Gustavo Lanatta; El Éxito; Fortaleza; El Bosque; Micaela Bastidas; Salamanca; San Antonio; Santa Clara; Manylsa; Alfa y Omega; y Horacio Zevallos.

Esta investigación consideró aplicar una encuesta al responsable del proceso de afiliación en cada establecimiento de salud. De los 18 establecimientos, 15 fue la muestra a trabajar como población objetivo.

La carta de presentación no obtuvo respuesta concreta sobre la solicitud. Por el vínculo laboral con algunos establecimientos de salud de la zona, es que se pudo acceder a ellas y aplicar el instrumento de forma independiente.

- Población en general.

Se determinó aplicar el instrumento en las zonas de Santa Clara, zonas aledañas al Real Plaza, y la zona de Vitarte. Se eligieron estas zonas por tener gran afluencia de población.

Los parámetros establecidos para la población objetivo, es que sean personas mayores de edad, indistintamente del sexo, residentes de Ate, e indiquen que no cuentan con un seguro de salud.

B. Proceso de aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Se considera conveniente detallar este proceso según la población objetivo, ya que cada uno presentó dificultades distintas y por ende soluciones particulares.

- Funcionarios del Seguro Integral de Salud (SIS).

En el plan de tesis se consideró entrevistar a 4 funcionarios de esta institución: (1) gerente general de la GA, (1) profesional de afiliaciones, (1) Coordinador de afiliaciones de la Gerencia Macro Regional Centro Medio, y (1) profesional de afiliaciones de la Unidad Desconcentrada Regional Lima Metropolitana Este (UDR).

Las coordinaciones previas al trabajo con estas fuentes presentaron dos situaciones:

- En la entrevista prevista con el Gerente General y el profesional de afiliaciones, se terminó entrevistando a 2 funcionarios adicionales de su área que anteriormente no fueron considerados en el plan de investigación, los cuales fueron invitados por el Gerente General. Las entrevistas se realizaron por la plataforma de Zoom.
- Ante la respuesta negativa de parte de la UDR Lima Este a la solicitud de aplicación de la entrevista, se decidió subsanar este inconveniente con la entrevista a otros profesionales operativos vinculados al tema y la zona. Se incluyó como fuentes de información a las Oficinas de Atención al Asegurado (OAA). La aplicación de las entrevistas se realizó vía zoom.
- Finalmente, otra entrevista planeada fue la realizada al Coordinador del área de Afiliaciones de la Gerencia Macro Regional Centro Medio (GMR CEN MED). Esta última gerencia tiene a cargo los procesos operativos del SIS a nivel de todo Lima y Ancash, con la función de asistir y monitorear a las UDR. Se realizó también vía zoom.

- Profesionales de los Establecimientos de Salud.

El acercamiento a los establecimientos de salud se realizó con las medidas de seguridad correspondiente: distanciamiento social, uso de mascarilla, lentes, protector facial, y el uso frecuente de alcohol. Este trabajo fue complicado por la situación de pandemia y la lejanía de las zonas, en su mayoría peri urbanas con índices importantes de pobreza, donde la gente no cumplía con las medidas de bioseguridad necesarias, como usar correctamente la mascarilla o guardar la distancia social. Otra dificultad fue que algunos de los puestos visitados fueron destinados a la aplicación de las pruebas rápidas para el Covid19, por lo que el acercamiento a dichos centros fue limitado.

Esta situación permitió que sólo se aplique la encuesta a 6 establecimientos de salud, los cuales por cuestiones de confidencialidad no son mencionados. La difícil situación causada por la pandemia no permitió insistir en la aplicación de encuestas en cada puesto, ya que algunos por temor a la pandemia y la necesidad de autorización de parte de la DIRIS, se rehusaron a participar de esta actividad.

- Población en general.

Para la aplicación de la encuesta a la población se contrató a dos encuestadoras, quienes previamente fueron evaluadas y capacitadas. Fue fundamental contar con la participación de personas que tengan experiencia en la aplicación de encuestas ya que, en una situación complicada como la pandemia por el Covid19, se requirió personas que manejen el proceso y tengan experiencia en abordar a la población, comunicar el objetivo de la actividad y logren la participación de esta. Su formación y experiencia en el tema hicieron posible el trabajo.

Como se observa en la Imagen N° 3.2, se dotó al equipo mascarillas, guantes, alcohol en gel, folders para las encuestas, lapiceros, y un fotocheck. Se tomaron estas medidas para su seguridad y la de los encuestados.

Imagen N° 3.2: Equipo de trabajo de campo.



Fuente: Fotografía propia.

La primera salida a campo se realizó a la zona de Santa Clara, por exteriores del centro comercial Santa Clara, el parque cívico Santa Clara, y el Centro Comercial San Alfonso. La segunda salida se realizó a la zona de Vitarte, alrededores del Centro Comercial Real Plaza Puruchuco y el parque Puruchuco.

En el plan de tesis se determinó como muestra aplicar un total de 384 encuestas, bajo el criterio de 95% de confianza y 5% como margen de error del total del universo de Ate. Finalmente se obtuvo un total de 281 encuestas con el trabajo de campo. No se completaron las salidas a campo a causa de un incidente con una de las encuestadoras, la cual fue objeto del robo de sus pertenencias por un sujeto cubierto por la mascarilla, y segundo por el riesgo que representó estar en contacto frecuente con una gran cantidad de personas, pese a tener las medidas de seguridad antes indicadas.

C. Manejo de la muestra en el terreno.

El manejo de la muestra por fuente de información o población objetivo posterior al trabajo de campo fue el siguiente:

- Funcionarios del Seguro Integral de Salud (SIS).

Como se indicó inicialmente se planeó entrevistar a 4 funcionarios del SIS, pero luego de las incidencias descritas se logró los siguientes resultados (Ver tabla N° 3.2):

Tabla N° 3.2: Funcionarios del SIS entrevistados.

Población considerada en el plan de tesis	Población final entrevistada
Gerente General (GA) y Profesional de afiliaciones (GA)	Gerente General (GA)
	Sub Gerente de Afiliaciones (GA)
	Profesional de afiliaciones (GA)
	Profesional de atención al asegurado (GA)
Coordinador de Afiliaciones (GMR CEN MED)	Coordinador de Afiliaciones (GMR CEN MED)
Profesional de afiliaciones (UDR)	2 Asesores de atención al asegurado (OAA)

Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra en la tabla, finalmente se entrevistó a 7 funcionarios vinculados al proceso de afiliación.

- Profesionales de los Establecimientos de Salud.

A causa de la demora del trámite en el sector público y las restricciones a causa de la pandemia, sólo se logró aplicar 6 encuestas (Ver Tabla N° 3.3).

Tabla N° 3.3: Establecimientos de salud encuestados.

Población considerada en el plan de tesis	Población final encuestada
15 establecimientos de salud del nivel I-2 y I-3, como muestra.	6 Establecimientos de salud.

Fuente: Elaboración propia.

- Población en general.

A causa de los sucesos mencionados y el peligro de contagio a causa de la pandemia por el Covid19, es que el manejo de la muestra final fue la siguiente (Ver tabla N° 3.4):

Tabla N° 3.4: Población total encuestada.

Universo	Población Objetivo	Muestra representativa y planeada para la investigación	Población final encuestada	Población final adecuada para uso en la investigación
599 196 pobladores en Ate (Según censo del 2017, INEI)	204 311 pobladores sin seguro de salud (Según censo del 2017, INEI)	384 pobladores (muestra con una confianza al 95%, y un margen de error al 5%)	281 pobladores	267 pobladores, determinados con fórmula con una confianza del 95% y un margen de error del 6%.

Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra, para esta investigación se trabajó finalmente con 267 encuestas aplicadas a la población de la zona.

D. Dificultades encontradas en el trabajo de campo.

A causa de la pandemia por el virus Covid 19, las principales “dificultades” estuvieron centradas en la aplicación no presencial de las entrevistas, que fueron realizadas en su totalidad mediante la plataforma Zoom. Otra dificultad fue el riesgo de contagio en la aplicación de encuestas y lo que ello implica, como: el traslado vehicular a la DIRIS Lima Este, el traslado para la compra de materiales de bioseguridad para el trabajo de campo, el traslado por Ate para la ubicación de los establecimientos de salud, y el contacto con personas desconocidas para la aplicación de las encuestas.

De forma específica, las dificultades halladas por población objetivo, fueron las siguientes:

- Funcionarios del Seguro Integral de Salud (SIS).

La principal dificultad surgió a causa de la delicada situación que atravesó la institución: la primera de ellas a causa del cambio del jefe institucional, por lo que los directivos carecen de tiempo ante las constantes reuniones

y elaboración de informes; y la segunda a razón de la difícil etapa que atravesó el país con el sistema de salud resquebrajado a causa de la pandemia. Esta situación requirió que el SIS entre en una etapa de establecimiento de convenios con los centros de salud privados para mitigar la demanda de atención de la población, por lo que los funcionarios considerados para las entrevistas generalmente no estaban disponibles. Estas situaciones retrasaron la aplicación del instrumento generando la reelaboración del cronograma de trabajo de campo.

- Profesionales de los Establecimientos de Salud.

Las dificultades afrontadas fueron las siguientes:

- El traslado hacia los establecimientos de salud, los cuales quedan en zonas alejadas del centro urbano de Ate.
- Al acudir directamente a los establecimientos de salud, se corrió el riesgo de no hallar a los jefes de los establecimientos ni los responsables del SIS en la entidad. A causa del covid 19 el horario del personal varió, por lo que parte del personal administrativo inició el trabajo remoto y sólo el personal de salud siguió con el trabajo presencial.
- Otra dificultad ya expuesta es el hecho que varios establecimientos de salud fueron destinados a la aplicación de pruebas para confirmar o descartar el covid19. Es así que en exteriores de esos centros era común encontrar personas que indicaban tener los síntomas del virus, o estar ya en tratamiento (Ver imagen N° 3.3).

En la imagen N° 3.3. se puede ver al lado izquierdo (del portón negro) dos pacientes con posibles síntomas de covid19 esperando ingresar al centro para realizarse la prueba y manteniendo el distanciamiento social. Al borde izquierdo de la imagen se ve pobladores esperando la atención a sus familiares. Al centro una licenciada en enfermería dando indicaciones a otro poblador sobre qué hora debe acudir al establecimiento para recibir

la atención. Esto se detalla en base a la observación y escucha realizada al momento.

Imagen N° 3.3: Situación de los establecimientos de salud.



Fuente: Fotografía propia.

En esta fotografía se puede ver al lado izquierdo (del portón negro) dos pacientes con posibles síntomas de covid esperando ingresar al centro para realizarse la prueba y manteniendo el distanciamiento social. Al borde izquierdo de la imagen se ve pobladores esperando la atención a sus familiares. Al centro una licenciada en enfermería dando indicaciones a otro poblador sobre qué hora debe acudir al establecimiento para recibir la atención. Esto se detalla en base a la observación y escucha realizada al momento.

- Población en general.

La principal dificultad en la aplicación de la encuesta fue encontrar pobladores que indiquen no tener seguro de salud. Si bien los parámetros para escoger a los pobladores y ser encuestados, fue que sean mayores de edad, residentes del lugar y que indiquen no tener un seguro de salud, este último requisito complicó la aplicación continua del instrumento.

Otra dificultad ya expuesta, y que determinó no salir nuevamente a campo fue el incidente que sufrió una de las encuestadoras quien sufrió el robo

de sus objetos personales por parte de un desconocido con mascarilla, quien pudo ser neutralizado ante la alerta de la población.

Finalmente resalto la disponibilidad de la población por participar de la encuesta. Inicialmente se pensó que la población estaría reacia a ser encuestada por el distanciamiento social y el riesgo del covid 19, pero al realizar el trabajo de campo y con las medidas de bioseguridad tanto para las encuestadoras como para los encuestados, la población mostró disposición para ser parte de la actividad.

E. Lecciones aprendidas.

Las lecciones aprendidas en el desarrollo del trabajo de campo fueron:

- Al considerar como fuente de información a funcionarios del sector público, los trámites de autorización para el trabajo de campo deben realizarse con el mayor tiempo posible de anticipación, ya que se comprobó que el trámite documentario en este sector es ampliamente burocrático, con la posibilidad incluso de que la solicitud sea derivada o tome rutas incorrectas de trámite como sucedió en este caso.
- Otra lección aprendida es tener como medida de contingencia, la posibilidad de considerar otras fuentes de información en el caso de que los funcionarios o entidades elegidas decidan no participar o muestren demoras en la autorización del trabajo. Contar con fuentes de información alternativas permitió cubrir la falta de información a causa de la negativa de ciertas instancias.

3.7.2. Procesamiento de datos.

Concluido el trabajo de campo se realizó el procesamiento de la información empleando el paquete de Office: Microsoft Word y Excel.

Al tener los instrumentos codificados según la matriz de recolección de datos, esto permitió tener un orden sobre la información obtenida en campo, ya que cada pregunta al estar alineada a un indicador y al mismo tiempo a un código permitió que el vaciado se realice únicamente en base

al código. Esta codificación permitió también la triangulación de datos en la etapa de análisis.

A continuación, se detalla el proceso realizado en el procesamiento de datos por tipo de instrumento aplicado.

Guía de entrevistas. Posterior a la aplicación del instrumento, se realizó la transcripción a Word de cada entrevista respetando el sentido de las palabras, las declaraciones y las muletillas con el objetivo de preservar la expresión del entrevistado.

Finalizada las transcripciones se procedió a identificar los mensajes centrales de las respuestas. La identificación de mensajes en cada declaración sirvió de insumo para la triangulación de datos. Para este último proceso se empleó un formato Excel. De esta manera se elaboró una tabla con el cual se tuvo un panorama general por cada pregunta con las distintas declaraciones.

Cuestionarios. Para el vaciado de los cuestionarios se codificó previamente las respuestas. En el caso de las preguntas cerradas con alternativas, a cada una de las alternativas se le asignó un código, y en aquellas preguntas abiertas se le asignó un código según el vaciado de la respuesta.

Para facilitar el procesamiento se empleó un formato Excel en el que se realizaron las tablas por cada pregunta. Al tener dos fuentes de información (los establecimientos de salud y la población no asegurada del distrito), se realizó el vaciado para dos tipos de cuestionarios.

Ficha de revisión documental. La ficha se elaboró en base a la matriz de recolección de datos, teniendo como base los objetivos, variables e indicadores de la investigación. Este instrumento permitió reunir citas textuales de los documentos revisados; consignar la referencia de dónde se puede encontrar determinada información; el nombre del documento

que lo contiene; la fecha de publicación; el número de página y referencias sobre la información encontrada.

3.7.3. Procedimiento de análisis de la información.

Concluido el procesamiento de datos, se realizó la triangulación de resultados por cada indicador. Para el caso de las entrevistas, la triangulación se realizó en base a 3 unidades de análisis: las respuestas dadas por el personal de la GA, la del profesional de la GMR CEN MED, y las brindadas por el personal de las OAA. Por ejemplo, en el caso del proceso de afiliación, cada una de estas unidades dio su apreciación sobre la gestión de este proceso, triangulándose así estos resultados. Este análisis también incluyó la información recogida en los documentos institucionales, contrastando así lo expuesto por los entrevistados con el documento institucional.

El análisis de la información obtenida de los cuestionarios, se basó en los datos de las tablas y cuadros elaborados en Excel. En estas tablas se identificó los porcentajes totales por respuesta, así como la frecuencia relativa acumulada por cada pregunta. Al contar con dos tipos de cuestionario, los resultados hallados sirvieron para contrastar la información obtenida entre una y otra unidad de sobre cada tema. De igual forma esta información se trianguló con los datos obtenidos en los documentos institucionales e incluso con la información brindada por los profesionales entrevistados del SIS.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

Esta investigación centrada en el SIS como agente propulsor de la política de aseguramiento universal en salud²², analiza los factores que influyeron en la gestión del proceso de afiliación en el distrito de Ate entre el 2016 al 2019, abordando tres aspectos relevantes al tema: el primero relacionado al diseño del SIS como aseguradora y su proceso de afiliación; en segundo lugar, la implementación del proceso de afiliación, que incluye el papel de las distintas unidades del SIS y los establecimientos de salud; y finalmente, el análisis de las percepciones de la población no asegurada de Ate sobre el SIS, sus productos y el proceso de afiliación.

4.1. Diseño del Seguro Integral de Salud y el proceso de afiliación.

El éxito en la implementación de los sistemas como en el caso del Seguro Integral de Salud (SIS) parte de su correcto diseño, el cual debe tener claridad en sus objetivos, metas, estructura institucional y procesos. Considerando que el SIS articula su trabajo a la política de aseguramiento universal en salud, resulta importante desarrollar y analizar su diseño como entidad aseguradora.

Al hablar del diseño de las políticas, se hace referencia al proceso por el cual estas son delineadas a través de un análisis técnico con la finalidad de alcanzar determinados resultados, considerando tanto los organismos públicos como la población a la que se enfocará dicha política (Olavarría 2007: 32).

4.1.1. Características de diseño del SIS.

Una política de calidad debe presentar determinadas características o factores que influyen en el éxito de su implementación. Eugenio Lahera, en su texto “Política y Políticas Públicas”, hace referencia a algunas de

²² El Aseguramiento Universal en Salud, se entiende como el “proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud (...)”, extraído del Artículo 3°, Ley N° 29344 Ley Marco del AUS.

estas características de una política de excelencia, como son: la claridad de objetivos en el diseño; procesos definidos; secuencia pertinente de ejecución y evaluación; recursos; y que el diseño responda a una necesidad y oportunidad política (Lahera 2004: 09).

Estas características se complementan con los factores que identifica Fernando Martín Jaime en “Introducción al análisis de las políticas públicas”, donde recopila una serie de factores que aumentar el éxito de una política. Estos factores se evalúan en la implementación pero parten del diseño de la política, entre los que destacan: Liderazgo del proceso (la necesidad de liderazgos que promuevan la participación de los involucrados), Capacidades estratégicas (la implementación al ser un proceso técnico, es también político), y Capacidades organizacionales (referido a atributos como el manejo de la organización; disponibilidad de recursos; la motivación de los involucrados; la existencia de incentivos y sanciones; entre otros) (Martín 2013: 110).

Estas características y/o factores deben estar presentes en el diseño del SIS para considerar que su implementación se ha realizado de forma correcta con posibilidades de éxito, lo cual se analiza a continuación.

4.1.1.1 Definición estratégica.

El Plan Estratégico Institucional del SIS (PEI) 2017 – 2019, define la visión institucional en los siguientes términos:

“Al 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socio económica y de su ubicación geográfica (...). Así mismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población” (SIS 2017: pág. 6).

Se observa que la visión en general se centra en dos aspectos: el acceso universal a los servicios de salud por parte de la población, sin importar su procedencia o condición socio económica, por ejemplo, y en segundo lugar que este acceso sea de calidad, equitativo, oportuno y gratuito. Considerando las características de excelencia sobre el diseño de una política, se identifica que la visión del SIS tiene claridad en su planteamiento ya que habla tanto del escenario futuro al que aspira, como de las condiciones en las que debe desarrollarse dicha visión.

Esto se sustenta en el hecho que el SIS estableciera una serie de objetivos estratégicos institucionales²³ para el logro de esta visión.

Objetivo N° 1: Incrementar la cobertura de la población objetivo del Seguro Integral de Salud – SIS.

Objetivo N° 2: Reducir los riesgos técnicos y financieros de la prestación de planes y productos para el asegurado al Seguro Integral de Salud – SIS.

Objetivo N° 3: Mejorar la gestión del financiamiento de las prestaciones aprobadas para la atención del asegurado al Seguro Integral de Salud – SIS.

Objetivo N° 4: Mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos de gestión institucional.

Estos objetivos se enfocan en tres puntos centrales: el incremento de la cobertura de la población objetivo (afiliación); la mejora del trabajo conjunto con las instituciones prestadoras de servicios de salud (articulación); y la mejora de procesos a nivel interno del SIS (estructura).

En términos de gestión, estos objetivos²⁴ no sólo apuntan a alcanzar el horizonte propuesto de la visión institucional, sino también en mejorar la

²³ Para la exposición de la Visión, Misión, y Objetivos Estratégicos, se trabajó con la información de los PEI 2014 – 2016 (Plan Estratégico Institucional) y el PEI 2017 – 2019. En ambos documentos se presentan la misma cantidad de objetivos (4) para su periodo, y estos a su vez se orientan en la misma dirección o propósito, pero se trabajó principalmente sobre el PEI 2017 – 2019, por contener información que estuvo vigente en 3 de los 4 años que comprendió esta investigación (2016 – 2019).

²⁴ Se recalca que esta investigación tiene como ámbito de análisis el Objetivo Estratégico N° 1.

articulación interinstitucional y mejorar los procesos de la institución, situación que aporta al logro de la visión propuesta.

La definición estratégica incluye también la exposición de la Misión del SIS, que dicta: “Brindar protección financiera en salud a la población del Perú, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada en el asegurado” (SIS 2017: pág. 9).

Si bien la visión se centra en la cobertura universal y la calidad de atención a los asegurados, no hay correspondencia con la misión propuesta también en el mismo documento del que se extrae el primero. La misión no esclarece el tema de la cobertura, sino se centra en la protección financiera de los asegurados.

El análisis de la relación entre la visión y misión del SIS indica que si bien la visión tiene claridad en el escenario futuro y las condiciones en la que esta se presenta, la misión se centra en uno de estos aspectos y descuida el tema del acceso al seguro de salud, uno de los fines del SIS como parte de la política de aseguramiento universal.

4.1.1.2 Procesos del SIS.

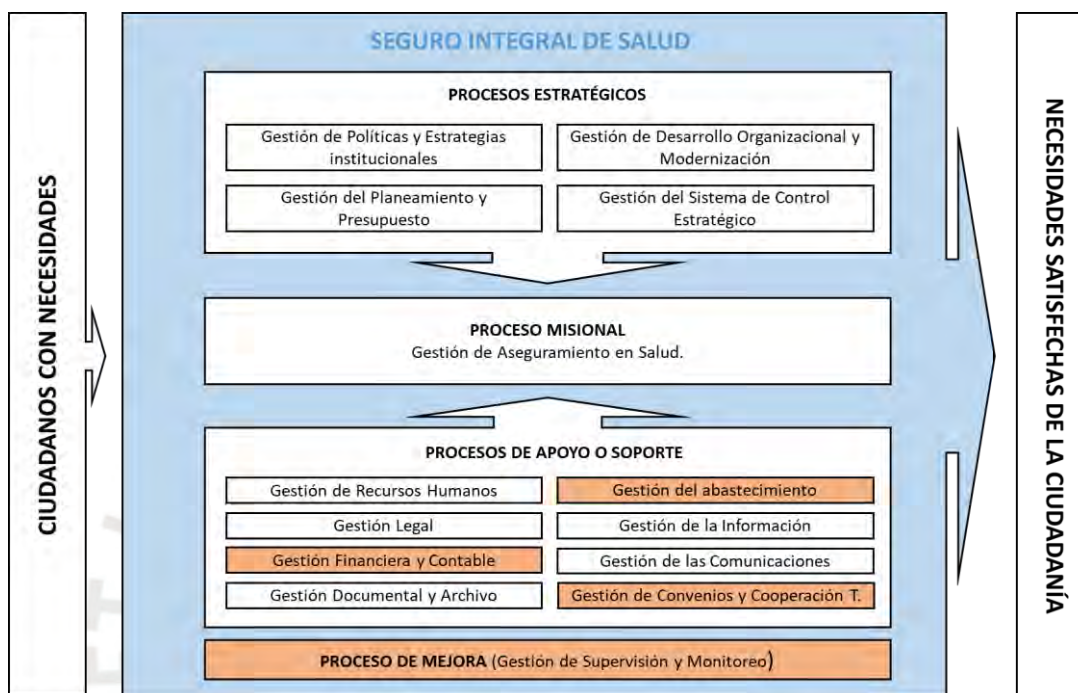
El SIS tiene una estructura jerárquica interna a nivel organizacional, como también un cuerpo de procesos orientados al cumplimiento de sus objetivos institucionales. Estos procesos expuestos en el Mapa de Procesos SIS 2017 – MAPRO (ver imagen N° 4.1), permiten comprender que el SIS desde la perspectiva de procesos²⁵, tiene como insumos o “elementos de entrada” a los ciudadanos con necesidades de acceso a información sobre el seguro, en condiciones de equidad, oportunidad y calidad.

Para atender estas necesidades el SIS ejecuta procesos transformadores (entre estratégicos, misionales, de soporte o apoyo, y procesos de

²⁵ El MAPRO define el proceso como el “conjunto de actividades interrelacionadas que agregan valor en cada etapa, transformando elementos de entrada (s) en salidas (s), que son finalmente, los productos o servicios”.

mejora) cuyos productos deberían dar como resultado la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía, que vendrían a ser los “elementos de salida” de los procesos.

Imagen N° 4.1: Mapa de procesos internos del SIS.



Fuente: Elaborado en base al Mapa de Procesos SIS 2017 y 2019.

El SIS define cada grupo de procesos de la siguiente manera:

“Procesos Estratégicos. Son los que definen y despliegan las estrategias y objetivos de la institución, proporcionan directrices, límites de actuación al resto de los procesos y, intervienen en la visión de la institución (...)

Procesos Misionales. Constituyen la secuencia de valor añadido del servicio e impactan sobre la satisfacción del usuario, se vinculan directamente con los procesos misionales/operativos de las instituciones del sector (...)

Procesos de Soporte. Abarcan las actividades necesarias para el correcto funcionamiento de los procesos operativos y estratégicos.

Procesos de Mejora. En los casos que sea necesario, se ubican en el extremo inferior de la caja y representan las actividades transversales de mejoramiento de todo el 'quehacer' de la institución (...)" (SIS 2017: pág. 5).

La investigación halló una fusión de procesos en la revisión de los MAPRO 2017 y 2019, e identificó que para este último ya no figuran algunos "Procesos de Apoyo o Soporte" y los "Procesos de Mejora", resaltados en rojo en la imagen N° 4.1. Esta fusión de procesos no queda referenciada en el documento, representando un vacío para el manejo interno de los que conforman la organización. La investigación concluye que según la definición de "Procesos de Mejora" empleada para el 2017, al ser un proceso transversal, la institución decidió fusionarla con el resto de procesos que comparten objetivos similares.

Finalmente, se resalta que esta investigación se centró en el análisis de la gestión del proceso de afiliación, considerado como sub proceso dentro del proceso clasificado como misional.

4.1.1.3. Estructura Institucional.

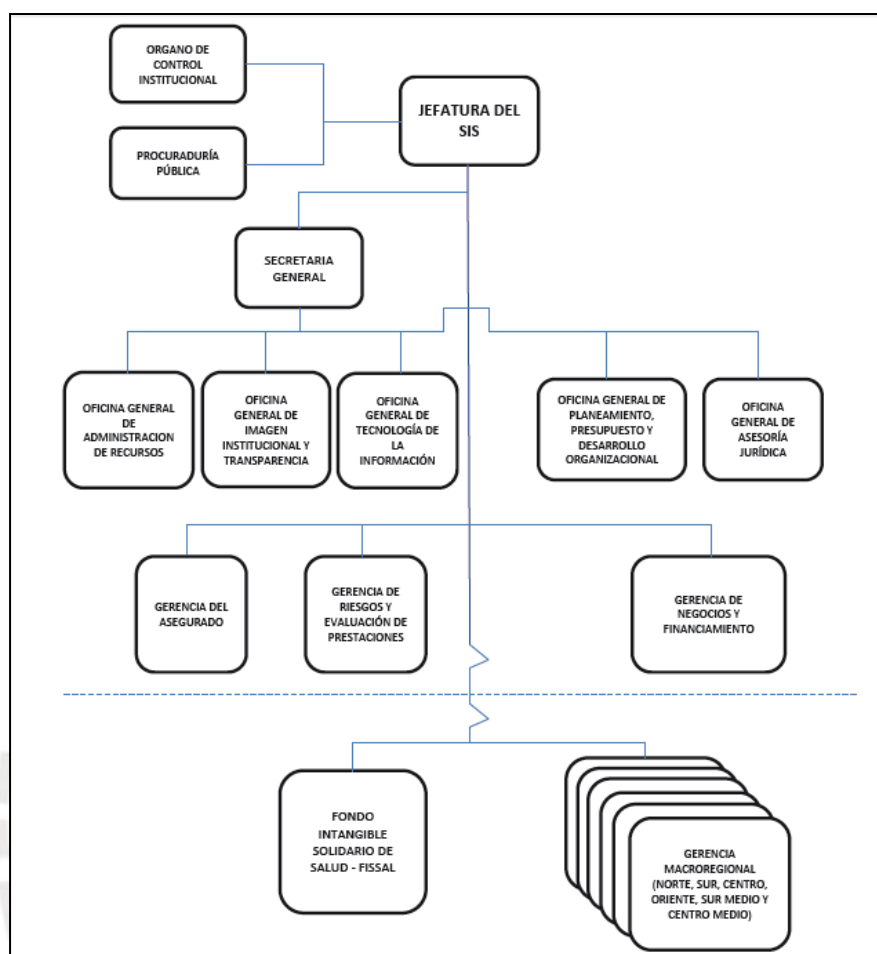
El SIS posee una estructura jerárquica compuesta por órganos²⁶ o unidades como: la alta dirección, el órgano de control institucional, el órgano de defensa jurídica, órganos de asesoramiento, órganos de apoyo, órganos de línea, y órganos desconcentrados (Imagen N° 4. 2).

El proceso de afiliación al seguro se encuentra a cargo de la Gerencia del Asegurado (GA), unidad rectora en este tema, con el apoyo de las Gerencias Macro Regionales (GMR), Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) y Oficinas de Atención al Asegurado (OAA). La definición y funciones de estas oficinas se encuentran expuestas en el Manual de Organización y Funciones del SIS (MOF)²⁷.

²⁶ Expuestos en el DS 002-2016-SA, Decreto Supremo que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud – SIS.

²⁷ Resolución Jefatural N° 158–2015/SIS.

Imagen N° 4.2: Estructura organizacional del Seguro Integral de Salud.



Fuente: Tomado del Decreto Supremo 002-2016-SA.

Gerencia del Asegurado (GA)

La GA está clasificada como órgano de línea y es la “responsable de planear, organizar, dirigir y controlar los procesos de afiliación y de fidelización de los asegurados y la atención de los ciudadanos orientados a garantizar sus necesidades de cobertura de servicios de salud (...)” (SIS 2015: 06).

La GA, así como las unidades que sirven de apoyo no cuentan con definiciones estratégicas propias, como visión, misión, objetivos, sino que se articulan y desarrollan su trabajo en base al Plan Estratégico Institucional (PEI) y el Plan Operativo Institucional (POI), documentos que

contienen estas definiciones y demás precisiones que unifican y ordenan el trabajo del SIS.

Esto último se vincula a uno de los factores de éxito expuestos por Fernando Martín Jaime, referido a la “articulación entre el liderazgo del proceso, el nivel de autoridad y los ejecutores de las acciones”. La unificación de criterios en documentos únicos para toda la institución, representa un factor que orienta y ayuda a la correcta implementación de los procesos, a través de la articulación de las distintas unidades de la estructura jerárquica.

De forma interna la GA, y para efectos de esta investigación, se detalla que esta gerencia está compuesta por 3 sub gerencias:

1. La Sub Gerencia de Afiliaciones. Encargada de diseñar, ejecutar y supervisar los procesos relacionados a la afiliación al seguro (SIS 2015: 17).
2. La Sub Gerencia de Promoción y Protección al asegurado. Encargada de diseñar y proponer estudios de mercado, planes de marketing y planes de difusión sobre los productos del SIS, así como la atención de reclamos (SIS 2015: 23).
3. La Sub Gerencia de Atención al Asegurado. Encargada de diseñar, promover, implementar y controlar disposiciones relacionadas a la atención de consultas y sugerencias de la población (SIS 2015: 29).

Esta investigación tuvo como unidad de análisis la Sub Gerencia de Afiliaciones, con quienes se realizó una serie de entrevistas para la recolección de datos, expuestos y analizados en este capítulo.

Gerencias Macro Regionales (GMR)

Las GMR se definen como:

“el órgano desconcentrado responsable de planear, organizar, dirigir, controlar los procesos relacionados con la gestión de las unidades desconcentradas regionales – UDR del SIS, para la

ejecución y cumplimiento de los lineamientos de políticas, planes, programas, procesos de afiliación, atención al asegurado, control y pago de prestaciones (...)” (SIS 2015: 06).

De esta forma, las GMR cumplen los propósitos de la GA a nivel local, en una jurisdicción reducida a comparación de esta última que diseña y propone disposiciones y procesos para el ámbito nacional. Las GMR tienen bajo su gestión el trabajo de las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR).

Cada GMR tiene bajo su jurisdicción una serie de departamentos, los cuales a su vez están bajo el ámbito de influencia de sus respectivas UDR. A nivel nacional el SIS cuenta con 6 GMR²⁸. Esta división territorial por cada GMR, se delimita aún más considerando el ámbito de influencia de cada UDR, los cuales –como se expuso– se encuentran bajo la gestión de los primeros.

Finalmente, la presente investigación al desarrollarse en Ate, tuvo como unidad de análisis a la GMR Centro Medio.

Unidades Desconcentradas Regionales (UDR)

Las UDR son oficinas asignadas a las Gerencias Macro Regionales. Son consideradas unidades de tercer nivel y tienen la condición de órganos descentralizados, encargados de coordinar, supervisar, evaluar y monitorear los procesos vinculados al financiamiento de las atenciones de salud de los asegurados, así como llevar adelante a nivel local los procesos de afiliación al SIS, brindando asistencia técnica a los puntos de digitación de este proceso.

Las UDR vienen a representar a los órganos principales del SIS a nivel local en sus jurisdicciones, con el objetivo de descentralizar los procesos

²⁸ Estas son: Gerencia Macro Regional Norte, Gerencia Macro Regional Sur, Gerencia Macro Regional Centro, Gerencia Macro Regional Oriente, Gerencia Macro Regional Sur Medio, y la Gerencia Macro Regional Centro Medio (que comprende Ancash y Lima).

del seguro y ser más accesibles tanto la población local como a los distintos actores involucrados en el aseguramiento universal.

La GMR Centro Medio (unidad de análisis en esta investigación) tiene a cargo 8 UDR²⁹ bajo su jurisdicción, entre las que se encuentra la UDR Lima Este vinculada al distrito de Ate. Esta investigación consideró trabajar inicialmente con esta UDR como otra unidad de análisis, pero no fue posible por los motivos ya expuestos anteriormente.

Oficinas de Atención al Asegurado (OAA)

Las OAA son unidades de menor nivel implementadas entre el 2013 y 2014 en determinados establecimientos de salud con mayor capacidad resolutive, las cuales tienen la responsabilidad de velar por el cumplimiento del acceso, calidad y gratuidad de las atenciones de salud de los afiliados al SIS (Cabrejos y Geysels 2019: 230).

A nivel de Lima se cuenta con 3 OAA: la OAA de Hospital de Emergencia Pediátricas, la del Hospital María Auxiliadora, y la OAA del Hospital de Huaycán.

Como registra también Cabrejos y Geysels, estas oficinas entre el 2015 y 2018 gracias a la ejecución de un proyecto realizado en convenio entre el SIS y el programa SISTEC (financiado por la Cooperación Técnica Belga), se logró mejorar los procesos de atención a la población asegurada y no asegurada en estas oficinas, con énfasis en la prevención de la vulneración de derechos (2019: 230).

Las OAA resultan importantes en el proceso de implementación de la política de Aseguramiento Universal en Salud, por 3 roles fundamentales:

- El proceso de afiliación al SIS. Ya que estas oficinas se encuentran repartidas de forma estratégica y dentro de

²⁹ Estas son: UDR Metropolitana Centro; UDR Metropolitana Sur; UDR Metropolitana Este; UDR Metropolitana Norte; UDR Lima Región; UDR Callao; UDR Ancash; y la UDR Santa.

establecimientos de salud con alta demanda de pacientes, lo que permite afiliarlos –de corresponder– al instante.

- Protección de los derechos en salud de los asegurados al SIS. A través de la atención de reclamos, como de la promoción de los derechos y deberes de los asegurados mediante sesiones informativas grupales que desarrollan como parte de su plan de trabajo.
- Mejora de la experiencia del usuario de servicios de salud. Cabrejos y Geysels mencionan que las OAA representan la generación de una percepción de protección por parte del usuario de los servicios, al contar con la presencia y acción de una oficina del SIS en el lugar. (2019: 231)

Al contar con 3 OAA a nivel de Lima, esta investigación logró recopilar información de 2 de ellas, de las que se obtuvo información de primera mano sobre el desarrollo del proceso de afiliación en su jurisdicción.

4.1.1.4. Presupuesto Institucional.

Entre los factores de éxito identificados inicialmente en la implementación de las políticas, se señaló que un factor relevante es la disponibilidad de recursos, entre ellos el económico, que posibilitan los distintos procesos no sólo referidos a la etapa de implementación sino también los de control y evaluación. Este factor está considerado dentro de las “capacidades organizacionales” (Martín y otros 2013: 110).

Para analizar la asignación presupuestal del SIS, y la eficiencia en su ejecución, se partió de la información expuesta en la base de datos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Se considera la información relativa al Presupuesto Inicial Modificado (PIM)³⁰, el monto de ejecución anual, y el porcentaje de ejecución alcanzado (avance %) por año.

³⁰ Presupuesto Inicial Modificado (PIM), definido por el MEF como el “presupuesto actualizado de la entidad pública a consecuencia de las modificaciones presupuestarias, tanto a nivel institucional como a nivel funcional programático, efectuadas durante el año fiscal, a partir del Presupuesto Inicial de Apertura (PIA).” <https://www.mef.gob.pe/es/glosario-sp-5902>.

La información expuesta corresponde al total del presupuesto asignado al SIS como entidad desde el 2015 al 2019, para ver a groso modo la variación presupuestal en relación a un año anterior al periodo considerado en esta investigación, 2016 – 2019 (Ver tabla N° 4.1).

Tabla N° 4.1: Asignación y ejecución presupuestal del SIS en relación a las entidades de sector salud, 2015 - 2019.

PLIEGOS DEL SECTOR SALUD	2015			2016			2017			2018			2019		
	PIM	EJECUTADO	AVANCE %	PIM	EJECUTADO	AVANCE %	PIM	EJECUTADO	AVANCE %	PIM	EJECUTADO	AVANCE %	PIM	EJECUTADO	AVANCE %
MINISTERIO DE SALUD	1,964,280,713	1,842,486,098	93.8	1,958,463,768	1,769,002,991	90.3	5,330,221,568	4,866,409,069	91.3	6,303,924,476	5,895,061,713	93.5	6,553,555,229	6,143,599,987	93.7
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	158,646,896	140,888,935	88.8	141,821,582	132,469,091	93.4	138,812,308	131,297,966	94.6	144,786,790	127,953,929	88.4	140,186,506	127,614,464	91.0
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	44,054,300	41,640,803	94.5	45,343,998	44,887,939	99.0	43,719,252	42,409,956	97.0	44,707,361	44,018,542	98.5	52,713,440	50,660,997	96.1
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	1,756,278,819	1,747,406,201	99.5	1,558,689,609	1,550,632,410	99.5	1,753,109,619	1,746,781,896	99.6	2,278,034,936	2,214,247,640	97.2	1,764,412,446	1,754,048,053	99.4
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - INEN	378,324,128	349,088,650	92.3	367,950,320	302,315,451	82.2	461,870,556	327,976,734	71.0	599,125,383	436,401,483	72.8	532,266,418	457,100,857	85.9
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD	3,058,908,957	2,905,188,155	95.0	3,358,025,978	3,214,456,287	95.7	391,031,359	384,805,452	98.4						

Fuente: Elaborado en base al portal institucional Consulta Amigable MEF.

Como se observa para el 2015 y 2016, el SIS ocupaba el tercer lugar en cuanto a la entidad del sector salud con mayor asignación presupuestal, luego del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), y el Ministerio de Salud (MINSA). Para el año 2016, cuando se da una reestructuración a nivel del ministerio de salud, el SIS pasa a ocupar el segundo lugar en asignación presupuestal. Esta situación se mantiene hasta la fecha.

De este periodo (2015–2019) resalta que el SIS fue la primera entidad en lograr el mayor avance de ejecución presupuestal por año a comparación del resto de entidades. Cada año su % total de avance no bajó del 99.4%, lo cual representa eficiencia en la ejecución del presupuesto institucional.

Si bien el SIS cuenta con una importante asignación presupuestal en el sector salud, y su porcentaje de ejecución se muestra eficiente, este recurso se orienta principalmente a la protección financiera de las prestaciones de salud de sus asegurados. En relación a los procesos de gestión tanto a nivel de la GA, la GMR y las OAA, los profesionales perciben que el presupuesto que se asigna a su área es insuficiente para el cumplimiento de sus funciones, y que esto es comprensible al ser una entidad pública en el cual los recursos son limitados.

Otro hallazgo del trabajo de campo con los funcionarios del SIS, es que este no tiene una partida específica a nivel del presupuesto institucional para la ejecución del proceso de afiliación. Toda actividad referida a la ejecución de este proceso es programada e incluida dentro de las actividades propias de la GA a través del plan operativo institucional; lo que indica que son programadas como parte de las actividades de la gerencia entre otras actividades que no son sólo los procesos de afiliación, sino también procesos de promoción y atención de la población.

4.1.1.5. Los actores y su rol en el proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

La política de aseguramiento universal ha conducido el panorama del sector salud a la integración institucional de los actores que participan de este, con el objeto no sólo de lograr los resultados proyectados en la política, sino también y sobre todo reconocer el derecho universal a la salud de la población.

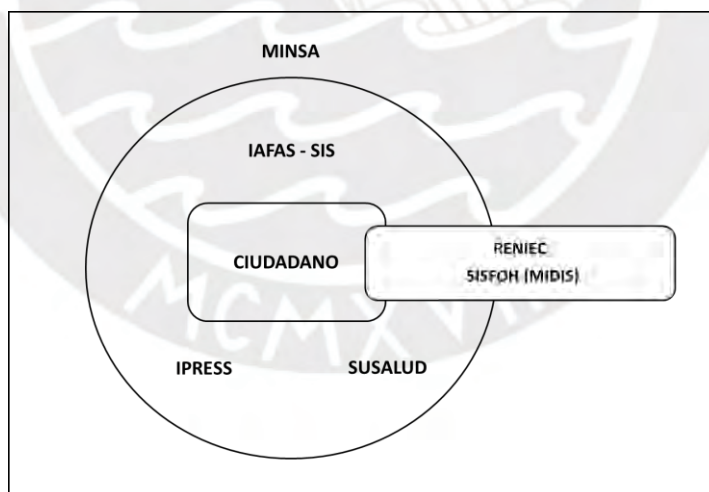
Para lograr esta integración y el reconocimiento del derecho a la salud de la población, Akram Abdul Hernández V. en su tesis “Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro

Integral de Salud”, identifica 3 cambios sustanciales en el marco de esta política:

“a) establecimiento de coberturas mínimas de atención (...) para la población afiliada en base a garantías de derecho y financiados por recursos públicos; b) separación de funciones para la rectoría, supervisión, financiamiento y prestación de servicios; y, c) reordenamiento, organización y racionalización en la asignación de recursos para la cobertura en salud (...)” (Hernández 2014: 11).

Esta separación de funciones como medida para la adecuada implementación del aseguramiento universal, se encuentra claramente definida en el abordaje de los actores involucrados en este proceso. Se encuentran actores que trabajan enfocados en el sector salud, y otros que sirven de apoyo mediante sus bases de datos, configurando así el escenario del aseguramiento universal en salud (Ver imagen N° 4.3)

Imagen N° 4.3: Escenario del Aseguramiento Universal en Salud³¹.



Fuente: Elaboración propia.

El actor central y motivo del trabajo articulado en este escenario es el ciudadano, como usuario de los servicios de salud, sujeto de derecho y

³¹ Basado en el documento Plan Estratégico Institucional del Seguro Integral de Salud SIS 2014 – 2016. Enero, 2014.

población objetivo de las entidades involucradas en esta política. Los actores vinculados al SIS y sus roles son:

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Son las “instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud”³². Las IPRESS son una de las principales aliadas tanto en la atención médica de los asegurados al SIS, como en la ejecución del proceso de afiliación. Las IPRESS comprenden la red de puestos de salud, centros de salud, hospitales e institutos especializados del MINSA a nivel nacional, los cuales se categorizan por niveles de atención³³, y participan del proceso de afiliación a través de sus profesionales quienes tienen acceso al sistema del SIS.

Esta investigación consideró como unidad de análisis a los establecimientos de salud del 1° nivel de atención del distrito de Ate.

Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFA). Entidades “encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados”³⁴. El SIS es una IAFA, el cual tiene a cargo la administración de fondos en salud y la ejecución del proceso de aseguramiento universal.

Superintendencia Nacional en Salud (SUSALUD). Antes llamada SUNASA (hasta diciembre del 2013). Es la entidad adscrita al Ministerio de Salud encargada de “registrar, autorizar, supervisar y regular a las IAFAS, así como supervisar a las IPRESS, en el ámbito de su competencia”³⁵. En relación al proceso de afiliación al SIS, SUSALUD, provee a través de su portal institucional la base de datos sobre el registro

³² <http://portal.susalud.gob.pe/mundo-ipress/>. Consultado: 05 de octubre de 2020.

³³ Los establecimientos de salud del MINSA se categorizan en 1°, 2° y 3° nivel de atención, según su complejidad y capacidad resolutive. Resolución Ministerial 076 – 2014/MINSA.

³⁴ Plan Estratégico Institucional del Seguro Integral de Salud – SIS 2014 – 2016. Enero, 2014.

³⁵ <http://portal.susalud.gob.pe/mundo-ipress/>. Consultado: 05 de octubre de 2020.

de afiliaciones en salud que tuvo y tiene cada ciudadano, sistema que condiciona la posibilidad de afiliación del mismo.

Ministerio de Salud (MINSA). Ente rector de la salud a nivel nacional. Tiene como función velar por el bienestar de la salud de la población a través del establecimiento de marcos normativos y acciones intersectoriales, bajo los cuales operan las instituciones participantes del sector salud.

En este escenario de aseguramiento participan también entidades que si bien su labor no se centra en el tema de la salud, la información que desarrollan (base de datos) sirve de recurso fundamental en la identificación y categorización de la población objetivo del SIS. Estos son:

Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC). Entidad nacional autónoma encargada del registro y la identificación de la población. En el proceso de afiliación al SIS, la tenencia del DNI es requisito indispensable salvo excepciones como en el caso de los recién nacidos, los cuales sólo deben tener el certificado de nacido vivo o partida de nacimiento para ser asegurados. El área de afiliaciones del SIS se sirve de sistemas informáticos enlazados a la RENIEC para corroborar información de la población, como su fecha de nacimiento, por ejemplo.

Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). “Es un sistema intersectorial e intergubernamental que provee de información socio económica a los programas sociales y subsidios del Estado para la identificación de potenciales usuarios de dichos programas (...)” (SIS 2016: 93). El SISFOH se encuentra a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Esta información socio económica de la población se presenta bajo tres categorías: no pobre, pobre, y pobre extremo. Poseer la clasificación del SISFOH es uno de los requisitos para poder afiliarse al seguro subsidiado del SIS (SIS Gratuito), ya que sólo pueden ingresar aquellos que cuentan con la clasificación de pobre o

pobre extremo en este sistema. El uso del SISFOH, así como también la base de datos de SUSALUD y la RENIEC, se encontraron vigentes en el periodo que comprende esta investigación (2016 – 2019).

4.1.1.6 Articulación del diseño institucional del SIS.

Identificados los actores involucrados en la política de aseguramiento universal en salud, se procede a describir el modo de articulación del SIS bajo la rectoría del Ministerio de Salud (MINSa).

En el Plan Operativo Institucional 2016 (POI) del SIS, el cual se elaboró sobre la base el Plan Nacional Concertado en Salud 2007–2020, se menciona que el SIS forma parte de la reforma del sector salud encabezada por el MINSa, fortaleciendo el trabajo de los 4 pilares fundamentales de este proceso:

- Más personas.
- Más y mejores servicios.
- Más protección de derechos en salud.
- Más rectoría y gobernanza del sistema.

Los actores del escenario del aseguramiento, a través de sus procesos promueven el fortalecimiento de estos pilares orientados a la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos y la mejora institucional interna del sector salud.

El SIS se encuentra vinculado al primer pilar, “más personas”, ya que tiene bajo su responsabilidad el proceso de afiliación al seguro. Los otros pilares como el de “más rectoría y gobernanza del sistema” queda bajo dirección del MINSa, y el de “más protección de derechos en salud” bajo SUSALUD, por ejemplo. Cada pilar no es exclusivo de una entidad, sino que orienta el trabajo en determinada dirección bajo el concepto de articulación interinstitucional.

Esta articulación se expresa en el Mapa de Procesos del Ministerio de Salud (ver anexo tabla N° 4.2). En este se identifica que la “Gestión del

Aseguramiento en Salud” forma parte de sus procesos misionales (bajo el código PM 06 - Proceso Misional). Que este proceso de “Gestión del Aseguramiento en Salud” esté como uno de los pilares de la reforma en salud, y se exponga como proceso misional para el MINSA, explica la articulación del diseño institucional del SIS y su importancia en la política de salud.

4.1.2. Diseño del proceso de afiliación.

La definición estratégica del proceso de afiliación al seguro se sustenta sobre las disposiciones expuestas en los planes operativos institucionales (POI) y los planes estratégicos institucionales (PEI) del SIS. Esto se confirma con los profesionales entrevistados de la GA: “Todo el horizonte que tiene el SIS, está en base al cumplimiento del plan operativo institucional y el plan estratégico institucional (...) es el documento único donde todas las gerencias tienen sus actividades definidas, para poder llegar al cumplimiento de nuestros objetivos generales, y nuestros objetivos estratégicos” (Profesional de la GA).

Para lograr los objetivos estratégicos del SIS en relación a la reducción de la brecha de la población sin seguro, se han creado oficinas y articulado servicios a mecanismos impulsados por el gobierno central, como son:

- Los centros de Atención al Asegurado (CAA).
- Los MAC (Plataforma de Mejor Atención al Ciudadano).
- Los PIAS (Plataforma Itinerante de Atención Social).

Esta investigación no consideró como unidades de análisis a estas, ya que su ámbito de influencia no está directamente vinculada a Ate³⁶.

Adicionalmente a las oficinas del SIS que ejecutan el proceso de afiliación, la red de Establecimientos de Salud del MINSA representa un aliado estratégico del seguro en el cumplimiento de la política de

³⁶ En la zona este de Lima se encuentra el “MAC Lima Este”. Plataforma de atención al ciudadano creada por el Ministerio del Interior, que reúne diversas instituciones públicas mediante módulos, entre ellos el SIS, que realizan de forma descentralizada los procesos de las entidades participantes. El módulo del SIS que se encuentra en esta plataforma atiende también a población proveniente del distrito de Ate, entre otros de la zona este, por lo cual no fue considerado como unidad de análisis en esta investigación.

aseguramiento. Los establecimientos deben ser previamente habilitados con accesos informáticos por el SIS, para participar de este proceso.

Esta investigación centrada en el distrito de Ate, fue diseñada considerando como unidades de análisis al órgano de línea del SIS y sus órganos desconcentrados, sumando a los establecimientos de salud del distrito, resultando en total los siguientes:

- Gerencia del Asegurado (GA).
- Gerencia Macro Regional Centro Medio (GMR CEN MED).
- Unidad Desconcentrada Regional Lima Metropolitana Este (UDR Lima Este).
- Oficinas de Atención al Asegurado (OAA) de la Región Lima.
- Establecimientos de salud del primer nivel del MINSA en Ate (Postas y Centros de salud).

4.1.2.1. Componentes del proceso de afiliación.

El enfoque basado en procesos expuesto en la Norma ISO 9001-2015, empleado por el SIS para diseñar su mapa de procesos, menciona que la organización que espera alcanzar sus resultados esperados, debe gestionar sus recursos y actividades a partir de procesos, con entradas y salidas, los cuales se diseñan y orientan a la satisfacción de las necesidades de los usuarios o clientes de la organización. Para el caso del SIS como parte de la política de aseguramiento orientada a la protección en salud de la población, este enfoque se aplica a los distintos procesos de la institución.

Para atender las necesidades de la población el SIS distingue tres tipos de procesos ya descritos: Estratégicos, Misionales y de Soporte. La afiliación se ubica dentro del tipo de proceso misional, como uno de los macro procesos Nivel 0, "Gestión del Aseguramiento en salud" (Ver tabla N° 4.3).

Tabla N° 4.3: El proceso de afiliación en relación a los macro procesos del SIS

TIPO DE PROCESO	PROCESOS DE NIVEL 0 (E0)	PROCESOS DE NIVEL 1 (E0.0)
PROCESOS ESTRÁTEGICOS (E)	E01 Gestión de la Política Institucional	E01.01 - E01.02
	E02 Gestión del Planeamiento	E02.01 - E02.02 - E02.03 - E02.04 - E02.05
	E03 Gestión de Modernización y Desarrollo Organizacional	E03.01 - E03.02
	E04 Gestión del Control Institucional	E04.01
PROCESO MISIONAL (M)	M01 Gestión del Aseguramiento Universal en Salud	M01.01
		M01.02 Gestión del Aseguramiento al SIS (Inscripción / Afiliación)
		M01.03
		M01.04
		M01.05
		M01.06
PROCESOS DE SOPORTE (S)	S01 Gestión de la Administración de Recursos	S01.01 - S01.02 - S01.03 - S01.04 - S01.05
	S02 Gestión Jurídica	S02.01
	S03 Gestión Documental y Archivo	S03.01 - S03.02
	S04 Gestión de Imagen y Comunicación	S04.01 - S04.02
	S05 Gestión de las Tecnologías de la Información	S05.01 - S05.02 - S05.03 - S05.04

Fuente: Elaborado en base al Mapa de Procesos SIS 2017 y 2019.

Cada macro proceso del SIS está compuesto por procesos específicos (proceso de Nivel 1), que representan los aspectos operativos del objetivo estratégico, misional y de soporte de la institución. El proceso Gestión del Aseguramiento al SIS, codificado como M01.02 en el mapa de procesos, presenta la cadena de valor expuesta en el cuadro N° 4.1. Cada uno de los componentes de esta cadena en el proceso se definen como:

Proveedores. Personas u organizaciones, internas o externas a la institución que entregan o sirven de insumo en el proceso, con expectativas, intereses o necesidades concretas. En el proceso de afiliación son las instituciones que proveen o participan mediante sus bases de datos o marcos normativos. El ciudadano es considerado un proveedor, mediante su necesidad o requerimiento de afiliación al seguro.

Cuadro N° 4.1: Componentes del proceso Gestión del Aseguramiento al SIS³⁷.

PROVEEDORES	ENTRADAS	PROCESO	SALIDAS	DESTINATARIOS DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> • Ciudadano. • PCM. • MINSA. • SUSALUD. • MIDIS. • RENIEC. • Órganos y Unidades Funcionales del SIS. • Centros de Digitación. • Entidades Públicas y Privadas que acrediten a Grupos de Población Determinado por Norma Expresa. • MINTRA – REMYPE. • SUNAT. • MIGRACIONES. 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas y normativas sectoriales. • PEI, POI del SIS. • Base de datos / Padrón de beneficiarios. • Padrón General de Hogares – PGH. • Registro de Afiliados al AUS. • Requerimiento de afiliación. • Requerimiento de actualización de datos. 	<p>M01.02 Gestión del Aseguramiento al SIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de aseguramiento regulados. • Grupos poblacionales objetivo determinados. • Registro de asegurados. • Afiliado o asegurado. • Base de datos actualizada y validada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciudadano. • MINSA. • SUSALUD. • IPRESS. • Órganos y unidades funcionales del SIS.

Fuente: Elaborado en base al Mapa de Procesos SIS 2017 y 2019.

Entradas. Son los insumos o productos que ingresan al proceso central, con un fin o papel determinado. Vienen a ser las bases de datos, las normas o políticas, como el SISFOH, por ejemplo. El requerimiento de afiliación del ciudadano es también una entrada.

Proceso. Conjunto de actividades que se interrelacionan entre sí para generar valor, concluyendo en productos o servicios como salidas del mismo proceso. Es la afiliación en sí misma. Estas actividades son expuestas en el punto correspondiente al flujo de atención en la afiliación.

Salidas. Son los productos o servicios que resultan del proceso. Aquí se encuentran los padrones de asegurados o no asegurados, nuevos mecanismos de afiliación, normativa actualizada, la constancia de afiliación, entre otros.

Destinatarios del proceso. Son personas u organizaciones que reciben o dan uso a los productos o servicios resultantes del proceso. El SIS tiene como destinatario o usuario final del proceso de afiliación, al ciudadano o poblador sujeto de derecho (SIS 2019: 7).

³⁷ Parte de los proveedores entre ellos: MINTRA-REMYPE, SUNAT y MIGRACIONES, fueron incluidos en el MAPRO 2019, considero a causa de la mayor visibilidad de otros seguros SIS a parte del tipo "SIS Gratuito", y por el proceso de migración de ciudadanos extranjeros hacia los últimos años.

Usuarios. Persona natural o su representante, que accede a los servicios o productos propuestos por las entidades aseguradoras o establecimientos de salud. Se considera también usuario a la entidad u organización que accede a la aseguradora para el registro de su personal a los servicios o productos de este (GA SIS 2016: 93).

Preciso en este punto, que la definición asumida por esta investigación al hablar de ASEGURADO o AFILIADO es indistinta, como se expone en el D.S. 008-2010-SA (Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud), en el que se denomina de esta forma, a toda persona residente en el territorio nacional y que se encuentra bajo la cobertura de un seguro de salud.

Este enfoque de procesos aplicado a la afiliación al SIS permite identificar un orden en las diversas actividades, así como también gestionar de forma eficiente los recursos de la institución. En esta cadena de valor no sólo se consideran componentes o recursos internos del SIS, sino también y principalmente componentes externos, donde el ciudadano es el centro del proceso y/o destinatario final, y las instituciones participantes son aliadas fundamentales para lograr la reducción de la brecha de los no asegurados, y la prestación de los servicios de salud.

4.1.2.2. Requisitos y condición de elegibilidad para la afiliación al SIS.

En el proceso de afiliación hay condiciones o requisitos que son verificados para poder afiliar al ciudadano. Hay requisitos generales como: tener DNI o Carnet de Extranjería (CE), este último para el caso de los ciudadanos extranjeros³⁸, y no contar con otro seguro de salud. Y requisitos específicos para acceder a un determinado tipo de seguro (como contar con clasificación socio económica – CSE en el SISFOH para ser afiliado al SIS gratuito).

³⁸ A excepción de los ciudadanos ecuatorianos quienes, mediante un convenio bilateral entre el Perú y dicho país, pueden ser afiliados sin Carnet de Extranjería.

El establecimiento de requisitos o condiciones para la afiliación, obedece a la necesidad de focalizar a la población y gestionar de forma eficiente los recursos públicos, centrándose primero en aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad reduciendo así los niveles de filtración.

El mecanismo de acceso establecido por requisitos o condiciones necesarias para la afiliación se exponen en la siguiente tabla N° 4.4:

Tabla N° 4.4: Requisitos o condiciones para la afiliación al SIS (2016 - 2019).

REGIMEN DE FINANCIAMIENTO ³⁹	TIPOS DE SEGUROS SIS	REQUISITOS O CONDICIONES				
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD O CE ⁴⁰	NO CONTAR CON OTRO SEGURO DE SALUD	CLASIFICACIÓN SOCIO ECONÓMICA (CSE) DE POBRE O POBRE EXTREMO ⁴¹	PAGO MENSUAL	OTRO REQUISITOS
SUBSIDIADO	SIS GRATUITO	Si	Si	Si	-	-
SEMI CONTRIBUTIVO	SIS INDEPENDIENTE	Si	Si	-	Si	-
	SIS EMPRENDEDOR	Si	Si	-	Si	Estar registrado en la SUNAT, en el régimen de NRUS
	SIS MICRO EMPRESAS	Si	Si	-	Si	Ser empleado o empleador registrado en el sistema REMYPE

Fuente: Elaboración propia.

El trabajo de campo mediante la observación y las entrevistas a los profesionales del SIS y la población, identifica que los no asegurados

³⁹ El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene dos regímenes de financiamiento: Subsidiado, en el cual el estado asume la cobertura financiera total de la atención de su asegurado, con lo cual este recibe una atención gratuita; y, el Semi contributivo, en el cual la institución asume un porcentaje del costo de atención, y el restante lo asume el asegurado SIS.

⁴⁰ Hay población determinada por norma que no requiere contar con este documento, como los recién nacidos que deben tener certificado de nacido vivo o partida de nacimiento, las gestantes acreditadas mediante documento, y población ecuatoriana.

⁴¹ De igual forma hay población determinada por norma, que por ciertas condiciones no requieren contar con CSE de pobre o pobre extremo para poder ser afiliado al SIS gratuito (régimen subsidiado), como: estudiantes registrados en el programa Qali Warma, gestantes, recién nacidos y niños menores a 5 años, personas en situación de calle, reclusos del INPE, bomberos, jueces de paz, entre otros.

están principalmente interesados en la afiliación al SIS gratuito, por ser un seguro que no requiere pago previo para tener la condición de afiliado y tener una cobertura integral, pero desconoce en medida el proceso de afiliación y los requisitos para acceder a este.

Por otro lado, los profesionales del SIS reconocen que el sistema del SISFOH es un instrumento necesario para focalizar a la población y poder concentrar los esfuerzos en aquellos que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema afiliándolos al SIS Gratuito. En términos de gestión de recursos (siendo recursos públicos y finitos) resulta un mecanismo oportuno y necesario para determinar la condición de elegibilidad de la población. En términos de acceso los entrevistados reconocen que, si bien esta condición de elegibilidad mediante la clasificación del SISFOH es necesaria, presenta deficiencias en su aplicación que representan una traba o limitante para la población.

Las deficiencias del SISFOH que identifica esta investigación son:

- La base de datos de este sistema no se encuentra actualizada. Parte de la población no se encuentra registrada en ella, o la clasificación de ciertas personas no corresponden a su situación socio económica actual.
- Los municipios encargados de actualizar este sistema no cuentan con los recursos necesarios (financieros, humanos) para ejecutar idóneamente este proceso.
- El proceso de evaluación por el SISFOH toma tiempo por la alta demanda de la población. Considerando que contar con este registro no sólo determina el acceso al SIS, sino también a los diversos programas sociales del estado.
- Desconocimiento de la población sobre el trámite y las instituciones encargadas de este proceso.

El desconocimiento del trámite y la condición de elegibilidad para acceder a determinado tipo de seguro SIS se confirmó con la encuesta a la

población no asegurada de Ate. El 67.4% del total de encuestados (267 personas total) indicó “no conocer” o “tener algunas referencias” sobre el trámite de afiliación, mientras que el 32.6% restante indicó sí conocerlo. Si bien este último porcentaje conoce el trámite, para el momento de aplicada la encuesta indicaron no estar afiliados al seguro.

Este desconocimiento resulta en una barrera de acceso, siendo necesario medidas que promuevan el flujo de información sobre la afiliación y la simplificación burocrática, como propone también Eugenio Lahera en su texto, señalando que los mecanismos establecidos a nivel de las políticas/programas deben ser definidos, transparentes e informados oportunamente a la población, para evitar su opacidad y no constituir una barrea de acceso (Lahera 1994: 42).

El análisis respectivo al acceso por parte de la población, el motivo de no afiliación, y su calificación al proceso y en general al trabajo del SIS como aseguradora, se presenta en la parte final de este capítulo, pero se adelanta que los resultados hallados vinculados al conocimiento de los requisitos y en general al trámite, muestran un porcentaje importante de desconocimiento sobre este.

El análisis de los hallazgos en este punto, muestra que los requisitos establecidos para la afiliación al seguro y la condición de elegibilidad son claros, y representan parte de un proceso parametrado para el acceso al seguro. Se busca reducir la filtración de personas que no se encuentran en situación de pobreza, restringiendo su acceso al SIS gratuito, pero se brinda la opción de acceder a otro tipo de seguro si no se cuenta con la clasificación socio económica pertinente. El aseguramiento universal establece que la afiliación a un seguro de salud es un derecho de la ciudadanía sin importar su condición, pero se establece diferencias en cuanto al tipo de seguro para el cual califica según su situación.

Si bien el principio de aseguramiento universal en salud y los requisitos estipulados por el SIS son claros, la deficiencia identificada es el

desconocimiento de parte de la población sobre la afiliación. El trabajo de campo confirma este resultado y explica que esta deficiencia parte de una responsabilidad compartida, ya que el SIS debe fortalecer sus procesos de afiliación promoviendo la cultura de aseguramiento, y la población tomar conciencia sobre la necesidad del aseguramiento oportuno, ya que la misma población encuestada identifica el desinterés como uno de los factores por los cuales no se afilian al SIS.

4.1.2.3. Flujo de atención para la afiliación al SIS.

Empieza con la recepción del usuario o solicitante y sigue con la verificación de requisitos o la condición socio económica del mismo. A partir de ese momento, se agregan procesos particulares por cada tipo de seguro SIS.

El SIS Gratuito es el único que posee como condición el pertenecer a la condición de pobre o pobre extremo. Este seguro no presenta mayores trámites si la persona ya cuenta con esta clasificación, de lo contrario el usuario tendrá que tramitar el registro en el SISFOH de su municipio. El SIS Emprendedor de igual forma posee un trámite previo externo al SIS, en este caso el registro en la SUNAT como contribuyente. Finalmente, el SIS Independiente como el SIS Microempresas, conjugan trámites tanto internos como externos a la institución, en el Banco de la Nación y el sistema del REMYPE del Ministerio de Trabajo, respectivamente. Estos trámites y los pasos identificados por tipo de seguro se presentan en el cuadro N° 4.2.

La afiliación al SIS gratuito es el único que se lleva a cabo tanto en las oficinas desconcentradas del SIS como en la red de establecimientos de salud habilitados del MINSA. Contrariamente, la afiliación a los otros tipos de seguro sólo se realiza en las oficinas del SIS.

Cuadro N° 4.2: Flujo de afiliación al SIS.

PASOS	PROCESO DE AFILIACIÓN SEGÚN TIPO DE SEGURO			
	SIS GRATUITO	SIS EMPRENDEDOR	SIS INDEPENDIENTE	SIS MICROEMPRESAS
1° PASO	Recepción del usuario o solicitante.	Registro en la SUNAT, en el Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS).	Recepción del usuario o solicitante.	Recepción de la solicitud del empleador.
2° PASO	Verificación de requisitos del usuario: - Tenencia de DNI o CE. - Edad (menores de 5 años son afiliados automáticamente). - No contar con otro seguro de salud (SUSALUD) - Verificar su clasificación socio económica (CSE). - Verificar si pertenece a población determinada por norma, para afiliación automática.	Realizar tres pagos mensuales a la SUNAT por su inscripción al NRUS.	Verificación de requisitos del usuario: - Tenencia de DNI o CE. - No contar con otro seguro de salud (SUSALUD)	La afiliación es automática según la base de datos remitida por el REMYPE de todos los beneficiarios de la microempresa.
3° PASO	Afiliación. Informar sobre el resultado del proceso.	La SUNAT remite su base de datos al SIS, para la afiliación automática de los contribuyentes que se encuentran al día.	Informar sobre el contrato, las condiciones, y los pagos mensuales al Banco de la Nación y recojo posterior de contrato.	
4° PASO		Verificación de la base de datos de la SUNAT para la afiliación automática. Y Activar el seguro de los contribuyentes.	Afiliación al SIS independiente e impresión de la ficha de afiliación.	
5° PASO			Pago por parte del afiliado en el Banco de la Nación.	
6° PASO			Entrega del plan de beneficios del tipo de seguro y firma de documentos.	

Fuente: Elaboración propia.

En el trabajo de campo con los profesionales del SIS responsables del proceso de afiliación, al consultarles del porqué en los establecimientos de salud sólo se puede realizar un tipo de afiliación, informan que esto está sujeto a la apertura de accesos informáticos al personal del mismo establecimiento. Informan que no resulta conveniente brindar los accesos respectivos al personal, por los problemas estructurales que presentan los establecimientos del Ministerio de Salud, los cuales son:

- La rotación del personal responsable de los procesos del SIS en los establecimientos. Personal que en parte labora bajo la modalidad de terceros, lo que no se asegura su continuidad laboral.
- Equipos informáticos deficientes para la ejecución de los procesos del SIS.

Por estas razones la gerencia responsable en el SIS, ha determinado como estrategia en la gestión del proceso restringir ciertos trámites a sus

unidades desconcentradas, y habilitar a los establecimientos de salud sólo ciertos procesos.

El distrito de Ate para el periodo de investigación contaba con 18 establecimientos de salud⁴² del primer nivel de atención, los cuales en su totalidad están habilitados con los accesos informáticos que les posibilita afiliar a la población al SIS gratuito.

Como se explicó anteriormente en relación al desconocimiento de la población sobre el trámite de afiliación, el trabajo de campo identifica también que a este desconocimiento se suma el referido a la diferencia entre los trámites de afiliación de uno u otro tipo de seguro SIS. Los resultados hallados indican que el 80% de la población encuestada (de un total de 267 personas) desconocen que existe diferentes tipos de seguros SIS. Porcentaje que junto al 67.4% de encuestados que indican “no conocer” o “tener sólo alguna referencia” del trámite de afiliación, dan cuenta de limitaciones en la estrategia de comunicación por parte del SIS de sus procesos de afiliación y tipos de seguros. Se aborda más sobre el tema en el punto correspondiente a la percepción de la población sobre los procesos del SIS.

4.1.2.4. Metas de cobertura.

En el diseño, implementación y ejecución de políticas y/o programas es imprescindible determinar y operacionalizar de forma concreta los términos de meta y cobertura, que posibiliten orientar la ejecución de las actividades y su evaluación.

La *meta* entendida como la cuantificación de un objetivo (generalmente en porcentajes) alcanzable en un determinado plazo de tiempo; y, la

⁴² 19 establecimientos de Salud del 1° Nivel subdivididos en: Nivel I-2 Establecimiento “La Fraternidad”, “Ate”, “Centro de Salud Mental Comunitario Santa Rosa de Huaycán”, “Amauta”, “Fraternidad Niño Jesús Zona X”, “Túpac Amaru”; Nivel I-3 “Señor de los Milagros”, “Gustavo Lanatta”, “El éxito”, “Fortaleza”, “El bosque”, “Micaela Bastidas”, “Salamanca”, “San Antonio”, “Santa Clara”, “Manylsa”, “Alfa y Omega”, “Horacio Zevallos”; y Nivel I-4 “San Fernando”. Fuente: Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – SUSALUD. Consultado: 18 de marzo de 2020.

cobertura como la proporción entre la población que tiene una necesidad y es beneficiaria de un servicio, y la población total que tiene dicha necesidad (Cohen y Franco 1988: 90), representan conceptos fundamentales para entender el alcance del SIS y el cumplimiento de sus objetivos institucionales en relación al proceso de afiliación.

La información sobre las metas de cobertura y su cumplimiento se ubicó en los documentos institucionales PEI 2014–2016 y 2017–2019, y sus respectivos Informes de Evaluación y Análisis del PEI para cada periodo.

Sobre la revisión y análisis de estos documentos, se precisan algunos puntos:

- En ambos documentos, 2014-2016 y 2017-2019, el incremento de la población asegurada al SIS, se muestra como uno de los principales objetivos estratégicos institucionales del SIS.
- En el PEI para el periodo 2014-2016, se habla de este objetivo estratégico en general en términos de redacción, pero no se presenta metas en términos de porcentaje para los años que comprende. Situación contraria en el PEI 2017-2019, donde sí se presenta metas por cada año, mencionando la línea base 2015 como punto de partida.
- El informe de evaluación del PEI 2014-2016 presenta los avances en la afiliación al SIS a nivel nacional, por años y en porcentajes desde el 2010 hasta el 2016, pero al no contar con metas su PEI, no se pudo determinar si se cumplió con el objetivo estratégico institucional por lo menos en la relación de un año a otro.
- El informe de evaluación del PEI 2017-2019 disponible es el que corresponde a la evaluación hecha hasta el 2018, por lo que no se contó con información para el 2019. Se considera que el análisis de ese año debió realizarse entre fines del 2019 e inicios del 2020, pero el inicio de la pandemia por el Covid19 retrasó su elaboración.

- El informe de evaluación del PEI 2017-2019 presenta los avances en relación al incremento de la población afiliada al SIS por año y en porcentajes, lo que posibilita la comparación con las metas establecidas en su PEI. Los resultados obtenidos y su comparación, determinan que el SIS no logró cumplir con las metas establecidas para el 2017 y 2018.
- Lo antes mencionado en relación al incremento de la afiliación como objetivo estratégico institucional y/o el establecimiento de metas de cobertura, sólo se presenta a nivel nacional. Esta investigación no halló información a nivel departamental o distrital.

Las metas de cobertura y los resultados logrados, fueron los siguientes (Ver tabla N° 4.5):

Tabla N° 4.5: Metas de cobertura de afiliación al SIS, 2016 – 2019.

AÑO	POBLACIÓN OBJETIVO ⁴³	POBLACIÓN AFILIADA AL SIS	PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL SIS 2014 - 2016		PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL SIS 2017 - 2019	
			Meta propuesta	Resultado logrado según informe de evaluación	Meta propuesta	Resultado logrado según informe de evaluación
2015	31 151 643	16 773 115	NO REGISTRA	53.8%	76%	NO REGISTRA
2016	31 488 625	17 092 691	NO REGISTRA	54.3%	78%	NO REGISTRA
2017	21 237 764	16 501 939	-	-	80%	76.52%
2018	21 237 764	17 375 345	-	-	82%	81.81%
2019	-	-	-	-	84%	-

Fuente: Elaboración propia en base al PEI SIS 2014-2016 y PEI SIS 2017-2019, y sus respectivos informes.

La diferencia en las proporciones de población afiliada al SIS se debería a que en los años 2016 y posteriores, la institución fortaleció su proceso de verificación sobre la tenencia de otro seguro de salud de los ya afiliados,

⁴³ El informe de evaluación PEI 2017-2019 presenta la misma cantidad de población para el 2017 y 2018. En el documento se argumenta que representa la población objetivo con clasificación de pobre y pobre extremo, más la población que no cuenta con un seguro de salud.

por lo que varias afiliaciones fueron dadas de baja, reduciendo así la filtración de personas que no cumplen con los requisitos de afiliación.

El PEI 2017-2019 presenta metas incluso como línea de base para el 2015 en términos porcentuales, pero no especifica en cifras totales. Lo que sí ocurre en el informe de evaluación, pero este se centra sólo en lo que corresponde al 2017 y 2018.

Finalmente, respecto a la tabla N° 4.5 este se presenta con fines expositivos más no dan cuenta sobre los avances en cuanto al cumplimiento de las metas de cobertura por parte del SIS para el periodo que considera la investigación (2016-2019). Si bien el informe del PEI 2014-2016 presenta resultados porcentuales en cuanto a la afiliación al SIS, y el PEI 2017-2019 hace mención a las metas de cobertura desde el 2015 –metas que no están expuestas en el documento que le corresponde– estos datos no podrían ser comparados ya que ambos textos determinan de forma diferente su población objetivo, lo que repercutiría en la asignación de metas de cobertura.

La tabla si da cuenta que para el 2017 y 2018 no se logró cumplir con las metas propuestas en relación al incremento de la población afiliada. El documento concluye sí haber logrado las metas en este tema, pero el análisis y la comparativa entre lo propuesto y lo logrado no corrobora dicha conclusión.

La claridad de metas y su cumplimiento, como señala Eugenio Lahera y demás autores citados en relación a las características que ayudan al éxito de las políticas, resultan necesarias tanto para orientar de forma adecuada el trabajo de la institución, como para desarrollar el proceso de control y evaluación con el objetivo de la mejora continua.

La investigación identificó que, si bien los documentos institucionales establecen metas en relación al avance del incremento de la población afiliada al SIS como parte de la política de aseguramiento universal, no

hay uniformidad en el establecimiento de estas. Los documentos analizados si dan cuenta de la claridad del objetivo estratégico del SIS sobre el avance del proceso de afiliación, pero no hay correspondencia entre la población que se considera objetivo y las metas establecidas para cada periodo.

De forma complementaria resulta necesario mencionar los cambios en relación al proceso de afiliación surgidos a finales del 2019, que no siendo parte del periodo de esta investigación propiamente, definirán el establecimiento de metas de cobertura en los siguientes años.

Para fines del 2019 el gobierno central emite el Decreto de Urgencia N° 017-2019, con el cual se crea el SIS PARA TODOS en el marco del avance de la política de Aseguramiento Universal en Salud. Este tipo de seguro pertenece al régimen subsidiado contando con una cobertura básica (sólo PEAS), siendo también un seguro gratuito al cual puede ingresar cualquier persona que no tenga un seguro de salud independientemente de si es pobre o no. Con este seguro se complementa el SIS Gratuito con el cual se espera llegar a la totalidad de la población con miras al aseguramiento universal, pero con grados distintos de cobertura financiera en la atención médica.

Al emitir este decreto y entrar en vigencia el SIS para todos, se da una campaña masiva de afiliación automática de la población, mediante el cruce de datos entre la Reniec, el SIS, Susalud, entre otros, con el cual crece en gran medida el porcentaje de personas afiliadas al SIS a nivel nacional⁴⁴. Este proceso de afiliación automática y la creación de este nuevo tipo de seguro SIS, redefinirá la formulación de metas de cobertura más específicas y complejas a partir del 2020.

⁴⁴ Para fines del 2019, según la Memoria Anual del mismo año, el SIS contaba ya con 20 187 222 personas afiliadas a algún seguro de esta institución, representando el 96.07% de la cobertura de la población objetivo. Fuente: Memoria Anual 2019 - RJ 042-2020.

4.1.2.5. Recurso humano.

“Los recursos son el stock que se ha provisto para la realización de una actividad, con la que se espera obtener determinados productos y alcanzar los objetivos de un proyecto” (Cohen y Franco 1988: 86).

Estos recursos imprescindibles para el cumplimiento de las actividades propuestas pueden ser humanos, financieros, y tecnológicos. Esta investigación se centró en el análisis del recurso humano en el diseño del proceso de afiliación, ya que en términos financieros como se expuso al inicio de este capítulo, no existe partidas financieras exclusivas destinadas a este proceso sino partidas destinadas en general a los procesos de promoción, atención y afiliación al SIS. Respecto al recurso tecnológico no se halló información.

El Manual de Organización y Funciones del SIS (MOF) presenta la cantidad de personal por áreas, según perfil y funciones. El recurso humano vinculado al proceso de afiliación a la fecha de investigación es:

Gerencia del Asegurado (GA). Según el cuadro de asignación de personal, esta gerencia cuenta con (1) Sub Gerente de Afiliaciones, y (3) Profesionales de afiliaciones. La labor de afiliación se apoya también con los profesionales de otras áreas de la misma gerencia, a quienes se les habilitó el acceso de afiliación por tener entre sus funciones la atención de la población.

Gerencia Macro Regional Centro Medio (GMR CEN MED). Cuenta con un (1) profesional responsable del proceso de afiliación en la jurisdicción, que involucra la asistencia técnica a las UDR y OAA en este tema. En las oficinas de esta gerencia se cuenta con (2) asesores de servicio que atienden y afilian a la población que acude a ella. Se cuenta también con el apoyo de profesionales vinculados a la atención de la población, quienes fueron habilitados de igual forma con accesos.

Unidad Desconcentrada Regional Lima Metropolitana Este (UDR Lima Este). Cuenta con un (1) profesional encargado de los procesos de afiliación en la jurisdicción, quien brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud del ámbito de influencia de esta UDR.

Oficina de Atención al Asegurado (OAA). Los profesionales del SIS informan que por cada OAA se cuenta con 2 asesores de servicios que tienen entre sus funciones la afiliación al seguro. Al haber 3 OAA a nivel de Lima se cuenta con 6 asesores encargados de este proceso en su jurisdicción. Los asesores reciben asistencia técnica de parte de la UDR de la zona, la GMR CEN MED, e incluso de la gerencia central (GA).

A parte de contar con estos asesores distribuidos en tres puntos estratégicos a nivel de Lima, debe considerarse también la participación de profesionales habilitados para la afiliación en los establecimientos de salud del distrito, con lo cual se expande la red de puntos de afiliación en base a la jurisdicción.

El cuadro de asignación de personal nos da una idea de cuantas personas están encargadas de este proceso en las distintas oficinas, pero no se halló información exacta de cuántos profesionales fueron habilitados con el acceso informático para la afiliación, ya que este fue cambiando según las necesidades y circunstancias al haber oficinas que participan del proceso de atención a la población.

Esta investigación identificó también que la cantidad actual de trabajadores vinculados al proceso de afiliación no va acorde a la demanda en el marco de la política de aseguramiento universal. El directivo de la GA menciona que la cantidad de personal no ha sufrido mayor variación desde el surgimiento de la política. Esta situación – menciona– ha aumentado funciones y responsabilidades en el personal, que sin duda ha tenido que adecuarse a los cambios.

A partir de esta situación, se concluye que la disponibilidad de recurso humano para llevar adelante el proceso de afiliación, ya sea directamente afiliando o brindando asistencia técnica sobre este proceso a las diversas oficinas o a los establecimientos de salud de la zona, debe ser suficiente y acorde a la demanda por dos razones: evitar la sobrecarga laboral del personal, y para que los procesos se desarrollen de forma eficiente.

4.1.2.6. Evaluación del proceso de afiliación al SIS.

Otro proceso fundamental en el diseño de una política viene a ser la etapa de evaluación, mediante el cual la organización recoge información sobre el desarrollo de las actividades previamente establecidas para que los tomadores de decisiones, en base a su análisis, determinen mejoras o cambios (Olavarría 2007: 32).

Para el caso de la afiliación al SIS, se identifica que la evaluación del proceso se desarrolla de forma vertical y sistémica, empezando por su órgano de línea la GA, llegando a los últimos niveles en la estructura orgánica de la institución a través de sus órganos desconcentrados.

La información sobre la evaluación del proceso de afiliación, fue obtenida a partir de las entrevistadas realizadas a los operadores del SIS. Esta evaluación se desarrolla de la siguiente manera:

Gerencia del Asegurado (GA). Realiza supervisiones periódicas tanto a nivel local como nacional, a las Gerencias Macro Regionales (GMR) y demás unidades de menor nivel. Estos procesos de supervisión incluyen reuniones con los establecimientos de salud, para recabar información en cuanto al desarrollo del proceso en la zona.

Los entrevistados informan que estos viajes de supervisión por problemas presupuestales no pueden realizarse a todas las regiones a nivel nacional, por lo cual se consideran algunas de estas como muestras representativas.

Gerencia Macro Regional (GMR). Recopila información de forma mensual y mediante reportes sobre la ejecución del proceso de afiliación tanto a nivel de las UDRs de su jurisdicción como de las OAA. Realizan visitas a las unidades mencionadas y a los establecimientos de salud de su jurisdicción. Realizada la recolección de datos la consolidan para elaborar reportes y enviarlos a la GA para su procesamiento.

Unidad Desconcentrada Regional (UDR). Como unidad de menor nivel, brinda asistencia técnica y realiza visitas de supervisión a los establecimientos de salud para la evaluación del proceso. La UDR consolida dicha información y la remite a su respectiva GMR.

Oficinas de Atención al Asegurado (OAA). Finalmente, esta oficina reporta su producción de afiliaciones realizadas durante el mes. Estos reportes incluyen informes en los que recomiendan o presentan casuísticas sobre el proceso de afiliación, y son derivados a la UDR de la zona o a la GMR según su jurisdicción.

Como se expone, la recolección de datos se realiza en cadena desde la GA hasta las UDR y OAA. Estos últimos proveen la información para que los decisores a nivel de la GA planifiquen los cambios y mejoras necesarias.

Los profesionales de la GA señalan que las principales limitaciones al momento de realizar la evaluación del proceso, están vinculadas al tema presupuestal y al ámbito de influencia del SIS. Señalan que lo ideal sería llegar a cada establecimiento de salud de la zona, para identificar oportunamente las limitaciones en relación a la ejecución del proceso, por lo que sólo se realiza visitas según muestreo y se complementa mediante los reportes de las unidades desconcentradas.

Al hablar del diseño del SIS y su proceso de afiliación, el análisis de los hallazgos determina que hay claridad en la definición estratégica tanto a nivel de la institución como del proceso en sí mismo. La visión, misión y

objetivos institucionales orientan la labor del principal órgano de línea responsable de este proceso, como también de las unidades de menor nivel.

De igual forma hablando de diseño, la estructura institucional posibilita la acción y el alcance en cuanto a la ejecución de procesos y la asistencia técnica a los establecimientos de salud, que son los espacios donde se desarrollan in situ las afiliaciones al seguro.

El proceso de afiliación al SIS está claramente definido en su cadena de valor, con la determinación de proveedores, entradas, procesos, salidas y destinatarios, esto desde el enfoque de procesos donde se tiene al ciudadano como objeto del servicio y destinatario final.

Si bien el diseño de la institución y su proceso de afiliación muestran una definición estratégica clara sustentada en la reforma de salud –como se explicó al inicio de este capítulo– a partir del análisis de la información se identificaron limitaciones que afectan el cumplimiento de los objetivos institucionales en cuanto a la reducción de la brecha de cobertura.

El primero vinculado a las metas de cobertura. Los documentos institucionales presentan cifras en relación al avance del aseguramiento de la población a nivel nacional, pero la investigación no halló metas a nivel local. Se halló información que analiza las metas propuestas y los resultados logrados, sólo a nivel nacional y para los años 2017 y 2018.

El segundo vinculado al recurso humano. El SIS tiene un cuadro de asignación de personal elaborado el 2015, y según informaron los entrevistados, la cantidad de personal no ha tenido mayor variación en los últimos años pese a la demanda creciente en relación a la política de aseguramiento y el aumento poblacional. Si bien el personal ha sabido adaptarse a esta situación, la reconocen como problemática en el SIS.

4.2. Implementación y evaluación del proceso de afiliación al SIS en Ate.

La implementación de una política representa la puesta en marcha de lo establecido previamente en el diseño de la misma. Los procesos, recursos y herramientas se aplican conjuntamente con los actores involucrados en el diseño, con miras a lograr los objetivos propuestos.

Así como en el diseño de una política se cuenta con factores o características que contribuyen a la calidad de su propuesta, en la implementación de igual forma se cuenta con factores que considerados y trabajados adecuadamente, ayudan a la correcta ejecución de este proceso. Julio A. Villapando Guerreiro en su publicación “La implementación de Políticas Públicas”, hace referencia a estos factores críticos –como los llama– divididos en dos dimensiones: la Dimensión Administrativa (que incluye los diferentes recursos de la institución), y la Dimensión Política (referida a un buen diseño y comunicación; coordinación entre instancias; negociación con actores; entre otros) (Villalpando s/f: 43).

El éxito de la implementación y ejecución se asegura identificando de forma adecuada estos factores, en comunicación y consenso con los que forman parte del equipo ejecutor como también con los aliados estratégicos institucionales. La identificación oportuna de estos factores debe realizarse en el transcurso de la implementación y la etapa de evaluación, para corregir aquellos que no estén en sintonía con los procesos.

Este punto de la investigación aborda diversos aspectos relacionados a la implementación, ejecución y evaluación del proceso de afiliación, enfocados al trabajo de las unidades del SIS como también al papel de los establecimientos de salud.

Por razones ya expuestas, de los 18 establecimiento de salud (Nivel 1) del distrito de Ate, sólo se puede acceder de forma independiente a

información de 6 de ellas, la cual se empleó para el análisis del presente punto. Por razones de confidencialidad del personal que voluntariamente brindó información sobre estos temas, no se nombra los establecimientos ni al personal sino únicamente la oficina a la que pertenecen.

4.2.1. Implementación del proceso de afiliación.

Se analiza el proceso de implementación mediante el abordaje de determinados componentes involucrados en el proceso de afiliación al SIS en Ate, como son: los recursos empleados para el proceso; las actividades de fortalecimiento de capacidades; la difusión y promoción del proceso en la zona de estudio; el papel de la UDR Lima Metropolitana Este, así como las OAA cercanas al ámbito de estudio; finalizando el análisis con el papel de los aliados institucionales involucrados en el proceso.

4.2.1.1. Recurso humano y financiero en la implementación del proceso de afiliación.

“La capacidad de implementar políticas puede verse entorpecida por factores tales como la sobrecarga de trabajo y la preparación deficiente del personal, la insuficiencia de información y de recursos financieros, las restricciones de tiempo” (Aguilar 2000: 19).

Como expone Luis Aguilar Villanueva, la correcta implementación de una política está ligada a la capacidad organizativa del implementador. En el caso del SIS y como el diseño del proceso de afiliación expone, la implementación de este queda a cargo de la GA, las GRM y las UDR, las cuales a partir del presupuesto obtenido del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), llevan adelante este proceso. Es así que la capacidad organizativa de esta gerencia y sus órganos desconcentrados, en relación a la cantidad de personal y recursos financieros, está determinada por la disponibilidad presupuestal de la institución como parte del sector salud.

La GA, Gerencia Macro Regional Centro Medio, y OAA

Esta investigación identificó para el periodo de estudio que la cantidad de profesionales que conformaban la GA y sus órganos desconcentrados no variaron, situación que no corresponde a la demanda actual por parte de la población que busca información y requiere de un seguro de salud, como lo expuso un directivo del SIS:

“En el 2016, teníamos 13 a 14 millones de asegurados, ahora tenemos 21 millones (...) las capacidades [del equipo] han crecido, la experiencia nadie lo duda, los conocimientos, los saberes, pero son el mismo número de personas a cargo (...). Mantener el mismo número, que creo que se mantiene desde el 2012, 2011, cuando la población asegurada era la mitad de lo que es actualmente, no ayuda sinceramente” (Profesional de la GA).

La situación muestra una sobrecarga de trabajo en la GA representando un factor crítico. La capacidad organizativa en el caso de esta gerencia, se ha visto rebasada por el incremento poblacional, así como por los avances en relación al reconocimiento de los derechos en salud y la política de aseguramiento universal, por lo que se demanda y se ha posibilitado mayor acceso a los seguros de salud.

Si bien el entrevistado expone que su equipo ha ganado experiencia y conocimiento en sus funciones, y afrontaron la situación atendiendo la demanda actual de la población y las disposiciones jefaturales, aparte de caer en la sobrecarga laboral, se estaría generando lo propuesto por Kaufman citado por Luis Aguilar: “Al enfrentarse con exigencias que no puede satisfacer (el subordinado), desarrollará sus propias políticas para manejar la situación. El problema consiste en que sus políticas rara vez coinciden con las de los jefes” (2000: 19).

El profesional entrevistado de la GA señaló que presentaron en reiteradas ocasiones su solicitud de incremento de personal a la jefatura

institucional, pero por temas presupuestales no ha procedido dicha solicitud. Se implementó el apoyo de personal legal en la condición de contrato por “terceros”, pero su inestabilidad laboral por el tipo de contrato no asegura la continuidad de su trabajo.

La investigación recogió de igual forma información al respecto del órgano desconcentrado regional: la GMR CEN MED, y las OAA de Lima.

El profesional responsable del proceso de afiliación en la GMR CEN MED, informó que para el periodo de investigación (2016 - 2019) la cantidad de personal en la gerencia no ha variado, contando con 2 profesionales en esta sede encargados de este proceso, y con otros 2 en cada OAA (del Hospital de Huaycán, Hospital de Emergencias Pediátricas, y del Hospital de Apoyo María Auxiliadora), sumando un total de 8 profesionales sólo a nivel de estas oficinas del SIS para la zona de Lima. La OAA de Huaycán con sus 2 profesionales, brinda atención a la población de Ate.

Si bien la demanda de la población y los cambios continuos en relación al aseguramiento universal (como la creación del nuevo seguro SIS PARA TODOS, por ejemplo), rebasan la capacidad operativa del SIS, el contar con los establecimientos de salud como aliados estratégicos en este proceso, posibilita la ejecución de este.

“Si el SIS sólo asumiría esta gran responsabilidad de la afiliación, definitivamente faltaría mucho personal, pero tenemos el apoyo de los hospitales, quienes realizan [también] las afiliaciones (...)” (Profesional de la GMR CEN MED).

Esto confirma la necesidad de contar no sólo con capacidad organizativa en el mismo equipo que implementa la política, sino también con aliados que ayuden en la ejecución del proceso y que estén principalmente, como en el caso de los establecimientos de salud, en contacto directo con la población objetivo.

Finalmente, los profesionales de las OAA confirman el papel de los establecimientos de salud en la afiliación al SIS. Estas oficinas aparte de

afiliar a las personas que acuden a ellas, brindan asistencia técnica sobre el proceso al personal de los hospitales en los que se encuentra la oficina, como también a los establecimientos de salud que se comunican con ellos. En las entrevistas se reconoce la necesidad de implementar personal, con horarios diferenciados en las OAA que tengan mayor demanda de atenciones. Tanto los profesionales de la GA y la GMR CEN MED, reconocen que la OAA del Hospital Huaycán (el cual tiene como jurisdicción Ate) es la que mayor demanda y producción de atenciones registra mensualmente.

En relación al recurso financiero dedicado a la implementación del proceso de afiliación, tal como se expuso la GA y sus órganos desconcentrados no cuentan con una partida dedicada a este proceso, sino que el presupuesto total asignado a la gerencia central se reparte en distintas actividades, entre las administrativas y actividades de promoción, afiliación y atención de la población. Tanto la GA, como las GMR y las UDR cuentan con presupuesto propio, a diferencia de las OAA que están sujetas al aprovisionamiento de recursos por parte de las GMR.

Los profesionales de la GA y la GMR CEN MED entrevistados, informaron que la institución brinda el presupuesto necesario para llevar a cabo las distintas actividades programadas anualmente, entre ellas las referidas a la supervisión y control del proceso de afiliación, pero siempre con las limitaciones del caso como toda entidad pública al hablar de gasto presupuestal.

Para finalizar el análisis sobre los recursos y la situación presupuestal de las oficinas del SIS, resulta importante mencionar lo expuesto por los entrevistados de la GA, quienes hablaron de la necesidad de un incremento salarial acorde a las responsabilidades incrementadas en los últimos años de los colaboradores de la institución. Esta necesidad fue igualmente presentada a la jefatura institucional, pero a la fecha no se cuenta con respuesta favorable a esta.

“Con frecuencia el problema de los sueldos y salarios del sector público es más de estructura que de insuficiencia. Es necesario corregir las distorsiones que se presentan en su interior, así como la distancia que a veces persiste con la remuneración en funciones comparables del sector privado (...)” (Lahera 1994: 40).

Al hablar de recursos humanos y financieros en la implementación del proceso de afiliación en Ate, esta investigación identifica dos factores que a mediano o largo plazo representan limitantes en la correcta ejecución de este proceso: el primero vinculado a la necesidad de mayor personal en espacios estratégicos con alta demanda por parte de la población, y el segundo vinculado a la posibilidad del incremento salarial o dotación de incentivos para el personal, que motivarían el desempeño en su labor sin caer en “el desarrollo de sus propias políticas para manejar la situación”, como señala Luis Aguilar.

Los establecimientos de salud en el distrito de Ate

Los establecimientos de salud representan aliados estratégicos en el proceso de afiliación al SIS. La dotación de personal, materiales y demás recursos para estos establecimientos está a cargo de la Dirección Regional en Salud Lima Este (DIRIS) y el MINSA. El SIS no provee de los elementos mencionados a estas entidades, pero si facilita en ocasiones recursos publicitarios y material informativo, aparte de desarrollar según la necesidad talleres o capacitaciones con el personal de las oficinas de seguros⁴⁵ sobre trámites y procesos del SIS. El desarrollo de estas actividades se puede dar por iniciativa de los propios establecimientos, quienes canalizan su pedido a través de la DIRIS o por el mismo SIS.

⁴⁵ Oficina de Seguros: Oficina que integra la estructura orgánica del establecimiento de salud, con jefatura, mandos medios y personal correspondiente, encargado del trámite de los diversos seguros de salud entre públicos y privados, en relación a su cobertura, reembolso de las prestaciones, auditoría médica, entre otros. En este se tramitan seguros como el SIS, SOAT, seguros universitarios, entre otros.

Si bien el SIS no puede actuar directamente sobre la problemática de los establecimientos de salud, tiene la función de supervisar y monitorear la ejecución del proceso de afiliación en ellos, para así identificar y gestionar las posibles soluciones a los inconvenientes. Esta investigación identificó factores limitantes que son tratados en la propuesta final de este documento.

En principio se consultó al personal de la oficina de seguros, sí consideraban que su establecimiento fue implementado con el personal necesario para ejecutar los procesos de afiliación al SIS, a lo que el 50% del total de encuestados respondió que Sí, y 33% que no. 17% señaló No sabe/No opina. Los motivos del porque NO fueron implementados de forma adecuada, hacen referencia a un tema de gestión sobre la dotación de personal:

“No se hizo, y es necesario porque yo cubro dos centros de salud” (Personal de la Oficina de Seguros).

“No, porque sola tengo que afrontar [las tareas], y a veces me ayuda una ex trabajadora” (Personal de la Oficina de Seguros).

Se indagó al personal sí conocían que su jefatura o superiores solicitaron de forma oportuna la dotación de personal para suplir esta necesidad, a lo que el 100% respondió desconocer sobre el tema.

De igual forma se consultó al personal de estas oficinas, si consideraban que el presupuesto asignado a su establecimiento de salud ha permitido ejecutar las distintas actividades propuestas (entre ellas las del SIS), a lo que el 66.7% respondió que “No” o “No saber” sobre el tema, y el 33.3% señaló que “Si”.

Se concluye que a nivel de los establecimientos de salud, la problemática en cuanto al recurso humano para la ejecución de los procesos del SIS se vincula a la falta de personal. Al hablar del tema presupuestal no hay claridad por parte de los encuestados, lo que indica una comunicación limitada sobre este tema entre la jefatura y el personal.

4.2.1.2. Recursos adicionales: mobiliario y herramientas informáticas.

“Las oficinas de información asisten al público usuario en su derecho a presentar peticiones, sugerencias o reclamos. Deben contribuir a facilitar la atención de quienes realicen gestiones (...). Al respecto, existen condiciones mínimas para transmitir información y orientación, como formularios, planos o mapas, señales o símbolos (...)” (Lahera 1994: 42).

El acondicionamiento de las distintas unidades del SIS resulta importante ya que representan los espacios de conexión con la población y el lugar donde el personal desarrolla sus labores.

La GA, Gerencia Macro Regional Centro Medio, y OAA

Las tres unidades a las que se accedió (la GA, GRM CEN MED, y OAA) mencionan el retraso esporádico en la implementación de las oficinas, principalmente al hablar de materiales de escritorio y recursos informativos (como folletos, trípticos, entre otros). Año tras año se realizaron requerimientos de material e implementación de determinado mobiliario, los que se atendieron con retraso de meses, un año, o más⁴⁶.

Los requerimientos se derivan a las áreas administrativas respectivas siguiendo el flujo regular en el sector público, condicionado a la disponibilidad presupuestal de cada entidad. Este trámite burocrático causa que la implementación de las oficinas no se realice oportunamente.

Los profesionales entrevistados y quienes ejecutan el proceso de afiliación in situ, resaltan la necesidad de materiales que ayuden a la promoción de los servicios de la institución, como materiales informativos y productos publicitarios (merchandising), condiciones mínimas para transmitir información y orientación.

⁴⁶ Como el caso de la compra de sillas ergonómicas de escritorio, o la implementación de aire acondicionado para una OAA, la cual en verano sufría de altas temperaturas por el tipo de construcción del ambiente.

“(…) hay tiempos en los que nos dan merchandising, entonces cuando se hace las afiliaciones, las sesiones educativas, entregamos y la gente se informa mejor (…), lamentablemente eso es limitado, no siempre te dan esos materiales. Te las dan sólo un par de veces al año (…)” (Profesional de la OAA).

La implementación oportuna, ya sea de materiales, recursos humanos o económicos, de los espacios donde se presta el servicio a la población, es el ideal de toda organización centrada en la atención con calidad, oportunidad e inclusión, y más en el sector público donde se trabaja bajo el enfoque de derechos. La normativa y los flujos de compra en el estado, en ocasiones representan una traba más que una oportunidad para la atención adecuada de la población.

Los establecimientos de salud en el distrito de Ate

Al consultar al personal de la Oficina de Seguros sobre si consideraban que su establecimiento de salud fue implementado con el mobiliario, herramientas informáticas, y materiales mínimos requeridos para llevar a cabo el proceso de afiliación, el 50% de encuestados respondió que “Sí”, mientras que el 50% restante señaló que “No” o “No sabe/No opina”.

Entre las respuestas de los que respondieron afirmativamente se encuentran:

“Sí se implementó porque necesitamos dichas herramientas para hacer un buen trabajo” (Personal de la Oficina de Seguros).

“Sí, porque cada dos años se renuevan las computadoras” (Personal de la Oficina de Seguros).

Se consultó también al personal de estas oficinas mediante una pregunta abierta sobre que recursos (mobiliario, herramientas informáticas, y materiales) debieron implementarse para mejorar el proceso de afiliación al SIS, obteniendo los resultados expuestos en la tabla N° 4.6.

El 50% de las respuestas priorizan el equipo de cómputo, seguido de materiales informativos y/o un ambiente o espacio adecuado. Resulta necesario implementar de equipos informáticos –o renovarlos en todo caso– no sólo los establecimientos de salud, sino toda oficina involucrada en el proceso de afiliación considerando que a la fecha los trámites en su mayoría se realizan digitalmente. Los procesos de verificación, registro, acreditación, entre otros, se realizan en tiempo real para lo cual se requiere un equipo de cómputo no sólo en buenas condiciones, sino con conexión a internet para la ejecución de estos y brindar así una respuesta rápida a los requerimientos de la población.

Tabla N° 4.6: Recursos necesarios para mejorar el proceso de afiliación.

RECURSOS	RESPUESTAS
Equipo de cómputo	50.0%
Mobiliario	10.0%
Folletos/afiches	20.0%
Ambiente/espacio adecuado	20.0%
TOTAL	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la necesidad de estos recursos, se consultó al personal si durante el periodo que comprende esta investigación (2016-2019) el establecimiento de salud informó oportunamente esta necesidad a la institución competente, el 66.7% de los encuestados respondió que “Si” mientras que el 33.3% respondió “No sabe/No opina” sobre el tema.

Finalmente, a este porcentaje que señaló que “Si” se informó sobre estas necesidades se le consultó sobre la efectividad de estos informes realizados a la entidad competente, a lo que el 75% de ellos respondió que “Si” resultaron efectivas ya que se logró lo solicitado, mientras que el 25% restante respondió “No sabe/No opina” al respecto.

“Sí se implementó, porque en enero del presente año [2020] nos trajeron una impresora” (Personal de la Oficina de Seguros).

“Sí, porque nos facilitaron computadoras nuevas” (Personal de la Oficina de Seguros).

A diferencia de cuando se consulta sobre la provisión de personal a los establecimientos, al consultar sobre la dotación de otros recursos también necesarios, se identifica que los establecimientos cuentan con los requerimientos mínimos para desempeñar el proceso de afiliación. El 50% de ellos afirma tener la implementación mínima. Se identifica también que una parte importante del personal de esta oficina (el 66.7% del total de encuestados) considera se hizo el requerimiento de estos recursos de forma oportuna.

En definitiva, al analizar la problemática de los establecimientos de salud en relación a la implementación necesaria para la ejecución de los procesos del SIS, se identifica que esta está vinculada a la insuficiencia de personal más que otro tipo de recursos también necesarios.

4.2.1.3. Actividades de fortalecimiento de capacidades.

“La eficiencia de la implementación exige que las normas y los objetivos de un programa sean comprendidos cabalmente por los individuos a quienes corresponde su relación” (Aguilar 2000: 20).

Como se expone en esta investigación, la claridad en la comunicación de objetivos, contenidos y procesos al equipo encargado de la implementación de la política, resulta fundamental para asegurar o acercarse en lo posible al logro de los resultados esperados.

El presente punto aborda el desarrollo de las actividades de fortalecimiento de capacidades por parte de la GA a sus órganos desconcentrados, considerando que estas tienen como fin reforzar y

renovar los conocimientos del personal sobre los procesos del SIS, los cambios en la normativa, los objetivos y metas institucionales, entre otros. Para el caso de los establecimientos de salud, se indagó sobre la realización de estas por parte de la Dirección Regional en Salud (DIRIS), el SIS, u otra entidad vinculada a la política de aseguramiento universal.

La GA, Gerencia Macro Regional Centro Medio, y OAA

Al consultar a los profesionales de la GA de si cuentan con un plan de fortalecimiento de capacidades del personal en relación a los procesos de afiliación, señalan que no hay un plan específico para este tema. Se cuenta con un plan por parte de la oficina de Recursos Humanos del SIS, para todos los trabajadores de la institución que abarca diversos temas entre ellos el de afiliación. En caso la GA requiera actividades de capacitación, lo solicita a dicha oficina para que, en el marco de su plan, ejecute y desarrolle las actividades solicitadas.

Personal de la GA señala que para el periodo de investigación (2016 – 2019)⁴⁷, anualmente se estuvo realizando capacitaciones sobre los procesos de afiliación a determinados trabajadores, quienes encabezan los equipos de afiliadores o al personal encargado del proceso en determinada oficina. Las capacitaciones se realizaban con dicho personal, quienes luego debían replicar la información a su equipo. Se desarrollaron de esta manera por cuestiones de tiempo y capacidad operativa.

El directivo de la GA señala que lo ideal sería contar con un plan de capacitaciones a los establecimientos de salud, para mejorar y facilitar la atención de la población, pero por inconvenientes en la modalidad de contrataciones del personal en el sector público, este no es sostenible:

⁴⁷ La investigación identifica el 2019 (últimos meses) como uno de los años en los que se realizó la mayor cantidad de capacitaciones, y esto a causa de la creación del nuevo seguro “SIS para todos”.

“Hay un problema que es muy importante, pero a veces no se asume por el Ministerio de Salud como ente rector. Es la tremenda rotación del personal en los establecimientos (...) un plan de capacitación no es posible llevar a cabo de forma satisfactoria, trimestral, semestral y menos anual, cuando tienes que repetir procedimientos dos o tres veces en el mismo año a la misma oficina de seguros (...)” (Directivo de la GA).

La encuesta aplicada a los establecimientos de salud de Ate confirma la rotación frecuente del personal responsable de los procesos del SIS en cada establecimiento. Este se obtuvo al preguntar al personal de la oficina de seguros sobre su tiempo de servicio en el establecimiento, a lo que el 66.7% del total de encuestados señaló tener entre 1 a 2 años laborando, el 16.7% entre 5 a 6 años, y el 16.7% restante de 9 años a más. Más de la mitad del personal que labora en estas oficinas, tiene un tiempo relativamente corto en su establecimiento.

Finalmente, la investigación identifica una limitante ya expuesta de forma reiterada, en este caso relacionada a la ejecución de las actividades de fortalecimiento de capacidades para el personal:

“Por la cantidad de personal no nos damos abasto, porque nosotros mismos los desarrollamos [los organizan], nosotros mismos somos los ponentes, los que damos la asistencia técnica, la capacitación; y las actividades que se desarrollan en la gerencia [el trabajo diario] igual siguen corriendo; entonces, no tenemos el personal suficiente para programar más actividades de capacitación, de supervisión, porque si no dejaríamos la oficina vacía” (Profesional de la GA).

Nuevamente viene a colación la necesidad de implementar más personal que posibilite en este caso, la ejecución de actividades que la gerencia no realiza por limitaciones de personal y sobrecarga de labores. La

insuficiencia de personal al hablar del éxito en la implementación de las políticas, puede entorpecer el logro de los resultados (Aguilar 2000: 19).

Al entrevistar a los profesionales de las OAA sobre su participación en las actividades de capacitación, responden lo expuesto por el personal de la GA: que estas actividades se enfocan principalmente a los responsables de las oficinas desconcentradas (la GRM CEN MED o las UDR) quienes luego socializan la información en sus zonas. Los entrevistados no cuestionan esta modalidad de capacitación, pero si observan que en ocasiones la información les llega incompleta, a destiempo, o sólo por medio de correos o memorándums, lo que no iguala el recibir una capacitación presencial o virtual donde pueden absolver sus dudas y consultas.

Los entrevistados señalan que en promedio recibieron una capacitación al año sobre los procesos del SIS, y este fue de forma virtual. Sugieren se aumente la frecuencia de estas capacitaciones y se varíe entre sesiones virtuales y presenciales, ya que las sesiones virtuales a veces son interrumpidas por la población que acude a sus oficinas solicitando atención, y esto por realizarse siempre en horario de oficina.

La investigación determina que a la necesidad de personal se suma la necesidad de desarrollar actividades de capacitación a los operadores del proceso de afiliación, quienes demandan más de estas actividades y en condiciones que posibiliten la solución de dudas y consultas. Se acepta que sean de forma virtual por ser temas teóricos en general, pero que se realicen de forma presencial y en un ambiente distinto a su centro de labores –en una situación sin pandemia– resultaría más eficaz.

Los establecimientos de salud en el distrito de Ate

Al consultar al personal de la oficina de seguros de los establecimientos sobre la frecuencia con que se realizan actividades de fortalecimiento, el 83% de los encuestados indicó que en promedio al año reciben entre 3 a 4 actividades, mientras que el 17% restante respondió de 1 a 2. De las

actividades que se realizan, el 62.5% fueron “charlas”, 25% “talleres” y 12.5% “capacitaciones”.

Mediante una pregunta abierta se consultó sobre qué temas abordaron principalmente las actividades de las cuales fueron parte, obteniendo los siguientes resultados (tabla N° 4.7):

Tabla N° 4.7: Temas abordados en las actividades dirigidas al personal de la Oficina de Seguros.

CATEGORIAS	%
Tipos de seguro SIS	16.1%
Cobertura / exclusiones del SIS	16.1%
Pago de prestaciones SIS al establecimiento de salud	16.1%
Derechos y deberes del asegurado SIS	16.1%
Afiliación / desafiliación del SIS	12.9%
Modificaciones de la normativa SIS	12.9%
Referencia / contra referencias del paciente	9.7%
TOTAL	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Los encuestados resaltan los temas relacionados a los tipos de seguros SIS, la cobertura de los seguros y los trámites de reembolso por parte del SIS sobre las prestaciones dadas a sus asegurados en los establecimientos de salud. La afiliación al SIS también figura como tema pero en menor proporción, posiblemente por el hecho de que el personal encargado de este proceso no está habilitado para realizar la afiliación a los distintos tipos de seguro SIS, sino únicamente al SIS Gratuito.

Se identifica también que las actividades realizadas para el personal de estas oficinas, el 30.8% de estas las realizó la Dirección Regional en Salud (DIRIS Lima Este); el 30.8% la UDR SIS Lima Este; y el 15.4% fue realizado por la Oficina Central del SIS.

Finalmente, al consultar si consideraban que dichas actividades fortalecieron sus habilidades profesionales para su trabajo, el 100% de los encuestados señaló que “Si”, exponiendo como motivos:

“Las actividades nos ponen a la vanguardia de la información”
(Personal de la Oficina de Seguros).

“Las actividades nos permiten mejorar el manejo de los pacientes, para no pelotearlos y hacer más rápido los trámites”
(Personal de la Oficina de Seguros).

Esta investigación determina que resulta necesario y fundamental mejorar los procesos de capacitación, o en general las actividades de fortalecimiento de capacidades tanto a nivel de los operadores del SIS como del personal que forma parte de estos procesos en los establecimientos de salud. Al tener inconvenientes en la gestión del personal de los establecimientos de salud en relación a su alta rotación, se debe establecer estrategias en coordinación con la Dirección Regional en Salud (DIRIS) o las unidades pertinentes del MINSA, que permitan superar estos inconvenientes y dar continuidad a los procesos de mejora.

La investigación ratifica que la implementación de procesos institucionales, muestra la necesidad de mejorar a nivel de dos dimensiones: la dimensión administrativa, referida a la necesidad de formación del personal que forma parte del proceso; y la dimensión política, entendida como el trabajo conjunto con los aliados estratégicos institucionales para la sostenibilidad de los procesos.

4.2.1.4. Difusión y promoción del proceso.

En la implementación de una política resulta importante también, considerar los mecanismos o estrategias por los que se difundirá y promocionará los procesos o actividades que forman parte de la política. Esta investigación entiende la “difusión” como el proceso de divulgar o promover información general sobre un tema, a través de medios de comunicación de amplio alcance y fácil acceso (spots publicitarios en los

medios televisivos, por ejemplo), y la “promoción” como el proceso de brindar información de forma individual, directa y detallada, sobre temas puntuales de un proceso o asunto (un taller que informe sobre el acceso o manejo de un proceso, por ejemplo) (Suárez 2012: 4).

Estos procesos de difusión y promoción son abordados a partir de la información obtenida de las entrevistas al personal del SIS.

Medios empleados para la difusión del proceso. Entre los identificados se encontró: los spots televisivos, las notas periodísticas, productos publicitarios que se distribuyen a los establecimientos de salud (como banners) o se emplean en las campañas, y principalmente las redes sociales. Estos medios al ser de amplio alcance, se aplican en su mayoría a nivel nacional. Se identificó puntalmente para la zona Este de Lima (que incluye Ate) en el periodo que abarca esta investigación, que se realizó un spot televisivo con el motivo de difundir el trabajo de la OAA del Hospital Huaycán.

Los hallazgos resaltan la relevancia del uso de las redes sociales para la difusión del proceso de afiliación y demás contenidos del SIS, por ser un medio tecnológico emergente, de fácil acceso para la población y de amplio alcance. El SIS al ser una entidad pública y estar sometido a la aplicación de procesos burocráticos en la adquisición de bienes o servicios, el empleo de esta tecnología como medio complementario de difusión resulta conveniente: “Teniendo en cuenta que estos medios son para nosotros muy viables, porque son económicos, no demandan un presupuesto para un tema de comunicación, resultan convenientes por la aceptación que tienen en la población (...)” (Profesional de la GA).

Actividades informativas en el ámbito de estudio. A diferencia de los medios de difusión, las actividades informativas consideradas como medios de promoción sí se realizaron de forma puntual para la zona de Ate y aledaños. Por restricciones de acceso a la información, no se obtuvo información detallada sobre la cantidad y frecuencia en la que se

realizaron estas actividades, por lo que se expone las referencias expuestas por el personal del SIS.

Tanto el órgano de línea (GA) como sus órganos desconcentrados (GMR CEN MED, UDR Lima Este, y OAA) realizaron actividades de promoción en la zona, pero se resalta la labor de la UDR Lima Este y la OAA Huaycán por tener bajo su jurisdicción el distrito de Ate.

Los entrevistados resaltan dos actividades fundamentales que se realizaron en esta zona en relación a la promoción: las campañas de sensibilización y/o afiliación, que en su mayoría se realizan por gestión de la UDR Lima Este y la GMR CEN MED en coordinación con las autoridades locales (como los presidentes de las juntas vecinales) para asegurar la participación de la población; y las sesiones informativas, que se realizan principalmente por el personal de la OAA en su oficina. Estas sesiones informativas consisten en realizar breves charlas grupales, talleres o actividades “uno a uno” con la población.

4.2.1.5. Unidad Desconcentrada Regional Lima Este SIS (UDR Lima Este).

Al no haber podido acceder a este órgano del SIS para la recolección de datos, se expone brevemente la información brindada por los profesionales de la GA sobre las fortalezas y debilidades de esta unidad.

Como se expone en el texto “Fortalecimiento de las oficinas de atención al asegurado del Seguro Integral de Salud”, la creación de las UDR y OAA representaron un acierto al acercar la presencia del SIS a la población, pero representan también desaciertos en relación a la gestión institucional y la atención de la población: “(...) se han identificado factores que lo dificultan: débil proceso de inducción y capacitación a los trabajadores de la OAA; pobre acompañamiento y asistencia técnica por parte de las UDR, GMR y GA del SIS; registros inadecuados y pobre cultura de gestión de la información producida por las OAA (...)” (2019: 233).

Entre las funciones que la UDR tiene en relación al proceso de afiliación, está la asistencia técnica a las OAA y los establecimientos de salud de su jurisdicción, la cual se ejecuta con limitaciones vinculadas a la extensión territorial, la falta de personal y problemas de coordinación: “Es una UDR de bastante población asignada, probablemente por eso no logren abastecerse en la atención de todas sus unidades ejecutoras (...), el problema no es solamente de esa jurisdicción, el desabastecimiento de personal es de varias” (Profesional de la GA).

El trabajo de campo de esta investigación ratifica la problemática expuesta en el párrafo anterior –hablando de la UDR de la zona– identificando dos debilidades principales:

- Débil proceso de capacitación y asistencia técnica a las oficinas o establecimientos de su jurisdicción.
- Insuficiente recurso humano para el cumplimiento de actividades.

Al consultar sobre las fortalezas de esta unidad frente al proceso, los profesionales entrevistados concuerdan en la capacidad de trabajo en equipo que posee la UDR, ya que, a pesar de las limitaciones logran los objetivos propuestos.

4.2.1.6. Oficinas de Atención al Asegurado SIS (OAA).

La principal función de la OAA en relación al proceso es afiliar y desafiliar a la población que acude a sus oficinas. Bajo ciertas condiciones y con autorización de la oficina a la que se adscriben (GMR o la UDR) participan de campañas donde también realizan estos trámites.

En términos de los profesionales de la GA, las OAA han acercado el SIS a la población al tener oficinas en determinados hospitales de Lima con alta demanda de pacientes. Esta investigación identifica que se ha logrado un impacto positivo a tres niveles: el primero vinculado al reconocimiento de la población sobre sus derechos como usuario de los servicios de salud (por las actividades de promoción y defensa del asegurado); el segundo vinculado a la accesibilidad de los procesos del SIS a la población, ya que

se centralizaban en la GA, GMR o UDR; y finalmente, al hecho de que la población pueda empezar a diferenciar entre el papel de los establecimientos de salud como IPRESS, y el SIS como IAFA.

En Ate la OAA más cercana a esta jurisdicción es la OAA del Hospital de Huaycán. Los profesionales entrevistados de la GA como de la GMR, confirman que esta oficina es la que mayor producción mensual registra en atenciones a la población y la que mayor demanda tiene por su ubicación geográfica (Chaclacayo, Huaycán, Ate, parte de San Juan Lurigancho y San Antonio de Huarochirí, entre otros).

El responsable del proceso de afiliación en la GMR CEN MED, informa que la OAA de la zona ha tenido una participación activa en diversas campañas de salud organizadas tanto por el SIS como otras entidades públicas ubicadas en Ate. La realización de estas campañas en las que participa el personal de la OAA, obedece al cumplimiento de las metas anuales establecidas en el Plan Operativo Institucional SIS (POI).

Entre las fortalezas y debilidades halladas en el trabajo de campo sobre las OAA y el proceso de afiliación destacan:

- Como fortaleza se identifica la calidad de atención brindada a la población que acude a estas oficinas, y el nivel de conocimiento de los procesos relacionados a la afiliación. Estas fortalezas fueron identificadas por los profesionales de la GA y la GMR CEN MED.
- Como debilidades se reitera la falta de personal en la OAA del Hospital de Huaycán por la demanda de pacientes, y el limitado horario de atención de esta oficina (de lunes a viernes en horario de oficina), ya que lo ideal sería que funcione las 24 horas según indica el personal de la GA.

4.2.1.7. Aliados institucionales en la implementación del proceso.

Se reconoce cuatro actores de la política de aseguramiento universal en salud como aliados en la implementación del proceso de afiliación en el distrito de Ate. Tres de ellas participan mediante el acceso a su base de datos, para la identificación de la población objetivo y la verificación de los requisitos, y el último ejecutando el proceso de afiliación in situ: RENIEC, SISFOH, SUSALUD, y los establecimientos de salud, respectivamente.

Estos actores fueron descritos al iniciar este capítulo. Aquí se detalla de forma complementaria, información recogida mediante las entrevistas a los profesionales del SIS.

Susalud. Se considera que el inicio del uso de la base de datos de esta entidad (a partir del 2017) representa un avance importante tanto a nivel de la política de aseguramiento universal como en la definición de la brecha de los no asegurados. Primero porque sirvió de fuente de consulta para las entidades aseguradoras, uniformizando de esta manera el proceso de verificación de requisitos a nivel nacional; y segundo porque permitió al SIS filtrar sus padrones de asegurados e identificar a aquellas personas que ya contaban con un seguro o tenían doble afiliación. Esto permitió ir delimitando la población objetivo que debía atender el SIS.

SISFOH (MIDIS). Se reconoce la importancia del SISFOH como herramienta de verificación que permite determinar si una persona califica o no para el SIS Gratuito, y se reconoce también que ha resultado una limitante en relación a la reducción de la brecha de los no asegurados en Ate, entre otros factores.

Los profesionales de la OAA señalan que resultó una limitante en el sentido de que las personas que acudían a sus oficinas para afiliarse, desconocían del registro en este sistema como requisito para acceder al SIS; negaban la veracidad de la clasificación que este sistema les asignó (ya que algunas personas en aparente condición de pobreza o extrema

pobreza, figuraban como no pobres); reclamaban la demora en los trámites de registro en este sistema por parte de la municipalidad de la zona; o desconocían sobre los trámites en general, confundiéndolo con un proceso que ejecuta el SIS directamente.

La implementación de las políticas requiere ciertas condiciones mínimas que ayudan a la correcta ejecución de los procesos planificados. Diversos autores quienes analizan el proceso de implementación y los factores que influyen o el contexto en el cual debe realizarse, resaltan la necesidad de contar con recursos humanos, financieros; procesos de comunicación en el equipo; claridad en los operadores sobre la dirección de la política con sus objetivos, metas y planes; estructura definida del proceso; y articulación interinstitucional con los actores, entre los principales.

El análisis de la información recogida en esta investigación, identifica estos factores en la implementación del proceso de afiliación al SIS en Ate, y reconoce dificultades que vienen afectando la correcta ejecución de los procesos. Los mismos profesionales del SIS, desde los directivos del órgano de línea (GA) hasta los operadores que laboran en contacto con la población (OAA), reconocen limitaciones en diversos aspectos vinculados a estos factores, los cuales se han ido mencionando en este capítulo.

4.2.2. Ejecución del proceso de afiliación al SIS en los establecimientos de salud de Ate.

Anteriormente se abordó cuestiones relacionadas a los recursos y actividades de fortalecimiento de capacidades en los establecimientos, en este punto se aborda dos cuestiones complementarias vinculadas a la ejecución del proceso: el conocimiento del personal de la oficina de seguros sobre los productos del SIS, y la ejecución del proceso en el periodo que aborda esta investigación.

Conocimiento del personal sobre los tipos de seguros SIS. Se consultó al personal de la oficina de seguros cuáles son los tipos de

seguros SIS que conocían, obteniéndose los resultados expuestos en la tabla N° 4.8.

Los principales seguros identificados por el personal de esta oficina fueron: el SIS Independiente, comúnmente conocido como SIS “pagante” (27.3%); el SIS Gratuito (22.7%); y el SIS Para todos (22.7%). El conocimiento de este último, al ser un seguro nuevo creado a fines del 2019, se debe a la campaña de difusión realizada por el SIS en los últimos meses del mismo año, como motivo del fortalecimiento de la política de aseguramiento universal.

Tabla N° 4.8: Seguros SIS reconocidos por el personal de la Oficina de Seguros.

TIPOS DE SEGUROS SIS	%
SIS Independiente / “pagante”	27.3%
SIS Gratuito	22.7%
SIS Para todos	22.7%
SIS Emprendedor / SIS NRUS	13.6%
SIS Microempresas	9.1%
Otros	4.5%
TOTAL	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

El desconocimiento del SIS Emprendedor y el SIS Microempresas se debería al hecho de que la afiliación a estos se realiza únicamente en las oficinas del SIS, y al mismo tiempo por ser seguros con una mínima proporción de afiliados a nivel nacional⁴⁸.

Los profesionales de la GA confirman que todos los establecimientos de salud de Ate, están habilitados para realizar la afiliación al SIS Gratuito en sus distintas modalidades (por gestación, menor de 5 años, población con CSE) y al SIS Para todos. Pese a estar habilitados para afiliar, algunos

⁴⁸ Para fines del 2019, según la Base de Datos de asegurados SIS de la Gerencia del Asegurado (GA), sólo el 0.76% y 0.07% asegurados a nivel nacional, correspondían al SIS Emprendedor (SIS NRUS) y SIS Microempresas (SIS MYPES) respectivamente, mientras que el 87.18% de asegurados a nivel nacional son del SIS Gratuito, y el 11.81% del SIS Para todos. Fuente: Memoria Anual SIS – 2019.

establecimientos por temas de desconocimiento y evitar la sobrecarga de tareas, derivan a la población a las oficinas del SIS para trámites que pueden realizarse en el mismo establecimiento. Esto fue identificado por los profesionales del SIS en las visitas de verificación y supervisión que realizan: “Veo que el personal es temeroso para llenar los formatos, como que saben hacer el proceso, pero tienen miedo y los mandan a la OAA (...). He visto eso en una posta de Ate. Vi que la asistente social que tenía los accesos, enviaba al SIS porque no estaba empoderada tal vez de los conocimientos” (Profesional de la GA).

Los hallazgos muestran que el personal de los establecimientos de salud conoce los principales tipos de seguros, pero la información complementaria de los profesionales del SIS, muestra la necesidad de reforzar estos conocimientos y asegurar su aplicación en la atención de la población.

Regularidad en la ejecución del proceso. Se consultó al personal de la Oficina de Seguros si en los tres últimos años (2016 - 2019) se estuvo afiliando a la población con regularidad, a lo que el 83.3% del total de encuestados respondió que “Si”, mientras el 16.7% señaló que “No”.

Al consultar a estos últimos del porqué no hubo regularidad en la ejecución del proceso, respondieron que esto se debió a problemas de infraestructura (remodelación y traslado), y problemas con el sistema de cómputo.

De igual forma se consultó qué tipo de afiliaciones se realizaban con mayor frecuencia en el establecimiento, obteniendo los resultados expuestos en la tabla N° 4.9. Se empleó una pregunta abierta para obtener variedad de respuestas que muestren si el personal del establecimiento tiene claridad en la diferencia de seguros. Finalmente, las respuestas fueron agrupadas según semejanza.

El análisis de resultados muestra dos situaciones: confusión en los requisitos que posibilitan la afiliación, y en el tipo de afiliación que pueden realizar. Para la fecha que finalizó esta investigación, los establecimientos de salud sólo fueron habilitados para realizar dos tipos de afiliaciones: SIS Gratuito y SIS Para todos.

Tabla N° 4.9: Tipo de afiliación que se realiza con mayor frecuencia en el EE.SS.

TIPO DE SEGURO	%
SIS Gratuito	28.6%
SIS para extranjeros	23.8%
SIS Para todos	23.8%
SIS de provincia	9.5%
SIS de emergencia	4.8%
SIS Familiar	4.8%
SIS Emprendedor	4.8%
TOTAL	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

No existe entre los productos o tipos de seguro SIS, seguros con los términos “para extranjeros”, “de provincia”, “de emergencia”, o “familiar”. Estos seguros que reconoce el personal, estarían resultando al final ser el SIS Gratuito y/o el SIS Para todos. El ciudadano extranjero que posea carnet de extranjería (documento legal que posibilita su afiliación), independientemente de su nacionalidad puede acceder al SIS Gratuito o al SIS para todos. Por lo que no existe un “SIS para extranjeros” como la población considera a causa del proceso migratorio de los últimos años. Lo mismo sucede para los otros tipos de seguros identificados por los encuestados.

La segunda situación es la confusión sobre el tipo de afiliación que pueden realizar, ya que los establecimientos no pueden realizar afiliaciones al SIS Emprendedor como ya se expuso.

Los resultados de la tabla N° 4.9, muestran la necesidad de fortalecer los conocimientos del personal de los establecimientos de salud, ya que la

claridad en los contenidos y los procesos que ejecutan, ayudan a la correcta atención de la población.

Finalmente, se consultó al personal de esta oficina si tenían dificultades en el establecimiento en relación a la zona (su ubicación) para llevar adelante el proceso de afiliación, obteniendo:

- El 66.7% de encuestados señaló “No” tener dificultades en relación a la zona para ejecutar el proceso. Entre los motivos indicaron: “En la zona contamos con mototaxis para trasladarnos en nuestras actividades”, “La población no tiene dificultades para acceder, incluso viene [población] que no es de la jurisdicción”.
- El 33.3% indicó “Si” tener dificultades. Entre sus motivos están: “Hay población que vive en zonas muy alejadas”, “Hay zonas peligrosas como en todo lado”.

A partir de esta aproximación a los establecimientos de salud y el proceso de afiliación, se ve necesario fortalecer sus conocimientos sobre los requisitos y/o condiciones necesarias para la afiliación de una persona, y la diferencia entre los seguros existentes. Es en estos puntos y el proceso de asistencia técnica a los establecimientos que el SIS puede interceder, y mediante el trabajo articulado con los involucrados ayudar a mejorar el proceso de atención a la población.

4.2.3. Mecanismos de control y evaluación en el proceso de afiliación.

Finalizando el proceso de puesta en marcha de una política, que inicia con el diseño, su implementación y ejecución, entramos a la etapa de control y evaluación, donde se recogen y analizan los resultados obtenidos hasta determinado punto, para plantear ajustes o modificaciones al sentido de la política o la organización que actúa en el marco de dicha política, como es el caso del SIS, y que le permita acercarse al cumplimiento de sus objetivos.

Otra etapa importante y complementaria a los procesos antes mencionados es el monitoreo. Esta investigación no abordó esta etapa por limitaciones en el acceso a la información. Las restricciones establecidas por la pandemia a causa del Covid19, limitaron aún más su acceso.

A razón de lo mencionado en este punto se desarrolla el control y evaluación del proceso de afiliación, a partir de la información recogida mediante entrevistas a los profesionales del SIS y la revisión documentaria. Se recuerda que a nivel de diseño del proceso de afiliación ya se expuso sobre la evaluación del mismo, por lo que aquí se hace referencia a la puesta en marcha de esta etapa.

Esta investigación entiende el “control” como el proceso mediante el cual se asegura el cumplimiento del trabajo, a partir de información tomada de la ejecución de actividades por la organización. Esto se refuerza y detalla con la propuesta de Juan Carlos Cortázar, quien define el proceso en los siguientes términos: “Controlar significa verificar los hechos, mediante el registro de la información, de manera que sea posible compararlos con algún patrón técnico de referencia. Entonces, el control consiste en un nuevo tipo de información que resulta de la comparación entre patrones técnicos y datos de la realidad” (Cortázar 2007: 202).

Respecto al proceso de “evaluación”, se parte del concepto presentado por Rafael Bañon, quien define este proceso como “la recopilación y análisis sistemático de información que nos permite emitir juicios sobre el mérito y el valor del programa evaluado” (Bañon 2002: 14).

4.2.3.1. Control en el proceso de afiliación.

Esta investigación aborda el tema del control en el proceso de afiliación, desde dos perspectivas: la primera a nivel del sistema informático empleado para la afiliación; y el segundo a nivel del trabajo del personal del SIS y los operadores en los establecimientos de salud.

A nivel del sistema informático, desde el año 2010 el SIS viene en constante implementación de un sistema que posibilite la verificación en línea de las afiliaciones realizadas, a través de sus servidores informáticos en coordinación con otras entidades quienes proveen sus bases de datos para la calibración de los procesos de verificación (Susalud, Reniec, y SISFOH, por ejemplo).

Los profesionales de la GA informan que desde el año 2015–2016 este sistema ha sido fundamental en la definición de la población afiliada al SIS, ya que, al lograr tal grado de eficiencia en sus procesos de verificación, el margen de error de personas afiliadas sin cumplir con los requisitos de afiliación ha ido en descenso. Para el año 2019, el SIS reconoce este sistema como una de sus fortalezas en el control de los procesos.

“La verificación del cumplimiento de los requisitos que debe cumplir el asegurado SIS o potencial asegurado (...) tiene un alto nivel de automatización, dado el uso de la Web Service para el intercambio de información (...). Complementariamente y, con fines de control posterior, para verificar que los asegurados al SIS mantengan las mismas condiciones por la que fueron admitidos como beneficiarios, se ha implementado el procedimiento de verificación automática de la tenencia de otro seguro de salud, el cual se ejecuta automáticamente de manera diaria con el objetivo de mantener actualizada la data (...)” (SIS 2020: 20).

La implementación de este sistema ha permitido que periódicamente se actualice el padrón de afiliados, realizándose la baja de la afiliación de aquellas personas que no cumplan con los requisitos (fallecimiento, afiliación a otro seguro de salud, cambio de condición socioeconómica, mayoría de edad, entre otros). Este sistema y el equipo encargado de su manejo se encuentran en el SIS Central, y está a cargo de la Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI).

Finalmente, si bien este sistema de control se encuentra altamente desarrollado permitiendo la verificación diaria, aún hay detalles vinculados a la actualización de los sistemas soporte que deben mejorar: “Por ejemplo con el Banco de la Nación, necesitamos que los pagos que se hacen en el banco, se puedan ver en el sistema el mismo día (...) para hacer las afiliaciones masivas, nosotros tenemos que verificar con Susalud y Reniec para validar los datos pero esa validación toma un tiempo, y me termina de validar y la otra validación que se hizo con Susalud ya se desfasó (...)” (Profesional de la GA).

Por otra parte, el control del proceso de afiliación del personal del SIS en sus unidades (GMR CEN MED, UDR, OAA) y en los establecimientos de salud, se realiza a través de los informes mensuales de producción, y las visitas de verificación respectivamente.

Para el caso del personal del SIS que realiza afiliaciones en las distintas oficinas, se ha elaborado un “Módulo de registro de producción de servicios de los canales SIS” (RPS). Un programa informático que se llena diariamente, mediante el registro individual de las personas que se atiende/afilia en el día. Este módulo que llena cada personal se consolida de forma mensual a nivel de las OAA, las UDR, y las GMR, para enviarla mediante un consolidado final a la GA, donde se consolida y analiza. Este módulo se emplea también para evaluar la producción del personal, ya que muestra la cantidad de atenciones que realizó, aparte de tener registrado la información de contacto de los usuarios atendidos, con lo cual posteriormente se verifica la calidad de atención recibida por parte del funcionario del SIS.

El control del proceso de afiliación en los establecimientos de salud se realiza a través de las visitas de verificación y supervisión de las UDR, las GMR, e incluso la GA. Los profesionales de la GA informan que por limitaciones de personal y tiempo, estas visitas no se realizan con regularidad y sólo se realizan a aquellos determinados por muestreo. La

investigación no accedió a información detallada sobre estas visitas de verificación por lo que sólo se mencionan de forma referencial.

Esta investigación determina que el SIS en su proceso de control sigue una línea de levantamiento de información, que posteriormente se consolida y evalúa en la central institucional. A nivel del sistema informático, este proceso de verificación de datos se realiza de forma permanente, siendo un proceso eficaz de control de las afiliaciones. A nivel del personal encargado de este proceso el levantamiento de datos se realiza de forma mensual y en cadena, empezando por las OAA para finalmente llegar al órgano de línea (GA), dónde se verifica el proceso de atención y la producción laboral del personal.

4.2.3.2. Evaluación del proceso de afiliación.

El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica – Costa Rica (MIDEPLAN) define esta etapa: “Como sistema de evaluación se entiende el conjunto coherente de acciones e instrumentos de evaluación que dispondrá el programa para apoyar la toma de decisiones” (2000: 18).

Complementando esta definición y en relación al término “control”, Juan Cortázar señala: “La evaluación incluye algo más que el control, implica además juicios de valor explícitos o implícitos. Si controlar es comparar la información disponible sobre la realidad contra patrones de referencia técnicos, evaluar es comparar dicha información contra patrones de referencia valorativos” (2007: 202).

Se aborda la evaluación del proceso de afiliación a partir de una visión sistémica de las distintas áreas encargadas de este proceso: la GA, la GRM CEN MED, y las OAA.

4.2.3.2.1. Actividades del proceso de evaluación.

Cada área del SIS presenta un informe mensual sobre la ejecución de sus actividades. Este documento representa la primera fuente de evaluación ya que en este se expone el desarrollo de las funciones de cada área, así

como la problemática que enfrenta. Estos documentos son presentados de forma jerárquica para finalmente llegar al órgano de línea para su análisis y las medidas correctivas pertinentes. Así, estos sirven de insumo para el proceso de control y evaluación de las actividades.

Para el caso del proceso de afiliación en Ate, la OAA vinculada a esta zona realiza su informe respectivo y la deriva a la GRM CEN MED, donde se consolida la información de las distintas oficinas que pertenecen a su jurisdicción, derivando posteriormente un consolidado final a la GA. Este último de forma complementaria realiza actividades con el objeto de fortalecer el proceso de evaluación, como por ejemplo la realización de talleres como mecanismos de evaluación.

Proceso de evaluación a nivel de la GA. Durante el 2016-2019 se realizaron talleres macro regionales y un taller a nivel nacional (el año 2018), en los que se convocaron a los directivos de las distintas áreas y al personal operativo del proceso de afiliación. Estos talleres macro regionales se realizaron por cada Gerencia Macro Regional, donde se abordaron cuestiones relacionadas al proceso de afiliación, y en general sobre el trabajo de la institución. Resultan importantes estos talleres al ser espacios donde se recoge información del personal operativo de los procesos, que permiten evaluar su desempeño en la ejecución de sus actividades, su conocimiento de los procesos, dificultades laborales, propuestas de mejora, entre otros. Estas actividades no se realizan de forma permanente por temas presupuestales y falta de personal.

Otra actividad que resaltan los profesionales de la GA son las reuniones con los gerentes macro regionales, como espacios de evaluación y retroalimentación de información sobre la ejecución de procesos en sus jurisdicciones.

Proceso de evaluación a nivel de la GMR CEN MED. Se da a partir de la consolidación de informes de las distintas unidades de menor nivel, las cuales son analizadas y reportadas al órgano de línea central. El

profesional de esta gerencia señala que no se realizan talleres como en el caso de la GA, ya que se centran en labores de coordinación y asistencia técnica sobre afiliación a sus unidades a cargo y los establecimientos de salud de su jurisdicción, entre ellos Ate.

Proceso de evaluación a nivel de la OAA. Respecto al tema, los profesionales de la OAA reconocen las actividades de evaluación que realiza la GA sobre el proceso de afiliación, pero resaltan el hecho de no ser considerados en estas ya que están enfocadas a trabajar con los responsables o directores de las unidades. El trabajo de campo en esta investigación, no identificó otra actividad de evaluación más allá de la presentación y análisis de informes del cual se habló al inicio.

En relación a esta última unidad, esta investigación determina que el personal de la OAA (y todo aquel que cumpla funciones similares) al ser personal operativo del proceso de afiliación, debe participar de las actividades de evaluación, para de esta manera con su experiencia en campo complementar el panorama sobre el desarrollo del proceso, permitiendo tomar decisiones más acertadas.

Finalmente, esta investigación identificó un estudio de consultoría realizado el 2016 por el IPDC–Perú por encargo del SIS, sobre el proceso de afiliación a nivel nacional titulado: “Consultoría para el análisis del proceso de afiliación y supervisión de la afiliación en el régimen subsidiado y Plan de mejora a nivel nacional con énfasis binomio madre niño de la población objetivo del SIS”. Para el caso puntual de Ate, esta consultoría recogió información de la UDR Lima Metropolitana Este y la OAA Huaycán. En esta última se realizó una serie de visitas, en las cuales se observó el proceso de atención a la población, así como también entrevistas a los profesionales y a la población que hizo uso del servicio.

Al ser una consultoría de alcance nacional, los resultados finales no muestran información sobre la situación del proceso de afiliación a nivel distrital, pero reflejan la problemática que hasta el momento esta

investigación ha identificado en Ate. En la siguiente tabla N° 4.10 se presenta la problemática y las propuestas de mejora de esta consultoría.

**Tabla N° 4.10: Problemas identificados y propuestas de mejora.
Consultoría sobre el proceso de afiliación al SIS – 2016.**

PROBLEMA	PROPUESTA DE MEJORA
Las oficinas de seguros de las IPRESS públicas no cuentan con personal contratado y de dedicación exclusiva al proceso de afiliación y otros procesos relacionados con la atención y la prestación de servicios del SIS.	Optimizar la implementación de Oficinas de Atención del Asegurado (OAA) del SIS de forma progresiva y mediante criterios estandarizados en IPRESS públicas.
La calidad del proceso de afiliación en IPRESS públicas no es calificada como muy buena de parte de los afiliados.	Construcción del decálogo del buen trato y la atención de calidad en IPRESS.
El proceso de afiliación al régimen subsidiado no se encuentra estandarizado actualmente en todas las unidades ejecutoras que realizan la afiliación al SIS.	Disponer de un manual de procesos y procedimientos para el proceso de afiliación del régimen subsidiado del SIS.
La experiencia de los afiliados con respecto al proceso de afiliación ha sido heterogénea. Por ejemplo, se identificaron a ciertos afiliados que no fueron orientados adecuadamente sobre los requisitos para acceder al SIS.	Fortalecimiento de capacidades por competencias del personal involucrado en el proceso de afiliación al SIS.
En el SIS es limitado el uso de indicadores del proceso de afiliación.	Implementar un sistema de seguimiento y supervisión del proceso de afiliación del SIS a través de un tablero de control.
Necesidad de campañas de afiliación en coordinación con actores públicos y privados vinculados al proceso y los objetivos sectoriales.	Plan articulado de campañas de afiliación al SIS.
La no actualización periódica de la base de datos más importante y la consulta de datos que están en contenidos en el "Busca personas".	Optimizar la identificación de los potenciales usuarios en el régimen subsidiado a través de un convenio con el ente rector del sistema de focalización.
El proceso de supervisión de la afiliación se realiza informalmente.	Formalizar la aprobación de una norma para regular el proceso de supervisión de la afiliación del SIS

Fuente: Elaboración propia en base al informe final de auditoría IPDC – 2016.

Varias de estas propuestas de mejora se han aplicado a la fecha, principalmente aquellas referidas a la implementación de las oficinas donde se atiende a la población y las referidas a la mejora del sistema de afiliación y verificación de asegurados. Otras, como aquellas referidas al

establecimiento de documentos o guías de trabajo sobre la ejecución de procesos, aún no fueron implementadas.

4.2.3.2.2. Debilidades y fortalezas del SIS en la ejecución del proceso de evaluación.

Del análisis de los hallazgos se identifican las siguientes debilidades:

Escaso recurso humano para la aplicación del proceso de evaluación. La falta de personal es un problema recurrente en el SIS, lo que conlleva a que no se ejecuten los procesos con regularidad. “Creo que el día a día nos gana, y no podemos hacer un proceso de evaluación, y ver que procesos podemos mejorar” (Directivo de la GA).

Herramientas insuficientes de evaluación estandarizadas para las diversas unidades. La investigación no identificó herramientas estandarizadas para este proceso. Si bien el órgano de línea ha establecido lineamientos, y distintos documentos del SIS muestran actividades vinculadas a la evaluación de procesos como el PEI y el POI, no se identificó documentos enfocados en el proceso de afiliación.

En contraparte, las fortalezas identificadas se aplican en general a los distintos procesos de la labor diaria en el SIS, pero se reconocen como relevantes también al momento de hablar de la afiliación y evaluación de esta. Estos son:

Personal altamente calificado. Si bien la falta de personal es una constante en los procesos relacionados a la afiliación, los directivos de la GA identifican la alta calificación del personal que viene laborando en estas áreas y que posibilitan la ejecución de procesos pese a las limitaciones. Es así que se pueden realizar las evaluaciones de los distintos procesos y unidades de menor nivel, así como plantear y ejecutar las mejoras pertinentes.

Trabajo en equipo. Otra fortaleza relacionada a la anterior es el trabajo en equipo. Los procesos de evaluación antes mencionados se han realizado en plazos determinados, posibles sólo con el trabajo coordinado y comprometido del personal.

Compromiso. Una fortaleza constantemente identificada a lo largo de la recolección de información, fue el compromiso del personal sobre su labor. Para la fecha en la que se realizó esta investigación, y principalmente durante la cuarentena a causa del Covid19, todos los profesionales que formaron parte de estas entrevistas se encontraron laborando de forma regular.

4.2.3.2.3. Las propuestas de mejora de los profesionales del SIS.

La investigación consideró oportuno recoger las propuestas de mejora sobre este proceso y otros, a partir de la evaluación de cada profesional entrevistado. Estas se presentan por cada área abordada en esta investigación.

Oficinas de Atención al Asegurado (OAA). Las propuestas fueron:

- Mejorar los procesos de capacitación al personal de las OAA sobre la afiliación al SIS y su normativa. El personal plantea que se realicen capacitaciones de forma periódica, tanto virtuales como presenciales, principalmente cuando se da cambios a nivel normativo sobre los procesos del SIS.
- Creación de una OAA en las zonas periurbanas. El personal reconoce que la demanda de la población por información y atención de trámites es alta, en parte por las limitaciones de los establecimientos de salud por lo que la población prefiere acudir a una oficina del SIS. Resulta importante la declaración de un personal que indica que no se necesita implementar las OAA ya existentes, sino ampliar la atención con la creación de nuevas oficinas en zonas periurbanas.

- Fortalecer el proceso de supervisión de los establecimientos de salud y asignación de accesos para otro tipo de afiliaciones. Los entrevistados recalcan que con frecuencia reciben llamadas telefónicas de los establecimientos de salud, consultando sobre el trámite de afiliación, de sepelio, entre otros, por lo que consideran que los órganos competentes (GMR, UDR o GA) deben mejorar el proceso de supervisión al tiempo que capacita al personal. De igual forma, habilitar a los establecimientos de salud que cumplan con las condiciones, con accesos que le permitan afiliarse a otro tipo de seguros a parte del SIS Gratuito y SIS Para todos.

Gerencia Macro Regional Centro Medio (GMR CEN MED).

- Aumento de personal en la misma gerencia. Se requiere personal que labore en el aspecto gerencial de los procesos. No se pueden realizar las visitas de supervisión a los establecimientos, o el acompañamiento técnico a los mismos por necesidad de este personal.
- Implementación de otro canal de atención a la población con atención de sábados y domingos. Los canales existentes hasta el año 2019 (OAA, UDR, GRM CEN MED, el correo institucional) brindaban atención de lunes a viernes, quedando sólo disponibles los fines de semana los Módulos de Mejor Atención al Ciudadano (MAC). Señala que se requiere complementar esos módulos con otros canales de atención que también atiendan los fines de semana.

Gerencia del Asegurado (GA). Los profesionales proponen:

- Ampliación de los salarios y/o incentivos económicos. Los directos reconocen que la carga laboral no corresponde al salario que percibe el personal, de igual forma este no ha variado en los últimos años, pese a que se realizó la solicitud correspondiente a la jefatura del SIS. “Las remuneraciones en las gerencias del asegurado y en las áreas de atención, como UDR y GMR no han

tenido avances conforme a la complejidad de roles y funciones que tienen (...)" (Directivo de la GA).

- Fortalecimiento de capacidades del personal. Ligado a lo propuesto anteriormente. La necesidad de mejorar las capacidades del personal de las distintas áreas, tanto en temas relacionados al trabajo en el SIS como a nivel personal.
- Aumento de personal. Problemática abordada de forma amplia en esta investigación.
- Continuidad de la gestión a pesar de la coyuntura institucional. Durante el desarrollo de esta investigación, el SIS sufrió cambios constantes a nivel de la jefatura y sus gerencias. Esto causa quiebres en la gestión de los procesos, perdiendo continuidad en el logro de resultados o cambios de estrategias en el desarrollo de las actividades. "Yo pienso que lo primero es que debe haber continuidad en los procesos que se inician, así cambien de jefe institucional, de gerente, sub gerentes, debe haber continuidad (...) incluso debería ser un lineamiento" (Profesional de la GA).
- Implementación de ambientes laborales. Si bien el personal cuenta con los recursos necesarios para ejecutar su labor, consideran necesario la renovación de mobiliario principalmente a nivel informático, por la complejidad de procesos que desarrolla la gerencia. "Agregaría el hecho de poder tener un ambiente de trabajo confortable (...). Para poder manejar los aplicativos que nosotros tenemos, necesitamos equipamientos de alta gama para mejorar los procesos y desarrollarlos. Igual se trabaja con lo que se tiene" (Profesional de la GA).

Analizando el proceso de control y evaluación de la afiliación a nivel de las unidades del SIS, se identifica una serie de acciones e instrumentos que se aplican en estos procesos. Los informes mensuales de las distintas áreas sirven de instrumentos de evaluación, así como también el sistema informático central del SIS, donde se realiza la verificación

permanente de los padrones de afiliados. Por el lado de las acciones, se identificó la ejecución de una consultoría (la única realizada en el periodo que considera esta investigación) por una entidad externa al SIS, y también la realización de talleres.

Si bien los informes mensuales sirven como instrumento de evaluación para verificar el cumplimiento de las tareas, se requiere reforzar este –y específicamente refiriéndose al proceso de afiliación– a través de indicadores claros y mecanismos estandarizados enfocados a este proceso. Los resultados de la consultoría realizada el 2016, señalan esta problemática proponiendo la elaboración de guías o documentos que mejoren la supervisión de este proceso. Esta investigación no identificó la existencia o el uso de estos documentos, ni en la revisión documentaria ni en las entrevistas con los profesionales de las distintas unidades.

De igual forma en relación a las actividades, se considera acertada la realización de talleres macro regionales o nacionales al no poder realizarse de forma focalizada por limitaciones presupuestales, operativas, logísticas, entre otras, pero se identifica la necesidad de establecer regularidad en su ejecución. Los profesionales del SIS reconocen la necesidad de fortalecer estos procesos y ser más inclusivos, en el sentido de que no sólo se enfoquen a los jefes o encargados de las unidades, sino que incluya también al personal operativo en campo.

Para concretar la presentación de resultados en relación a la implementación del proceso de afiliación al SIS, se resalta los puntos claves identificados en el análisis de esta investigación. Análisis que se desarrolló sobre la base de la propuesta de J. Subirats citado por Olavarría en el texto “Conceptos básicos en el Análisis de las Políticas Públicas”, donde mencionan que hay ciertos elementos necesarios para lograr la efectividad de las políticas en su implementación, estos son: definición clara de objetivos, que mida el grado de éxito o fracaso; disponibilidad de recursos necesarios para ejecutar lo planeado;

comunicación organizacional y capacidad de control a nivel de la administración pública; y condiciones del entorno, como la situación económica, política y social, que apoye la implementación de la política (2007: 80).

Cada uno de estos elementos se desarrollaron en esta investigación, y se identifica en ellos limitaciones que directa e indirectamente afectan la ejecución del proceso de afiliación al SIS. En relación a la claridad de objetivos, estos están detallados en el diseño del proceso. Para la etapa de implementación no se verifica dificultad en este sentido, pero sí una necesidad de fortalecer los conocimientos sobre los procesos y la normativa relacionada a la afiliación. Y esto resulta fundamental considerando que la normativa relacionada a la afiliación ha tenido cambios importantes en los últimos años, a nivel de requisitos o condiciones de afiliación, trámite de documentos y otros. A esto se añade la creación de un nuevo tipo de seguro para fines del 2019.

En relación a la disponibilidad de recursos necesarios para la implementación, se identifica que el principal problema a nivel de todas las unidades del SIS desde el nivel máximo de gestión (GA) hasta el nivel mínimo, es la falta de personal que complemente la labor de los profesionales que actualmente llevan adelante el proceso. Se requiere personal para las labores de capacitación, de supervisión y evaluación, y en el caso de una unidad, que mejore su aspecto gerencial. En cuanto a otros recursos, como los financieros o materiales (como mobiliario), son también necesarios, pero a menor nivel que el recurso humano.

En el tema de la comunicación organizacional y capacidad de control. Al tener el SIS una estructura jerárquica, el flujo de comunicación se ve limitado principalmente en la ejecución de los procesos de capacitación, donde el nivel máximo capacita a los mandos medios, pero la información que aquí se imparte no llega de forma oportuna y completa a los niveles mínimos operativos. El control del proceso emplea una serie de

instrumentos y actividades, entre ellos los informes mensuales que presenta cada unidad u oficina que, si bien abastecen de información para llevar adelante este proceso, se requiere de instrumentos estandarizados y que las actividades sean continuas.

Al hablar de las condiciones del entorno, la investigación se centró en el papel de los establecimientos de salud en el proceso de afiliación, como aliados estratégicos y actores en la política de aseguramiento universal. Los establecimientos de salud presentan carencias similares a las unidades del SIS, y así llevan adelante el proceso. La investigación identificó cuatro problemas fundamentales a nivel de estas unidades: la falta de personal, la alta rotación del mismo, deficiencias en el mobiliario o espacio de trabajo, y la necesidad de asistencia técnica sobre los procesos. Sobre tres de ellos el SIS no tiene injerencia directa, pero resulta necesario buscar alternativas de solución que le den sostenibilidad a los procesos. En el último problema identificado, la necesidad de asistencia técnica, las unidades desconcentradas en la zona de estudio como la GMR CEN MED, la UDR Lima Este o la OAA del Hospital Huaycán, vienen trabajando este tema con visitas de verificación / supervisión y asistencia remota vía telefónica, pero resulta necesario establecer mecanismos sólidos de asistencia continua o planes de capacitación acordes a la necesidad. Pese a que la GA desarrolla estas capacitaciones, la alta rotación de personal de los establecimientos le resta impacto a las actividades desarrolladas.

A nivel del entorno, se considera también las limitaciones del SISFOH respecto a la desactualización de su sistema de focalización, el cual sirve de base de datos para la verificación de la condición socio económica de la población. Esta limitación está siendo superada con la creación del nuevo seguro SIS Para todos que excluye esta verificación.

Finalmente, en relación al entorno los profesionales del SIS concuerdan en que un factor fundamental que no permitió la reducción de la brecha

de cobertura de los no asegurados, aparte de los ya mencionados, fue la poca cultura de aseguramiento de la población de la zona.

“Respecto a Ate, la situación socio demográfica que había en ese distrito era particular. No todos tenían la clasificación socio económica de pobres (...). Tal vez por el tipo de actividad económica que tenían. La mayoría eran independientes, y no había forma de afiliarlos, además de la poca cultura de aseguramiento en la zona (...)” (Profesional de la GA).

Esta situación fue documentada por el SIS en su Informe de Análisis del Plan Estratégico Institucional 2016 para fines de ese año, al hablar de los comportamientos de riesgo que acrecientan la problemática de salud.

“A pesar de los esfuerzos del Estado, se aprecia que la *cultura* de aseguramiento en general, aún no está adecuadamente impregnada en el total de la población en el grado que se requiere. En nuestro caso particular [hablando del SIS], existen indicativos de la presencia de un deficiente conocimiento por parte de la población de lo que significa el Aseguramiento Universal en Salud – AUS, sus alcances, procedimientos y beneficios” (SIS 2016: 39).

De esta forma tanto la problemática de los establecimientos de salud, como las condiciones socio culturales del entorno en Ate, resultaron en factores externos que no contribuyeron a la correcta ejecución del proceso de afiliación al SIS, y la reducción de la brecha de los no asegurados.

4.3 Conocimiento y valoración de la población sobre el SIS y su proceso de afiliación.

La investigación abordó el nivel de conocimiento de la población y su valoración sobre el proceso de afiliación al seguro, para conocer y analizar de forma integral el tema que se investiga, posibilitando la

formulación de propuestas que se enfoquen en la necesidad de la población y la gestión del proceso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea una serie de principios y normas necesarios en la aplicación de políticas, programas o proyectos, con enfoque de derechos humanos que permitan el acceso y goce de la salud a la población. Algunos de estos son: No discriminación, Disponibilidad (suficiencia de establecimientos, servicios), Accesibilidad (que la población pueda acceder a ellos), Calidad, Rendición de cuentas (la entidad pública debe ser garante y dar cuentas de su acción), y Universalidad, por citar algunas (OMS 2017).

La encuesta aplicada buscó conocer hasta qué punto estos principios están considerados en el proceso de afiliación, desde la óptica de la población. Esta se aplicó a un total de 267 personas con las características expuestas en la tabla N° 4.11. La mayor proporción (el 39%) tenía entre 26 a 35 años, seguido del 25.8%, que tenía entre 18 a 25. De esta manera más de la mitad de encuestados (64.8% del acumulado final) se encontró entre 18 y 35 años de edad.

Tabla N° 4.11: Rango de edad de los encuestados.

RANGO DE EDAD	N°	%
26-35	104	39.0%
18-25	69	25.8%
36-45	49	18.4%
46-55	25	9.4%
56-65	10	3.7%
65 a más	10	3.7%
TOTAL	267	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En relación al sexo de los encuestados, el 53.2% (142 personas) fueron mujeres, y el 46.8% (125 personas) varones.

En cuanto a su ocupación, el 67.8% del total indicó “sólo trabajar”, y el 11.2% señaló ser “ama de casa”, sumando 79% del total de encuestados.

El 21% restante se divide en porcentajes menores de aquellos que indicaron “sólo estudiar”, “ser desempleados”, “trabajar y estudiar”, y “no sabe / no opina”.

Se determina que el grueso de la población encuestada resultó ser personas jóvenes y adultas, hasta los 35 años de edad, en su mayoría mujeres, y con ocupación de “sólo trabajar” y ser “ama de casa”.

Los resultados obtenidos se analizan en dos temas: conocimiento de la población sobre el funcionamiento del SIS y sus productos, y de forma puntual centrándose en el proceso de afiliación, la valoración que los encuestados tienen sobre este.

4.3.1. Conocimiento de la población sobre el SIS.

4.3.1.1. La función del SIS en el sector salud.

Al consultar a la población sobre cuál considera que es la función del SIS dentro del sistema de salud, se obtuvieron resultados expuestos en la tabla N° 4.12.

Tabla N° 4.12: La función del SIS desde la perspectiva de la población.

CATEGORIAS	N° REPUESTAS	%
Asumir el costo de las atenciones de los pacientes SIS transfiriendo dinero a los puestos de salud y hospitales.	110	31.1%
Brindar citas médicas para los asegurados.	76	21.5%
Afiliar a la población que no cuenta con seguro de salud.	72	20.3%
Comprar y entregar medicamentos y materiales médicos a puestos de salud y hospitales.	54	15.3%
Se encarga de trámites administrativos, como las referencias, trámite de sepelio, entre otros.	9	2.5%
Se encarga de la infraestructura de los puestos de salud y hospitales.	8	2.3%
Recepcionar quejas y reclamos de los pacientes, y resolverlos.	6	1.7%
Contrata personal y el pago de su sueldo.	4	1.1%
No sabe / No opina	15	4.2%
TOTAL	354	100.0%

Fuente: *Elaboración propia.*

El 31.1% de encuestados considera que la función del SIS es asumir el costo de la atención médica de sus asegurados, lo cual efectivamente es una de las principales funciones del SIS, al igual que la ejecución del proceso de afiliación, identificado en un 20.3% de las respuestas. Dos respuestas que no forman parte de la función del SIS son: brindar citas médicas, y la compra y/o entrega de medicamentos, al 21.5% y 15.3% respectivamente. Estas funciones están a cargo del mismo establecimiento de salud y del Ministerio de Salud (MINSA).

Estos resultados muestran confusión de la población sobre la función del SIS y los establecimientos de salud, situación que no sólo confunde sobre en quien recae el trámite de afiliación, sino también sobre la responsabilidad de las entidades en el sistema de salud.

Al consultar a la población sobre su calificación al trabajo del SIS, del total de encuestados el 27% la califica como “Regular”, 15% como “Buena”, y 8.6% como “Mala”. Un gran porcentaje (49.4%) señaló “No sabe / No opina” al respecto.

El análisis de estos resultados nos brinda dos conclusiones: primero, la imagen positiva del SIS en la población no asegurada es mínima, ya que sólo el 15% del total de encuestados la califica como tal; y segundo, que aproximadamente la mitad de los encuestados (el 49.4%) señale “No sabe / No opina”, indica el grado de visibilidad de la institución o la posibilidad de que tengan una valoración negativa y prefieran reservar su respuesta.

Para conocer el por qué la población la califica como buena, regular o mala, se consultó sobre el motivo (ver anexo tabla N° 4.13) obteniendo los siguientes resultados:

- Más del 50% de motivos que califican como “Buena” el trabajo del SIS, hacen referencia al hecho que este beneficia a la población vulnerable, y el ser gratuito.
- La respuesta que califica de “Regular” el trabajo del SIS, supera en proporción la calificación de buena o mala, resaltando como

motivo la “mala atención al paciente” y la “falta de citas”. Nuevamente la confusión de funciones entre el SIS y los establecimientos de salud.

- Entre los motivos que la califican como “Mala” (8.6% del total de encuestados) destaca la “mala atención” y “mala experiencia de familiares”.

Del total de calificaciones, y principalmente de aquellas consideradas como “regular” o “mala”, se corrobora la confusión de la población sobre el papel del SIS en el sistema de salud, ya que presentan como motivos dificultades o problemáticas propias de los establecimientos de salud.

Finalmente, se consultó sobre los cambios necesarios para mejorar el funcionamiento del SIS desde la óptica del encuestado, obteniéndose variedad de respuestas (ver anexo tabla N° 4.14) de las cuales las recurrentes fueron:

- Mejorar la atención / el trato al paciente (11.8%).
- Mejorar la infraestructura de los establecimientos de salud / los equipos (8.1%).
- Agilizar la atención con aumento de citas y reducir tiempos de espera (5.2%).
- Mejorar la afiliación de la población pobre / pobre extremo (4.4%).
- Reducir los trámites / la burocracia (4.1%).

Estos porcentajes muestran la cantidad de referencias dadas sobre el total de las 267 encuestas aplicadas. Parte de ellas están orientadas a mejorar la atención en los establecimientos de salud: como la simplificación de trámites, la disponibilidad de citas, y la mejora del equipamiento. De estas propuestas, una está vinculada a la función del SIS y es la mejora del proceso de afiliación, en el sentido de poder beneficiar a la población de escasos recursos.

El análisis de resultados identifica la confusión de la población sobre las responsabilidades del SIS y los establecimientos de salud. Se asigna al

SIS el papel de prestador del servicio médico, el cual por motivos como la falta de citas o medicamentos –entre los principales– se califica su labor como regular o mala. El que una parte importante de encuestados señale no opinar sobre la función del SIS, agravaría la confusión de roles al momento de tramitar la afiliación o una atención médica, generando finalmente una valoración negativa sobre el sistema de salud en general.

4.3.1.2. Conocimiento de los productos del SIS.

Se consultó a la población si conocía los distintos tipos de seguro SIS, obteniendo un 68.5% del total de encuestados (267) que señalan “No sabe/No opina”, 19.1% de encuestados que “Si” conoce, y un 12.4% que señala “No” conocer los tipos de seguro.

Nuevamente los resultados muestran una reducida proporción de ciudadanos que tienen nociones del trabajo del SIS (19.1%). Que una proporción importante de encuestados indique no saber u opinar sobre la existencia de tipos de seguro SIS, representa un factor que limita la afiliación oportuna y voluntaria de la población, ya que desconocer la posibilidad de acceder a distintos tipos de seguro de salud conlleva a dos situaciones: que la población generalice sobre la dificultad de acceder a un seguro; y la desprotección de la población ante eventualidades que ponen en riesgo su salud y su situación económica (no contar con un seguro de salud implica gastar recursos en muchas cosas inexistentes).

Se consultó a aquellos que señalaron “Si” conocer sobre los tipos de seguros, ¿cuáles son los que conocen?, obteniendo un total de 106 respuestas de las cuales los tres seguros identificados en mayor proporción fueron: SIS Gratuito, SIS Independiente/pagante, y el “SIS Familiar”. La referencia a estos seguros suma un 79.2% (acumulado final) del total de las respuestas brindadas a esta pregunta.

Los resultados traen nuevamente a colación la confusión de la población sobre los tipos de seguros, ya que se menciona el seguro de tipo “familiar” el cual no existe. Resultados similares se obtuvieron en la encuesta al

personal en los establecimientos de salud (ver el punto relacionado a la ejecución del proceso y los establecimientos de salud).

Se concluye que, tanto a nivel de la población no asegurada de Ate como del personal encargado de este proceso en los establecimientos de salud, se requiere mecanismos eficaces de difusión y promoción del SIS y sus productos. Iniciando por una adecuada capacitación del personal de la zona quien, al no tener claridad en los contenidos del SIS, reproduce y difunde información errada en su atención a la población.

Al analizar el conocimiento de la población sobre la función del SIS y sus productos, se confirman los hallazgos expuestos en esta investigación. El primero relacionado a la confusión de roles de las instituciones, ya que la población de Ate asume el papel del SIS como prestador del servicio médico y al mismo tiempo como aseguradora. De esta forma el SIS y los establecimientos de salud serían una única entidad, por lo que las dificultades en la atención de los asegurados y no asegurados, la falta de medicamentos, citas, o una mala atención al paciente, se consideran como un problema de gestión del SIS. En el escenario del aseguramiento universal en salud, se requiere que cada entidad asuma su rol y responsabilidad con el ánimo de fortalecer su institucionalidad, evitar la duplicidad de funciones, y recuperar la confianza de la población sobre el sistema de salud.

En segundo lugar, se ratifica la necesidad de mejorar los procesos de capacitación y asistencia técnica a los operadores de los establecimientos de salud, quienes son aliados estratégicos del SIS en la afiliación, la atención de los asegurados, y como canal de promoción de los servicios del seguro, para así reducir el desconocimiento y confusión de la población sobre los procesos y productos del SIS, y promover la afiliación oportuna y voluntaria.

4.3.2. Valoración del proceso de afiliación.

El análisis de este se dividió en dos aspectos: primero, el referido al conocimiento de la población sobre el proceso, que incluye el análisis sobre la fuente de información, el tiempo de demora del proceso, y la postura de la población frente a este; y segundo, el grado de satisfacción de los encuestados sobre el proceso, incluyendo la dificultad del trámite, y las propuestas de mejora del proceso desde la perspectiva de los no asegurados.

4.3.2.1. Conocimiento de la población sobre el proceso de afiliación.

Al consultar a la población de Ate sobre si conocían el trámite de afiliación al SIS o tenían alguna referencia de este: el 44.9% del total de encuestados respondió que “No” conoce el trámite, 22.5% que conoce “Regular” y tiene algunas referencias sobre este, y un 32.6% que “Si” lo conoce.

Estos resultados a diferencia de los anteriores, muestran que si bien los encuestados desconocen o confunden la función del SIS y sus tipos de seguros, una proporción importante de personas conocen el trámite de afiliación. Si bien la proporción de personas que señalan no conocer el trámite (aproximadamente la mitad de encuestados, 44.9%) es significativo, que una proporción importante considere tener referencias de este representa una oportunidad para incorporar a estas al sistema de salud.

Seguidamente se consultó a aquellas personas que señalaron “Si” conocer o “Conocer regular” con algunas referencias, sobre la fuente de información del trámite de afiliación al SIS, obteniendo los resultados de la tabla N° 4.15.

Se obtuvo un total de 149 respuestas, de las cuales destacaron como principales: por “asistencia a la posta para información” (40.9% del total de respuestas), por “vecinos/familiares” (26.2%), y por “asistencia a la

posta por una emergencia” (15.4%). Estas tres respuestas, que en realidad involucran sólo dos fuentes: la posta médica o establecimiento de salud, y los vecinos o familiares, representan el 82.6% (acumulado final) del total de respuestas para esta pregunta.

Tabla N° 4.15: Fuente de información sobre el trámite de afiliación⁴⁹.

FUENTES	%
Asistiendo a una posta para información	40.9%
Vecinos / familiares	26.2%
Asistiendo a una posta por emergencia	15.4%
Asistiendo a la municipalidad	5.4%
Internet	2.7%
Tv	1.3%
MAC	1.3%
Radio	0.7%
Una oficina del SIS	0.7%
Otros	5.4%
TOTAL	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Esto confirma la importancia de que los operadores de los establecimientos de salud tengan claridad en los contenidos del SIS y sus procesos, ya que resultan ser una de las principales fuentes de información no sólo sobre este tema, sino también sobre diversos aspectos vinculados al sistema de salud.

El entorno mediato de la población, como familiares, amigos o vecinos, cumple también un rol importante en la socialización de contenidos, como lo confirman los encuestados.

Cuestión a parte son los resultados que no presentan como relevantes a los medios de comunicación (internet, TV, radio), por lo que las acciones que se propongan para difundir y promocionar el proceso de afiliación y los productos del SIS, deben estar enfocadas al fortalecimiento del trabajo conjunto con los establecimientos de salud.

⁴⁹ No se considera la población que respondió “No” conocer el trámite, ante esta respuesta.

Finalmente, se consultó a la contraparte de los encuestados que indicaron no conocer el proceso de afiliación, el motivo del por qué la población desconoce o no tiene conocimiento de este trámite, obteniendo los siguientes resultados (tabla N° 4.16):

Tabla N° 4.16: Motivos del por qué la población desconoce el trámite de afiliación⁵⁰.

MOTIVOS	%
No hay difusión o publicidad a la población	28.6%
El personal del SIS en la posta u hospital no informa sobre el tema	24.7%
No tengo interés en el tema porque estoy bien de salud	11.7%
La publicidad está dirigida a ciertos sectores de la población	9.1%
No tengo interés en el tema porque tengo otro seguro de salud	9.1%
Conocía el trámite años atrás pero no tengo información actual	5.2%
El personal de la municipalidad encargada del trámite no informa	3.9%
No tengo interés en el tema porque considero pésimo el funcionamiento del SIS	2.6%
Desconozco el trámite porque otro familiar se encarga de eso	2.6%
Otros	2.6%
TOTAL	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se obtuvo un total de 154 respuestas de las cuales resaltan: “No hay difusión o publicidad” (28.6%); “El personal del SIS en la posta no informa del tema” (24.7%), y “No tengo interés en el tema por estar bien de salud” (11.7%). Estas respuestas representan el 64.9% (acumulado final) del total de respuestas obtenidas en esta pregunta.

Del análisis de estos resultados se concluyen dos situaciones constantes en el distrito: primero, la necesidad de mejorar el proceso de atención de parte de los operadores en los establecimientos de salud, lo que involucra también fortalecer el proceso de supervisión y capacitación de este personal por parte del SIS; y segundo, el desinterés de la población por contar de forma oportuna con un seguro de salud, lo que se conoce como la baja cultura de aseguramiento en salud.

⁵⁰ La tabla se elabora en base a las respuestas de aquellos encuestados que señalaron NO conocer el trámite de afiliación, que corresponde al 44.9% del total de encuestados, 120 personas.

4.3.2.2. Satisfacción de la población sobre el proceso de afiliación.

La investigación parte del concepto de satisfacción propuesto por Tarrillo, descrita como: “el nivel del estado de ánimo de un individuo como resultado de efectuar una comparación del rendimiento o valor de logro percibido de un bien, servicio o producto con el rendimiento esperado según sus expectativas” (2018: 29).

De esta manera, la satisfacción de los encuestados se determinaría a partir de las expectativas creadas por información de diversas fuentes como los amigos, medios de comunicación, entre otros, sobre el trabajo del SIS y su proceso de afiliación, contrastada con su propia experiencia en el uso de los servicios de salud pública. Para conocer el grado de satisfacción de la población sobre el proceso de afiliación, se planteó una pregunta cerrada con alternativas múltiples, obteniendo los resultados expuestos en la tabla N° 4.17. Esta pregunta se aplicó a los encuestados que señalaron “Si” conocer el proceso, o “Conocer regular”.

Tabla N° 4.17: Satisfacción de la población sobre el proceso de afiliación.

CATEGORIAS	%
Totalmente satisfecho	4.1%
Muy satisfecho	16.3%
Medianamente satisfecho	25.9%
Poco satisfecho	32.7%
Nada satisfecho	18.4%
No sabe/No opina	2.7%
TOTAL	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Sólo el 20.4% (acumulado final) del total de encuestados indicó estar “Totalmente satisfecho” y “Muy satisfecho”. Este resultado es superado por aquellos que indican estar “Poco satisfechos” (32.7%), e incluso aquellos que responden estar “Medianamente satisfecho” (25.9%). El análisis de este resultado determina que esta proporción que indica estar

mediamente satisfecho, al mínimo incidente, referencia, o experiencia negativa con el SIS, estaría cambiando su opinión a “poco” o “nada satisfecho”, por lo que las acciones que se tomen a corto y mediano plazo deben estar enfocadas a esta población por la fragilidad de su opinión.

Resalta también de estos resultados que una proporción importante de encuestados, 75% en promedio del total, indica no estar satisfecho o plenamente satisfecho en algún grado sobre el trámite de afiliación al SIS. Para entender el motivo de esta insatisfacción, se consultó sobre la dificultad percibida acerca del trámite, obteniéndose los resultados expuestos en la tabla N° 4.18.

Tabla N° 4.18: Percepción sobre la dificultad del trámite de afiliación al SIS⁵¹.

RESPUESTAS	%
Si, si es complicado	25.5%
Regularmente complicado	15.0%
No, no es complicado el trámite	37.1%
No sabe / No opina	22.5%
TOTAL	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Aquellos que consideran el trámite “complicado” o “regularmente complicado” ascienden a un 40.4% (acumulado final) del total de encuestados, mientras que el 37.1% considera que “no es complicado el trámite”. Si bien los resultados no muestran diferencias significativas, se determina que la mayor proporción de encuestados “No” la considera complicada, ya que se cuenta también con una proporción que podría acrecentar esta percepción al considerarla “medianamente complicada”.

Al analizar este resultado con el obtenido de la pregunta del por qué la población desconoce el trámite de afiliación, en la que una proporción de encuestados señalan como motivo “la falta de interés de la población”,

⁵¹ La tabla se elabora en base a las respuestas de aquellos encuestados que señalaron SI conocer el trámite de afiliación, y conocerlo REGULAR por algunas referencias. No se incluye a aquellos que NO conocen el trámite.

muestra la desidia de la gente en relación al aseguramiento oportuno. Una parte importante de los encuestados de Ate reconoce que la afiliación no es complicada, pero reconoce también el desinterés de la población. Como respuesta a esta situación, es que el MINSA a través del SIS en el marco del aseguramiento universal en salud, emprendió la creación del nuevo seguro SIS Para todos, el cual inicio con afiliaciones masivas a la población que no contaba con un seguro de salud.

Punto a parte, se consultó también al total de encuestados (267 personas) sobre qué cambios o mejoras se requieren para facilitar la afiliación de la población, obteniéndose los resultados expuestos en la tabla N° 4.19.

Tabla N° 4.19: Propuestas de cambio o mejora sobre el proceso de afiliación, desde la perspectiva del encuestado.

CATEGORIAS	%
Capacitar al personal del SIS sobre el buen trato	19.3%
Reducir el tiempo de trámite de afiliación	17.3%
Aumentar personal del SIS en postas y hospitales	14.8%
Aumentar publicidad sobre el trámite de afiliación	14.1%
Aumentar presupuesto para las oficinas donde se realiza la afiliación	10.4%
Afiliar a través del celular, la computadora u otro equipo	7.7%
El personal del SIS realice visitas casa por casa	5.2%
Mejorar la atención de los pacientes SIS en las postas y hospitales	4.9%
Que el trámite de afiliación sea gratuito desde el inicio	3.0%
Verificar que toda empresa/negocio tenga su personal afiliado a un seguro	0.5%
Otros motivos	2.0%
En blanco	1.0%
TOTAL	100%

Fuente: Elaboración propia.

A partir del análisis de las respuestas predominantes, se concluye que las propuestas de mejora desde los no asegurados se enfocan en dos aspectos puntuales: el primero relacionado a los recursos en los puntos de afiliación (principalmente los establecimientos de salud), ya que se habla de capacitar al personal, sumar personal, e incrementar el presupuesto; y segundo, en aspectos propios del proceso y la función del

SIS, como reducir los trámites y mejorar la promoción/difusión de la afiliación.

La gestión de recursos que refiere el primer aspecto, recae sobre la DIRIS y el MINSA, siendo el segundo aspecto competencia directa del SIS. Al hablar de un sistema de salud en el marco de la política de aseguramiento universal, se requiere que cada actor asuma su rol y al mismo tiempo trabajen de forma coordinada y complementaria logrando la sinergia necesaria para abordar el problema de forma integral. Si bien el escenario descrito hasta el momento muestra limitaciones tanto a nivel de los actores institucionales como a la baja cultura de aseguramiento en salud, la problemática no encontrará su camino de solución con el trabajo aislado de cada entidad sino a través del trabajo conjunto en el que los recursos y las capacidades se dispongan con un único objetivo, el bienestar de la población.

Finalmente, en relación al conocimiento que la población tiene sobre el proceso de afiliación y la valoración del mismo, los resultados hallados permitieron ser contrastados con los principios y normas expuestos por la OMS como necesarios en la implementación de políticas con enfoque de derechos. Los principios de *disponibilidad* y *accesibilidad* son reconocidos por la población, al reconocer los tipos de seguros SIS y que el acceso a ellos no es complicado o en su defecto es medianamente complicado. Al hablar del principio de *aceptabilidad*, tanto el trabajo del SIS como su proceso de afiliación son valorados como regular, y en menor proporción como buena. El principio de *calidad* queda pendiente, ya que una proporción considerable de encuestados señalan estar poco satisfechos, y medianamente satisfechos sobre como es el proceso de afiliación. Y el principio de *universalidad* es una constante en el trabajo del SIS y de los que forman parte del escenario del aseguramiento universal en salud, que se consolida en el último año con la creación del nuevo SIS Para todos.

De esta manera, el análisis de los hallazgos de esta investigación, muestra que el proceso de afiliación como línea de acción central del SIS, se enmarca en los principios y normas de implementación de políticas con enfoque de derechos.



CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

- En relación al objetivo general de esta investigación, los factores críticos que influyeron en el proceso de afiliación y dificultaron la cobertura de la población no asegurada al SIS del distrito de Ate (2016-2019), se presentan a nivel de dos dimensiones: la dimensión administrativa y la dimensión política. En la primera se encuentran factores como: la falta de personal (en todos los órganos del SIS); procesos deficientes de capacitación y asistencia técnica (interna y externa al SIS); y la necesidad de instrumentos estandarizados de evaluación de los procesos. A nivel de la dimensión política, se identifica la necesidad de mejorar el trabajo articulado del SIS con la DIRIS y/o el MINSA en relación a la situación de los establecimientos de salud, a través de alternativas que superen la inestabilidad laboral del personal y la falta de recursos, situaciones que afectan la normal ejecución de los procesos.
- En cuanto al primer objetivo específico de investigación, al analizar el diseño estratégico del SIS y su proceso de afiliación en el marco de la política de aseguramiento universal, se determina que este se encuentra claramente definido en relación a: los objetivos estratégicos; la estructura orgánica; la asignación de funciones; la definición de procesos; y la articulación interinstitucional. Sin embargo, se identifica limitaciones en determinados componentes del diseño, como es el establecimiento de metas claras de cobertura; la gestión de recursos; y deficiencias en la evaluación de procesos. Esta última vinculada a la limitada disponibilidad de recurso humano que complemente y facilite la labor del órgano de línea encargado del proceso de afiliación (GA) y sus órganos desconcentrados (GMR CEN MED, UDR, OAA).

- En relación a la implementación y ejecución del proceso de afiliación al SIS en Ate, que abarca acciones desarrolladas desde la GA, la GMR CEN MED, la UDR Lima Este, hasta la OAA Huaycán y los establecimientos de salud en la zona, se reconoce una serie de factores que han posibilitado el desarrollo de este proceso a pesar de las limitaciones. Entre estos factores están: la creación de una OAA en la zona de Huaycán, que descentraliza los trámites de afiliación; la experiencia y el dominio de los procesos por parte del personal operativo del SIS; la alta automatización de los procesos informáticos de afiliación y verificación de los padrones de afiliados; y la articulación del proceso a través del trabajo conjunto con los establecimientos de salud.

Contrariamente a lo mencionado, los factores que dificultan la implementación y ejecución del proceso de afiliación son: la falta de personal a nivel de las unidades del SIS, incluyendo a los establecimientos de salud donde tampoco se cuenta con este recurso; a este último se suma la alta rotación del personal en los establecimientos que dificulta la sostenibilidad de los procesos; deficiencias en los procesos de capacitación y fortalecimiento de capacidades; y la necesidad de contar con mecanismos e instrumentos estandarizados de evaluación de los procesos.

- En relación al último objetivo específico de investigación, el trabajo de campo con la población no asegurada de Ate en el que se abordó cuestiones relacionadas a su conocimiento sobre la función del SIS, los tipos de seguros, y su valoración del proceso de afiliación, permitió conocer aspectos a considerarse en la formulación de propuestas de mejora. Entre los resultados se identifica que el 42% del total de encuestados califican el trabajo del SIS como “buena” y “regular”; y 37.1% del total considera que el trámite de afiliación “no es complicado”.

La información de campo reveló también que más de la mitad de los encuestados (68.5% del total) “no conoce” los diferentes tipos de seguro, reconociéndose sólo el SIS Gratuito y SIS Independiente (conocido como SIS pagante); 44.9% del total “no conoce el trámite de afiliación” ni tiene referencias sobre este; y entre los motivos que los encuestados resaltan del porque la población no se afilia al seguro resaltan “la falta de difusión del proceso”, “la poca información por parte de los establecimientos de salud” y “por el desinterés de la población”.

- Finalmente, el análisis de la información obtenida en esta investigación a partir del enfoque de la Gerencia Social, permite identificar problemas de gestión a nivel estructural en el SIS (interno), y a nivel del trabajo conjunto con los actores partícipes de la política de aseguramiento universal (externo). La deficiencia en la definición estratégica del proceso, así como el escaso recurso humano, y la limitada ejecución de procesos de capacitación y evaluación, resaltan la necesidad del fortalecimiento organizacional y el empleo de herramientas de gestión necesarias y fundamentales para pensar en un escenario en el que se desarrolle la co-gestión del proceso de afiliación, como parte del objetivo institucional del SIS y el objetivo misional del Ministerio de Salud a través de su política de Aseguramiento Universal en Salud.

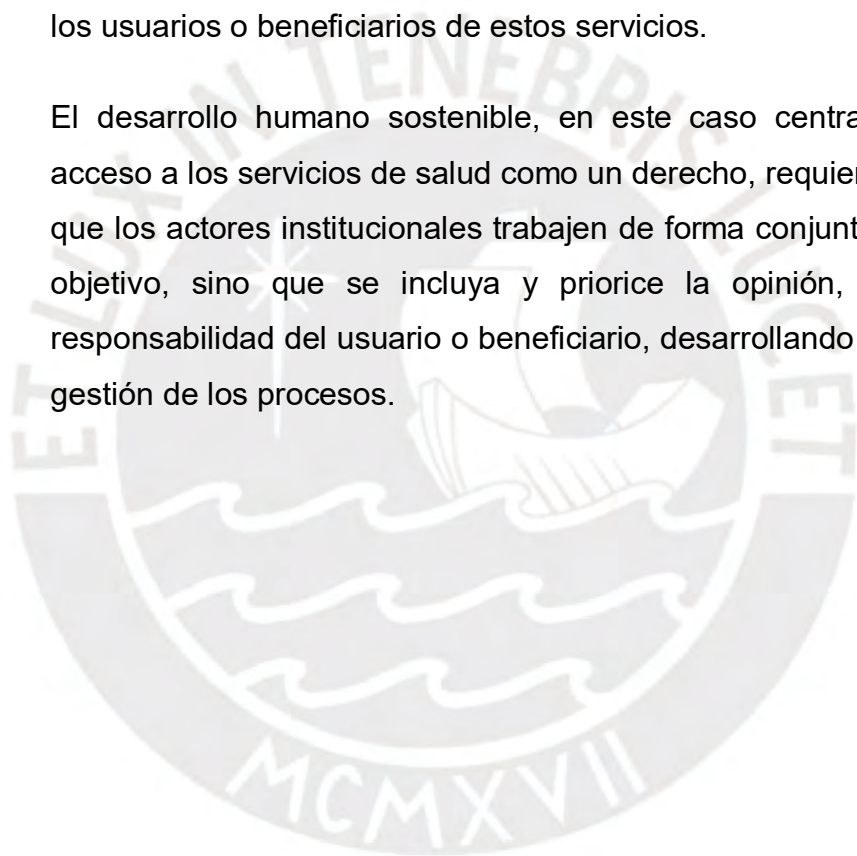
El deficiente mecanismo de asistencia técnica a los operadores y las fallas de sostenibilidad en la ejecución de procesos, bajo la responsabilidad del SIS y la Dirección Regional en Salud Lima Este a través de los establecimientos de salud, muestran la necesidad de reafirmar el rol institucional de cada actor y el establecimiento de corresponsabilidades en el trabajo interinstitucional, con compromisos a mediano y largo plazo, teniendo como centro de acción el ciudadano.

5.2. Recomendaciones.

- Se recomienda al órgano de línea responsable del proceso de afiliación (GA) y a la jefatura institucional del SIS, evaluar la posibilidad de implementar de forma estratégica Oficinas de Atención al Asegurado (OAA) en los distritos de alta densidad poblacional, ya que estas fueron reconocidas por estudios realizados y los profesionales incluidos en esta investigación, como medidas acertadas de acercar el SIS a la población, descentralizando los procesos y velando por el cumplimiento de los derechos de los asegurados.
- Al establecer mecanismos de capacitación y evaluación de los procesos, incluir necesariamente al personal operativo que brinda la atención directa a la población. Si bien el escaso recurso humano con que cuentan los órganos encargados de este proceso ha limitado la posibilidad de desarrollar estas actividades con regularidad y mayor alcance, los avances tecnológicos están permitiendo actualizar la información en tiempo real, así como también tener un mayor alcance e impacto en la población objetivo. Por ende, se recomienda realizar procesos tanto virtuales como presenciales (con las restricciones del caso en una situación de pandemia) que incluya a los operadores, y se realicen en espacios y condiciones que faciliten su participación.
- Se recomienda estandarizar los instrumentos de evaluación de los procesos en base a las propuestas de los mismos órganos desconcentrados del SIS y los mecanismos que ellos hayan establecido para el cumplimiento de estos procesos. De esta manera se contaría con instrumentos elaboradas en base a la realidad y capacidad de las unidades operativas, que facilitaría su manejo y aplicación tanto para el evaluador como para los ejecutores.

- Desde la Gerencia Social, se recomienda fomentar la participación de la sociedad civil organizada en la ejecución de los procesos de difusión y evaluación, tanto del trabajo del SIS como de los operadores de salud involucrados en la política de Aseguramiento Universal en Salud. La investigación no identificó iniciativas (más allá de la auditoría realizada del proceso de afiliación el 2016) que promuevan la participación ciudadana en estos procesos, por lo que se requiere se establezcan mecanismos claros y continuos de mejora desde la perspectiva de los usuarios o beneficiarios de estos servicios.

El desarrollo humano sostenible, en este caso centrado en el acceso a los servicios de salud como un derecho, requiere no sólo que los actores institucionales trabajen de forma conjunta bajo un objetivo, sino que se incluya y priorice la opinión, acción y responsabilidad del usuario o beneficiario, desarrollando así la co-gestión de los procesos.



CAPÍTULO VI: PROPUESTA APLICATIVA

6.1. Título de la propuesta.

“Diseño e implementación del módulo virtual multiplataforma de capacitación y asistencia técnica, para los operadores de los establecimientos de salud y órganos del SIS encargados del proceso de afiliación”.

6.2. Descripción de la propuesta.

La investigación “Factores que influyeron en la gestión del proceso de afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) y dificultaron la cobertura de la población no asegurada, en el marco de la Política de Aseguramiento Universal en Salud” concluye que los principales factores que dificultan la ejecución de este proceso, están relacionados a la escasa disponibilidad de recurso humano y la necesidad de procesos de capacitación y asistencia técnica eficaces, oportunos y accesibles a los distintos operadores (tanto internos como externos al SIS).

Ante estos factores y la constante necesidad de atender y resolver los requerimientos de la población, en el marco del proceso de modernización del estado y el cumplimiento de la política de aseguramiento universal en salud, es que se plantea como medida complementaria a las labores que viene desarrollando la gerencia respectiva del SIS, diseñar e implementar un entorno virtual en el que se brinde de forma oportuna, confiable, accesible, precisa y estandarizada, información sobre el proceso de afiliación al seguro.

El avance tecnológico de los últimos años en el que las clases, talleres, evaluaciones, juntas médicas, entre otros, se desarrollan de forma remota a través del uso del internet, así como la masificación del uso de dispositivos tecnológicos como celulares, tablet, iPod, entre otros, cada vez más accesibles, está permitiendo romper barreras geográficas y

temporales (con sesiones no sólo sincrónicas, sino anacrónicas) para el acceso a información de parte de la población.

Es así que este desarrollo tecnológico se presenta como una oportunidad para abordar los diversos problemas de gestión de una entidad, desde otra perspectiva en algunos casos económica, eficaz, y moderna. Si bien la implementación y ejecución de políticas y programas presentan limitaciones de diversa índole, la automatización de procesos para una correcta ejecución, control y evaluación resultan necesarias sin relevar la dimensión social de las políticas públicas.

De igual forma, al unísono de este desarrollo tecnológico y la necesidad de disponer de este tipo de medidas, que se enmarquen en el desarrollo o la generación de valor social, es que esta propuesta parte también del enfoque de innovación social, entendido como un proceso disruptivo a partir del trabajo conjunto de los agentes vinculados a la política, mediante este módulo que conjuga el avance tecnológico y la experiencia técnica del SIS en la ejecución del proceso de afiliación.

El desarrollo del módulo que aquí se propone estará a cargo de la Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) del SIS, en conjunto con la Gerencia del Asegurado (GA). Este módulo estará enfocado a: brindar capacitación a los distintos operadores del proceso de afiliación, tanto internos como externos del SIS con contenido claro, específico y gráfico sobre este proceso; y brindar asistencia técnica de forma sincrónica y anacrónica sobre los trámites. Se enfocará principalmente a los operadores de los establecimientos de salud, quienes por razones expuestas en la investigación no disponen de información actual sobre el SIS. Se considera diseñar e implementar un módulo multiplataforma, ya que la realidad en cuanto a disponibilidad de recursos de los diversos establecimientos de salud, en los que no se cuenta con sistemas de cómputo modernos, acceso a internet, o personal capacitado, limitaría el acceso de los operadores, por lo que se requiere un módulo virtual que

pueda usarse tanto en computadoras de escritorio, como en celulares u otro dispositivo tecnológico.

En el caso que el personal responsable de la afiliación en el establecimiento sea cambiado de área, termine su vínculo laboral, salga de vacaciones u otro motivo, el personal nuevo que asuma su función, tendrá a disposición un módulo virtual de capacitación, en el cual encuentre información gráfica sobre los procesos de afiliación al SIS; información sobre los tipos de seguro y sus requisitos; información sobre la desafiliación; entre otros de interés de la población y las funciones del personal. De igual forma tendrá acceso a asistencia técnica en tiempo real según horarios establecidos por el SIS. De esta manera se afronta la falta de personal de parte del SIS para realizar con regularidad las capacitaciones a los establecimientos de salud; se asegura tener un mayor alcance a nivel geográfico ya que no se requiere del traslado del personal; y se brinda información actual y estandarizada a los operadores del proceso, con el fin de evitar se tergiversen los trámites y requisitos limitando o retrasando el proceso de afiliación.

De forma complementaria a la elaboración de este módulo virtual, los contenidos que en ella se emplee se producirán en formato de textos para ser distribuidos a los mismos establecimientos de salud. De esta forma el personal podrá contar con un módulo virtual e impreso, para el caso de aquellos que por diversas razones no puedan acceder a un dispositivo electrónico.

1.2.1. Resultados esperados con indicadores de evidencia.

Los resultados que alcanzará la puesta en marcha del módulo virtual de capacitación y asistencia técnica para los operadores del SIS y el personal de los establecimientos de salud son (ver tabla N° 6.1):

Tabla N° 6.1: Resultados esperados e indicadores.

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR
Los operadores encargados del proceso de afiliación en los establecimientos de salud disponen de información y asistencia técnica sobre el proceso en tiempo real.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de ingresos al módulo virtual de capacitación. • N° solicitudes de asistencia técnica o consultas en el módulo virtual.
Los operadores encargados del proceso en el SIS complementan sus conocimientos a través de la asistencia técnica del módulo virtual.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de solicitudes de asistencia técnica o consultas en el módulo virtual.
Incremento del número de afiliaciones en los establecimientos de salud habilitados para el uso del módulo virtual y las guías impresas.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de afiliaciones nuevas durante el mes en el establecimiento de salud.
Estandarizar el proceso de atención a la población que acude a los establecimientos de salud, respetando los procesos y requisitos.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de capacitaciones brindadas de forma sincrónica a través del módulo virtual. • N° de encuestas resueltas correctamente por parte del personal del establecimiento de salud en la etapa de monitoreo.
La población que acude a los establecimientos de salud accede a información veraz y clara.	<ul style="list-style-type: none"> • % de personas que acuden al EESS y señalan tener claridad del trabajo del SIS y su proceso de afiliación (recogida en la visita de verificación / supervisión de la GA a los EESS).
La gerencia del asegurado incrementa su producción de capacitaciones y sesiones de asistencia técnica a los operadores del proceso de afiliación en el SIS y los EESS.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de ingresos al contenido de capacitación en el módulo virtual de parte de los operadores del SIS y EESS. • N° de sesiones de asistencia técnica atendidas a través del módulo virtual.

Fuente: Elaboración propia.

1.2.2. Objetivos.

Los objetivos propuestos para la presente propuesta son:

- Fortalecer los conocimientos y capacidades del personal operativo de las oficinas del SIS y los establecimientos de salud encargados del proceso de afiliación.
- Proveer información de forma clara, accesible, y oportuna a los operadores de los establecimientos de salud sobre la afiliación al SIS.

- Establecer criterios estandarizados de atención a la población por parte de los operadores, bajo el respeto de los requisitos y las etapas del trámite de afiliación.
- Fortalecer el rol de la Gerencia del Asegurado (GA) como órgano de línea responsable de las actividades de capacitación y asistencia técnica sobre el proceso de afiliación al SIS.

1.2.3. Descripción de las acciones (componentes).

La propuesta de diseño e implementación de un módulo virtual multiplataforma que facilite los procesos de capacitación y asistencia técnica, se sustenta sobre 4 acciones fundamentales que posibilitarán el éxito de su gestión. Estos son:

Coordinación interinstitucional de los actores del sector salud vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud. El equipo directivo tendrá la función de establecer alianzas interinstitucionales que permitan la implementación del módulo, y su participación a través de: la elaboración de los padrones del personal encargado en cada establecimiento de salud sobre el proceso de afiliación, así como su jefatura; la distribución de las guías impresas elaboradas por el SIS; el mantenimiento o habilitación de sistemas de cómputo básico en los establecimientos de salud; entre otros que se considere oportuno para los objetivos de esta propuesta y en beneficio de la población.

Elaboración de contenidos para el entorno virtual e impreso de forma interdisciplinaria y acorde a la realidad de los establecimientos de salud. La conformación de equipos encargados del diseño, la elaboración de contenidos y la asistencia técnica en relación al proceso de afiliación al SIS, involucra la participación de profesionales que construirán información clara, amigable y sólida sobre el proceso en cuestión. La elaboración de los contenidos tendrá el soporte de los profesionales de la Gerencia del Asegurado (GA) quienes, en base a su experiencia de capacitación y asistencia técnica, ayudarán en la construcción de la

información para el módulo virtual y las guías impresas. El conocimiento de la situación de los establecimientos de salud es fundamental, para desarrollar información acorde a sus necesidades y capacidades.

Implementación de un módulo multiplataforma de fácil acceso, amigable, y dirigido al personal operativo de los establecimientos de salud y oficinas del SIS. La implementación del módulo será permanente en el sentido de que se actualizarán los contenidos de acuerdo al cambio de los procesos o las normativas. De igual forma la realización de actividades sincrónicas posibilitarán la identificación de debilidades en el sistema del módulo para las correcciones respectivas. Conociendo la tendencia a la rotación del personal en los establecimientos de salud o la falta de este, el módulo virtual y las guías impresas deben mostrarse accesibles, claras y amigables para el personal que asume este proceso. Para el caso de los operadores de las oficinas del SIS, la implementación de este módulo estará enfocado a la asistencia técnica en tiempo real, de preferencia a través de video llamadas por Zoom o Google Meet.

Proceso de monitoreo, evaluación y retroalimentación del funcionamiento del módulo virtual y las guías impresas. Estos procesos serán fundamentales para la identificación de debilidades y fortalezas tanto a nivel de los establecimientos de salud, el personal operativo de las oficinas del SIS y el propio módulo virtual y las guías, para fortalecer o realizar las correcciones de forma oportuna.

6.3. Desarrollo de los componentes de la propuesta.

Esta propuesta de diseño e implementación del módulo virtual de capacitación y asistencia técnica cuenta con una serie de componentes, que se exponen a continuación divididos en dos niveles:

6.3.1. A nivel de actores: La propuesta está conformada por 4 equipos que configuran también la estructura organizativa. Estos son:

Equipo directivo ejecutor del módulo. Conformado por 4 profesionales: 1 representante de la Jefatura Institucional del SIS; 1 representante de la Gerencia del Asegurado (GA); 1 representante de la Oficina de Tecnología de la Información (OGTI); y 1 representante de la Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia (OGIIT). El equipo debe estar conformado por representantes de las principales áreas del SIS vinculadas al proceso de afiliación (GA), manejo de sistemas informáticos (OGTI), distribución de contenidos institucionales (OGIIT), con el soporte de la jefatura institucional para darle continuidad y sostenibilidad a la ejecución del módulo.

Funciones:

- Tomar decisiones sobre la gestión del módulo.
- Aprobar los contenidos elaborados y difundidos a través del módulo virtual y las guías impresas.
- Elaborar y aprobar las medidas correctivas necesarias a partir del diseño, implementación, monitoreo y evaluación del módulo y las guías impresas.
- Verificar el cumplimiento de las actividades propuestas en la ejecución del módulo, y el logro de los objetivos.
- Establecer y velar por las relaciones horizontales y el flujo de información entre los distintos equipos que conforman la parte operativa de la organización.
- Establecer relaciones institucionales con entidades vinculadas al proceso de afiliación al SIS.
- Representar a la organización ejecutora del módulo virtual y las guías impresas, tanto interna como externamente al SIS.

Equipo técnico encargado del diseño y manejo del módulo virtual. Conformado por ingenieros informáticos, y especialistas en programación y desarrollo web. Los primeros estarán a cargo del soporte técnico sobre el funcionamiento de los equipos informáticos y demás requerimientos a nivel de los procesos de diseño, implementación, monitoreo y evaluación.

Los especialistas en programación y desarrollo estarán a cargo del entorno digital, creando el módulo, las funcionalidades, las bases de datos, entre otros. Se determinará un coordinador de equipo con capacidades gerenciales.

Funciones:

- Elaborar el módulo virtual de capacitación y asistencia técnica.
- Proveer de soporte técnico a nivel de hardware en la sede central del SIS, que asegure el correcto funcionamiento del entorno digital.
- Diseñar el módulo a nivel digital, con los accesos, las funcionalidades del módulo, la inserción y reelaboración de contenidos.
- Brindar soporte técnico para la realización de actividades sincrónicas y anacrónicas.
- Brindar el soporte requerido desde el ámbito de su competencia a los equipos que conforman la organización ejecutora del módulo virtual y las guías impresas.

Equipo técnico responsable de la elaboración de contenidos y guías impresas. Conformado por profesionales de ciencias de la comunicación, un especialista en pedagogía y un productor audio visual. Este equipo tendrá a cargo elaborar los contenidos desde un enfoque creativo y pedagógico, con una producción audio visual que sea amigable para los operadores encargados del proceso de afiliación. Se determinará un coordinador de equipo con capacidades gerenciales.

Funciones:

- Elaborar los contenidos que se emplearán en el módulo virtual y las guías impresas.
- Establecer estrategias pedagógicas que posibiliten la transmisión de contenidos claros, de impacto y amigables para los operadores del proceso de afiliación.

- Producir contenidos que empleen los diversos recursos audio visuales que faciliten el aprendizaje de los operadores.
- Adecuar el contenido empleado en el módulo virtual para su reproducción en las guías impresas, manteniendo su estructura y la información usada.
- Brindar el soporte requerido desde el ámbito de su competencia a los equipos que conforman la organización ejecutora del módulo virtual y las guías impresas.

Equipo técnico responsable de la implementación, monitoreo y evaluación del módulo virtual y las guías impresas. Conformado por profesionales de afiliaciones de la GA y asesores de servicios. Este equipo tendrá bajo su responsabilidad la realización de las actividades sincrónicas y anacrónicas. Sincrónicas para la realización de la asistencia técnica en tiempo real en determinados horarios, y anacrónicas por su participación en la realización de videos y demás contenidos sobre el proceso de afiliación, que posteriormente serán cargadas al módulo virtual de capacitación o reproducidas en las guías impresas.

El profesional de afiliaciones, quien domina el proceso a nivel normativo y técnico, participaría de la elaboración de los videos y/o actividades anacrónicas, y el asesor de servicios en la asistencia técnica en tiempo real por su experiencia en la atención de la población. Estas responsabilidades no excluyen de la participación del profesional en otras actividades que el equipo directivo considere.

El proceso de implementación y evaluación estará a cargo del profesional de afiliaciones, mientras que la etapa de monitoreo estará a cargo del asesor de servicios. Se determinará un coordinador de equipo con capacidades gerenciales.

Funciones:

- Implementar, ejecutar, monitorear y evaluar el módulo virtual y las guías impresas.

- Participar de la elaboración de las actividades sincrónicas y anacrónicas que formarán parte del módulo virtual y serán reproducidas en las guías impresas.
- Diseñar mecanismos que posibiliten el cumplimiento de las etapas consideradas (implementar, ejecutar, monitorear y evaluar) con el soporte de los equipos que forman parte de esta organización.
- Proveer de información sobre el cumplimiento de los procesos y los avances al equipo directivo para el establecimiento de medidas correctivas en el funcionamiento del módulo virtual y las guías impresas.
- Brindar el soporte requerido desde el ámbito de su competencia a los equipos que conforman la organización ejecutora del módulo virtual y las guías impresas.

6.3.2. A nivel de procesos: La propuesta está conformada por 4 procesos principales que permiten la sostenibilidad del módulo virtual y las guías impresas. El orden lógico es el siguiente, pero son procesos que se desarrollan en paralelo, por lo que la secuencia en la aplicación del módulo no es definitiva. Estos son:

Establecimiento de alianzas estratégicas con actores del escenario del aseguramiento universal en salud. El equipo directivo que encabeza la organización del módulo virtual y guías impresas, deberá establecer alianzas con las entidades vinculadas al proceso de afiliación al SIS. En primera instancia con el ente rector del sector salud, el MINSA, y la Dirección Regional en Salud (DIRIS Lima Este), esto para asegurar la participación y el compromiso de estas entidades en la ejecución de los procesos. El establecimiento de alianzas no involucra necesariamente la inversión de recursos tanto para el SIS ni para los actores mencionados, sino se busca el soporte institucional que fortalezca las relaciones entre las entidades, asegure el liderazgo, la legitimidad de las acciones que se emprendan, y se recupere la confianza en el trabajo coordinado tanto para los establecimientos de salud, como para la población en general.

De igual forma se requerirá la autorización y participación de las entidades antes mencionadas para la etapa inicial de la implementación del módulo virtual que considera la inducción mediante charlas o capacitaciones virtuales a los directivos o responsables de estos establecimientos; la elaboración del registro o padrón del personal encargado de este proceso en cada uno de los establecimientos; la asignación de accesos al módulo virtual el cual se realizará al directivo responsable del establecimiento más no al personal operativo del proceso de afiliación, ya que como se expuso esta área sufre de rotación de personal; y la posibilidad de mejorar las condiciones laborales de los establecimientos en relación al mobiliario o el sistema de cómputo básico que se requiere para el acceso al módulo.

Las capacitaciones a los directivos de los establecimientos de salud, se realizarán por única vez a modo de presentación del uso del módulo virtual y las guías impresas. De no poder realizarse o sufrir cambios a nivel de la estructura orgánica del establecimiento, las capacitaciones e inducciones ya se realizarán a través del módulo virtual.

Elaboración de contenidos para sesiones sincrónicas y anacrónicas.

A través del trabajo coordinado del equipo de “Diseño y manejo del módulo”, el equipo de “Elaboración de contenidos y guías”, y el equipo de “Implementación, monitoreo y evaluación del módulo”, se diseñará el entorno virtual del módulo y los contenidos que llevará. Realizarán propuestas de diseño y contenidos los cuales serán derivados al equipo directivo para su evaluación, retroalimentación y aprobación para la elaboración de los modelos finales. De igual forma se tendrá una propuesta de versión impresa para las guías escritas, las cuales también serán evaluadas por el equipo directivo.

Una vez se apruebe la propuesta de diseño y contenidos, se elaborará el material que será cargado al módulo virtual e impreso en las guías escritas. Esta elaboración se realizará a modo de modelo previo a la publicación oficial del entorno virtual.

Concluido la elaboración de estos modelos de módulo y guías escritas, se deriva nuevamente al equipo directivo, para su aprobación final y publicación. Con la autorización de publicación por el equipo directivo, se lanza oficialmente el módulo virtual con su respectiva versión. De igual forma se empieza la reproducción de las guías impresas para su distribución física.

De forma regular y acorde a los cambios normativos, se actualizarán los contenidos del módulo virtual con su respectiva versión. La actualización de contenidos y versiones no implica la creación de nuevos módulos, sino tan sólo la variación de su contenido. La elaboración de estos contenidos se enfocará a las actividades anacrónicas, con la creación de videos de capacitación y presentaciones en Power Point (PPT) principalmente. Esta misma información será la que se reproduzca de forma impresa en las guías escritas.

En relación a las actividades sincrónicas, el contenido de este será realizado principalmente por el equipo “Implementación, monitoreo y evaluación del módulo” quienes a través de la comunicación en línea, brindará asistencia técnica al personal operativo en los horarios previamente establecidos por el equipo directivo. La asistencia técnica se realizará principalmente vía telefónica. Acorde al desarrollo de las actividades de funcionamiento del presente módulo y la situación de los operadores y establecimientos de salud, se evaluará la posibilidad de implementar la asistencia técnica a través de video llamadas. Para el caso de los operadores del SIS, la asistencia técnica incluirá video llamadas por Zoom y/o Google Meet.

Proceso de implementación de los módulos y las guías escritas. El proceso de implementación se orientará a dos actores: los operadores del SIS, y los operadores de los establecimientos de salud.

- La implementación del módulo y guías para el personal del SIS se realizará de forma retoma. Previo a esto se crearán y asignarán los accesos informáticos correspondientes para el personal que viene cumpliendo la función de afiliación al SIS.

Con la distribución de los accesos se realizará la presentación del módulo e inducción de su manejo a través de video llamada en el que se absolverán las dudas y consultas. La experiencia del personal en el uso de entornos virtuales, permitirá la presentación del módulo bajo esta modalidad. Posterior a esto toda capacitación o necesidad de asistencia técnica se realizará a través del módulo virtual.

La distribución de guías para este personal estará a cargo del jefe inmediato de la unidad a la cual pertenece.

- La implementación del módulo y guías para los operadores de los establecimientos de salud, inicia con la entrega del registro del personal que labora con esta función a nivel de cada uno de los establecimientos de salud del distrito. La elaboración de este registro estará a cargo de la DIRIS Lima Este, o en su defecto a cargo de la entidad competente del MINSA.

Una vez se facilite al SIS este registro, se procederá con la creación de los accesos informáticos al módulo para su distribución.

Estos accesos se asignarán al jefe del establecimiento de salud y al personal responsable del proceso. Se creará sólo un acceso por cada establecimiento, y el usuario y la contraseña serán compartidas por ambos profesionales.

Una vez asignados los accesos, se realizará un taller de presentación e inducción del módulo virtual y las guías escritas dirigida al jefe del establecimiento y al personal operativo. Se enfatizará la participación del personal encargado del proceso. En el caso que el establecimiento o el personal no pueda participar

de la actividad, la capacitación la recibiría posteriormente a través del mismo módulo virtual.

Para la distribución de las guías escritas, estas serán entregadas a la DIRIS Lima Este para su distribución a los establecimientos de salud. Por razones estratégicas las guías serán distribuidas antes de la realización de la presentación del módulo.

Ya en funcionamiento del módulo, toda consulta o necesidad de asistencia técnica será atendida por el módulo virtual mediante las actividades sincrónicas y anacrónicas. En el caso de fallas en el módulo, inconvenientes con la compatibilidad de los equipos, problemas de contraseña, u otros, estos serán atendidos a través del correo electrónico institucional establecido para la gestión de este módulo (@sis.gob.pe). Esta atención por correo electrónico es el plan de contingencia de funcionamiento del módulo.

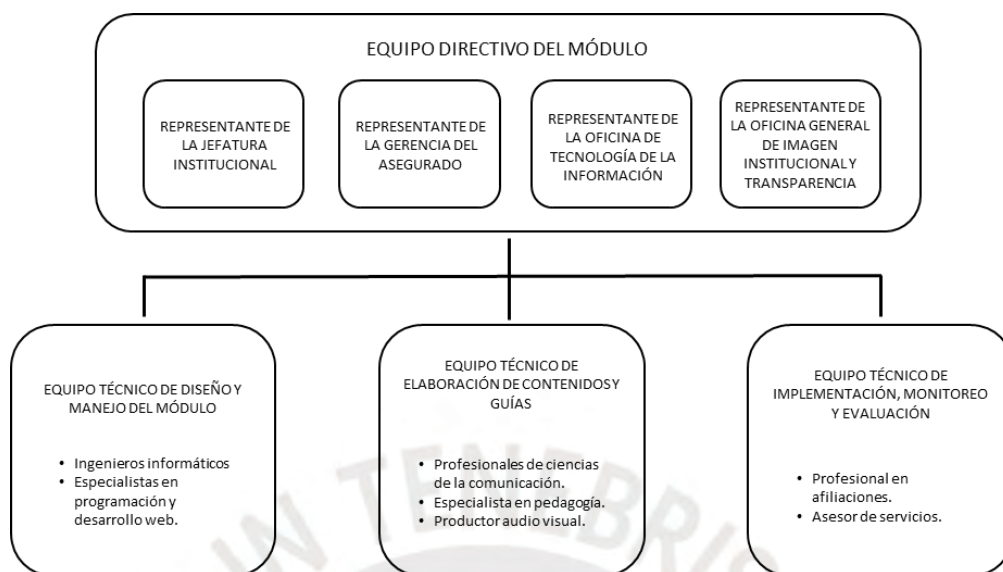
Proceso de retroalimentación y actualización de contenidos. A partir del trabajo del equipo técnico de “Implementación, monitoreo y evaluación” del módulo, se levantarán las observaciones por parte de los operadores del SIS y los establecimientos de salud para las correcciones necesarias.

Como se expuso al inicio de esta propuesta, el diseño e implementación del módulo virtual se realiza con el objetivo de complementar la labor que viene realizando la Gerencia del Asegurado (GA) en los procesos de capacitación y evaluación de las labores que le competen. Las actividades de supervisión y evaluación de los procesos continuarán con las visitas a los establecimientos de salud, para efectos de un mejor control y retroalimentación con información recogida en el trabajo de campo.

6.4. Organización.

La estructura organizacional del equipo encargado del funcionamiento del módulo virtual y las guías escritas, se conforma de la siguiente manera (Ver imagen N° 6.1):

Imagen N° 6.1: Organización del equipo ejecutor.



Fuente: Elaboración propia.

La organización está encabezada por el Equipo Directivo conformado por representantes de 3 áreas vinculadas a la atención de los asegurados, el manejo de los sistemas informáticos, y la imagen y relaciones institucionales; y un cuarto representante de la jefatura institucional. Este equipo directivo tiene la función de gestionar el trabajo de los 3 equipos técnicos operativos encargados del diseño y manejo del módulo; la elaboración de contenidos y guías; y la implementación, monitoreo y evaluación del módulo y las guías impresas. Finalmente, en base a la estructura jerárquica de la institución, el equipo directivo rendirá cuentas a la Jefatura Institucional del SIS.

6.5. Recursos de implementación y operación.

6.5.1. Presupuesto. El presupuesto requerido para la implementación de la propuesta será gestionado por la GA en el marco del cumplimiento de la política de aseguramiento universal en Salud. El proceso de aseguramiento al estar establecido como proceso misional en el Ministerio de Salud y como objetivo estratégico en el SIS, requiere de acciones que posibiliten el cumplimiento de la política y la creación de

valor público. Es así que la presente propuesta encaja en los objetivos institucionales del sector salud.

La gestión del presupuesto se realizará a pedido de la GA, y será tramitado por el SIS ante el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) como parte de las actividades anuales de la institución.

La contratación de profesionales se realizará bajo dos modalidades: la contratación administrativa de servicios (CAS) para el personal de planta, y por orden de servicio para la elaboración de determinados productos.

El presupuesto que se gestione será para la compra y contratación de los siguientes recursos:

a. Recurso humano:

- ✓ Ingenieros informáticos.
- ✓ Especialistas en programación y desarrollo web.
- ✓ Profesionales de ciencias de la comunicación.
- ✓ Especialista en pedagogía.
- ✓ Especialista productor de contenido audio visual.
- ✓ Asesor de servicios (para las actividades de asistencia técnica).

b. Recurso tecnológico.

- ✓ Sistema de cómputo de alta gama que permita la creación de contenido digital para entornos multiplataforma.
- ✓ Equipos de filmación, grabación, y edición de videos.
- ✓ Impresora multifuncional.
- ✓ Materiales de escritorio (papel, lapiceros, otros).

c. Espacio laboral:

- ✓ Alquiler de oficina o habilitación de espacio en la sede central del SIS.

6.5.2. Cronograma. El cronograma propuesto para el funcionamiento del módulo virtual y guías impresas de capacitación y asistencia técnica para los operadores del proceso de afiliación al SIS, se expone en la siguiente tabla N° 6.2.

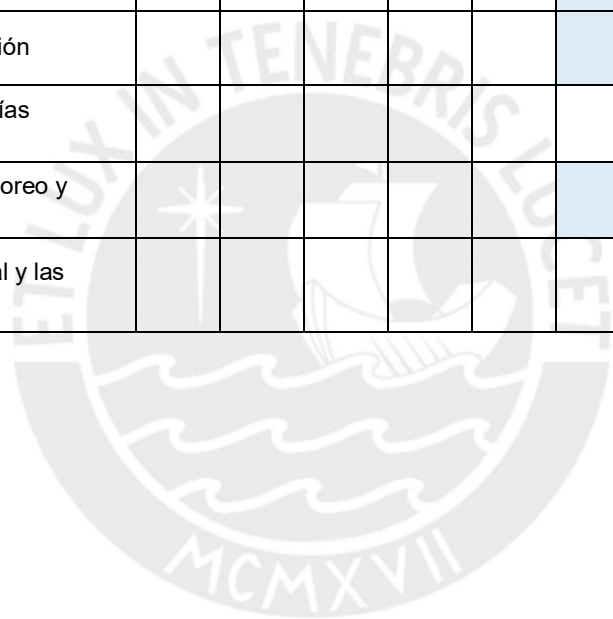


Tabla N° 6.2: Cronograma de actividades – Módulo virtual y guías impresas de capacitación y asistencia técnica sobre la afiliación al SIS.

N°	ACTIVIDAD	2022												2023	
		FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	
1	Conformación de equipos técnicos														
2	Reunión de socialización y establecimiento de alianzas con entidades de la política del aseguramiento universal en salud (elaboración de padrones)														
3	Elaboración de propuestas de diseño del módulo virtual y guías impresas														
4	Aprobación de la propuesta de diseño por parte del equipo directivo														
5	Elaboración de la propuesta de contenidos para el módulo virtual y guías impresas														
6	Aprobación de la propuesta de contenidos por parte del equipo directivo														
7	Reunión de coordinación interinstitucional														
8	Elaboración de contenidos definitivos para el módulo virtual y guías impresas														
9	Creación de accesos informáticos, activación de correo institucional como plan de contingencia														
10	Distribución de guías impresas a operadores del SIS y establecimientos de salud														
11	Convocatoria de establecimientos de salud, y asignación de accesos informáticos														

12	Presentación e inducción del módulo virtual a operadores del SIS y EESS													
13	Implementación del módulo virtual en los establecimientos de salud y operadores SIS													
14	Monitoreo del funcionamiento del módulo virtual y guías impresas													
15	Asistencia técnica a operadores del proceso de afiliación													
16	Evaluación del funcionamiento del módulo virtual y guías impresas													
17	Presentación de avances de la implementación, monitoreo y evaluación al equipo directivo													
18	Retroalimentación al funcionamiento del módulo virtual y las guías impresas													

Fuente: Elaboración propia.



ANEXOS

Tabla N° 1.3: Principales distritos de la Provincia de Lima con la mayor cantidad de pobladores sin seguro de salud, al 2017.

PROVINCIA DE LIMA								
N°	Distrito	POBLACIÓN TOTAL ⁵²	Seguro Integral de Salud (SIS)	ESSALUD	Seguro de fuerzas armadas o policiales	Seguro privado de salud	Otro seguro ⁵³	No cuenta con seguro de salud
1	DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO	1 038 495	386 623	288 123	21 148	28 399	12 764	307 533
2	DISTRITO ATE	599 196	166 132	191 936	9 340	25 157	8 553	204 311
3	DISTRITO DE SAN MARTÍN DE PORRES	654 083	161 692	243 451	26 561	34 197	12 028	183 806
4	DISTRITO DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	398 433	131 401	133 154	7 104	9 592	4 421	114 957

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Provincia de Lima, Resultados definitivos, Tomo 1.

⁵² La cantidad de afiliados a algún tipo de seguro de salud no suma el total de la población, ya que el INEI empleó una pregunta de respuesta múltiple.

⁵³ Incluye Seguro Universitario, Empresa Prestadora de Salud, Seguro Escolar, entre otros.

Tabla N° 1.4: Población total de la Provincia de Lima afiliada a algún seguro de salud, al 2017.

PROVINCIA DE LIMA								
N°	Distrito	POBLACIÓN TOTAL	Seguro Integral de Salud (SIS)	ESSALUD	Seguro de fuerzas armadas o policiales	Seguro privado de salud	Otro seguro	Ninguno
1	DISTRITO LIMA	268 352	59 131	112 328	6 832	21 498	5 295	69 083
2	DISTRITO ANCÓN	62 928	28 153	14 034	2 099	1 166	651	17 123
3	DISTRITO ATE	599 196	166 132	191 936	9 340	25 157	8 553	204 311
4	DISTRITO BARRANCO	34 378	4 802	15 032	1 078	8 129	954	6 489
5	DISTRITO BREÑA	85 309	14 057	40 235	2 879	7 787	1 819	20 589
6	DISTRITO CARABAYLLO	333 045	124 361	90 641	8 977	8 563	3 555	98 856
7	DISTRITO CHACLACAYO	42 912	10 687	17 082	1 045	2 894	962	11 063
8	DISTRITO CHORRILLOS	314 241	74 275	117 948	19 244	24 295	5 556	79 671
9	DISTRITO CIENEGUILLA	34 684	12 298	8 805	405	1 348	477	11 691
10	DISTRITO COMAS	520 450	158 975	178 119	16 057	18 696	7 102	144 988
11	DISTRITO EL AGUSTINO	198 862	63 970	58 373	4 701	5 995	2 536	64 530
12	DISTRITO INDEPENDENCIA	211 360	70 169	69 529	5 896	6 818	2 962	57 378
13	DISTRITO JESÚS MARÍA	75 359	5 329	40 224	3 395	17 217	2 287	13 250
14	DISTRITO LA MOLINA	140 679	9 421	66 148	4 935	49 969	4 500	22 938
15	DISTRITO LA VICTORIA	173 630	45 892	58 130	3 131	9 681	2 970	56 262
16	DISTRITO LINCE	54 711	6 261	27 387	1 207	9 868	1 568	11 545
17	DISTRITO LOS OLIVOS	325 884	70 817	125 931	10 300	24 434	6 508	93 810
18	DISTRITO LURIGANCHO	240 814	84 090	73 280	2 907	8 253	3 411	70 844
19	DISTRITO LURÍN	89 195	28 059	29 410	2 416	2 896	1 198	25 823
20	DISTRITO MAGDALENA DEL MAR	60 290	5 867	28 316	2 115	16 619	1 827	10 885
21	DISTRITO PUEBLO LIBRE	83 323	6 732	41 060	2 991	20 793	2 617	15 690
22	DISTRITO MIRAFLORES	99 337	4 379	41 563	2 016	49 351	4 342	13 012
23	DISTRITO PACHACÁMAC	110 071	45 446	26 926	1 062	2 626	1 079	33 395
24	DISTRITO PUCUSANA	14 891	7 000	3 153	250	277	172	4 095
25	DISTRITO PUENTE PIEDRA	329 675	116 639	85 969	9 414	6 735	4 131	108 059
26	DISTRITO PUNTA HERMOSA	15 874	5 139	4 412	229	1 193	227	4 907
27	DISTRITO PUNTA NEGRA	7 074	2 459	2 312	229	366	105	1 659

28	DISTRITO RÍMAC	174 785	50 908	64 697	6 545	8 181	2 978	43 626
29	DISTRITO SAN BARTOLO	7 482	2 506	2 527	277	527	124	1 668
30	DISTRITO SAN BORJA	113 247	6 121	53 616	5 760	44 254	3 956	16 570
31	DISTRITO SAN ISIDRO	60 735	2 023	24 902	1 177	32 666	2 845	6 724
32	DISTRITO SAN JUAN DE LURIGANCHO	1 038 495	386 623	288 123	21 148	28 399	12 764	307 533
33	DISTRITO SAN JUAN DE MIRAFLORES	355 219	100 656	124 374	9 806	13 392	5 130	104 672
34	DISTRITO SAN LUIS	52 082	7 970	20 962	1 272	5 605	1 274	16 493
35	DISTRITO SAN MARTÍN DE PORRES	654 083	161 692	243 451	26 561	34 197	12 028	183 806
36	DISTRITO SAN MIGUEL	155 384	18 751	72 442	6 118	34 737	4 747	29 262
37	DISTRITO SANTA ANITA	196 214	46 385	66 499	3 195	8 483	3 288	70 161
38	DISTRITO SANTA MARÍA DEL MAR	999	227	445	42	80	12	214
39	DISTRITO SANTA ROSA	27 863	11 911	6 598	1 427	581	288	7 168
40	DISTRITO SANTIAGO DE SURCO	329 152	25 215	141 678	24 137	109 803	10 596	55 351
41	DISTRITO SURQUILLO	91 023	11 821	42 519	2 596	18 640	2 409	19 215
42	DISTRITO VILLA EL SALVADOR	393 254	140 407	126 304	6 981	8 750	3 999	108 596
43	DISTRITO VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	398 433	131 401	133 154	7 104	9 592	4 421	114 957
TOTAL	PROVINCIA DE LIMA	8 574 974	2 335 157	2 980 574	249 296	710 511	148 223	2 357 962

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Provincia de Lima. Resultados definitivos. Tomo 1.

Tabla N° 2.1: Distribución total de la población según sexo y edad, 2017.

EIDADES	POBLACIÓN		TOTAL
	VARONES	MUJERES	
Menores de 1 año	4 516	4 446	8 962
De 1 a 4 años	20 588	19 805	40 393
De 5 a 9 años	25 435	24 719	50 154
De 10 a 14 años	24 745	24 005	48 750
De 15 a 19 años	25 028	24 882	49 910
De 20 a 24 años	29 065	29 932	58 997
De 25 a 29 años	28 336	29 706	58 042
De 30 a 34 años	26 047	27 656	53 703
De 35 a 39 años	22 835	24 508	47 343
De 40 a 44 años	19 481	21 919	41 400
De 45 a 49 años	16 379	18 367	34 746
De 50 a 54 años	13 700	15 427	29 127
De 55 a 59 años	10 940	12 259	23 199
De 60 a 64 años	8 617	9 763	18 380
De 65 y más años	17 307	18 783	36 090
TOTAL POR DISTRITO	293 019	306 177	599 196

Fuente: Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Provincia de Lima, Resultados definitivos, Tomo 1.

Tabla N° 2.2: Porcentaje de población en situación de extrema pobreza, período 2013 – 2015.

Índice	Período		
	2013	2014	2015
% de población en extrema pobreza	1.6. %	1.6 %	1.58 %

Fuente: Plan de gobierno del Distrito de Ate 2019 – 2022.

Tabla N° 2.3: Porcentaje de nivel educativo alcanzado de la población de 15 y más años de edad para el 2017.

POBLACIÓN TOTAL		Nivel educativo alcanzado					
Absoluto	%	Sin nivel	Inicial	Primaria	Secundaria	Superior	Maestría / Doctorado
450 937	100%	1.7%	0.1%	12.1%	49.3%	35.5%	1.3%

Fuente: Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Provincia de Lima, Resultados definitivos, Tomo 1. INEI.

Tabla N° 4.2: Mapa de Procesos del Ministerio de Salud.

TIPO DE PROCESO	Código	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO
PROCESOS GOBERNANTES (Directrices que permiten la correcta ejecución de los procesos misionales)	PG.01	Gestión y Regulación de Políticas
	PG.02	Gestión de la Inteligencia en Salud.
	PG.03	Gestión del Planeamiento y Financiamiento Sectorial.
	PG.04	Gestión de la Innovación y Desarrollo.
	PG.05	Gestión de la Comunicación Estratégica.
	PG.06	Gestión de las Alianzas y Relaciones Gubernamentales e Intersectoriales.
PROCESOS MISIONALES (Gestionan las actividades conducentes a la entrega del producto al usuario)	PM.01	Gestión de la Promoción de la Salud.
	PM.02	Gestión de la Prevención y Control de Riesgos, Daños y Enfermedades.
	PM.03	Gestión de la Salud Ambiental.
	PM.04	Gestión de la Inocuidad Alimentaria.
	PM.05	Gestión de la Atención en Salud de Personas, Familias y Comunidades.
	PM.06	Gestión del Aseguramiento en Salud.
	PM.07	Gestión de la Protección de los Derechos a la Salud.
	PM.08	Gestión del Desarrollo de Tecnologías en Salud.
	PM.09	Gestión del Desarrollo de Productos Farmacéuticos y Sanitarios, Dispositivos Médicos y Establecimientos Farmacéuticos.
	PM.10	Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.
	PM.11	Gestión del Desarrollo de Infraestructura y Equipamiento en Salud.
PROCESOS DE SOPORTE (Son de nivel interno, por eso se asumen de administración).	PS.01	Administración del Sistema Logístico.
	PS.02	Administración de la Asesoría en Asuntos Legales y Jurídicos.
	PS.03	Administración Presupuestal.
	PS.04	Administración de las tecnologías de la Información.
	PS.05	Administración de los Recursos Humanos.
	PS.06	Administración de la Transparencia y atención al ciudadano.

Fuente: Tomado del POI SIS 2016.

Tabla N° 4.13: Motivo de la calificación⁵⁴.

CALIFICA BUENA		CALIFICA REGULAR		CALIFICA MALA	
MOTIVO	%	MOTIVO	%	MOTIVO	%
Apoya a la población vulnerable	32.5%	Mala atención al paciente	19.4%	Mala atención al paciente	26.1%
Es un seguro gratuito	25.0%	Falta de citas / médicos	15.3%	Mala experiencia de familiares	17.4%
Cobertura la entrega de medicamentos	10.0%	No todos pueden acceder al SIS	8.3%	Demora en la atención	13.0%
Es necesario en situaciones de emergencia	7.5%	Falta de medicamentos	8.3%	Falta de medicamentos	4.3%
Por la experiencia de un familiar / conocido	2.5%	Demora en la atención / trámites / burocracia	8.3%	Implica gasto económico la afiliación / atención	4.3%

⁵⁴ La tabla incluye las respuestas de aquellos encuestados que califican el trabajo del SIS como "Buena", "Regular" y "Mala". No se considera la población que señaló "No sabe / No opina" a esta respuesta.

Brinda citas médicas	2.5%	Cobertura sólo parcialmente la atención	8.3%	No afilian a todos	4.3%
Da buena atención	2.5%	Información incompleta sobre el trabajo del SIS	5.6%	Otros	13.0%
Otros	7.5%	Falta mejorar el trabajo del SIS	4.2%	No sabe / No opina	17.4%
No sabe / No opina	10.0%	Es deficiente a comparación de un seguro privado	1.4%		
		Por la falta de personal del seguro (administrativo)	1.4%		
		Otros	6.9%		
		No sabe/ No opina	12.5%		
TOTAL	100%	TOTAL	100%	TOTAL	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N° 4.14: Cambios sugeridos para mejorar el funcionamiento del SIS, desde la óptica del encuestado.

N°	RESPUESTAS	N°	%
1	Mejorar la atención / trato al paciente	32	11.8%
2	Mejorar la infraestructura de los EESS / los equipos	22	8.1%
3	Agilizar la atención con aumento de citas y tiempos de espera	14	5.2%
4	Mejorar la afiliación de la población pobre / pobre extremo	12	4.4%
5	Reducir los trámites / burocracia	11	4.1%
6	Cambiar al personal administrativo	7	2.6%
7	Capacitar al personal que atiende a la población	7	2.6%
8	Asegurar / aumentar la entrega de medicamentos	6	2.2%
9	Aumentar personal médico	6	2.2%
10	Afiliar a toda la población	6	2.2%
11	Mejor control interno del personal / ética	2	0.7%
12	Realizar la afiliación virtual	2	0.7%
13	Mayor publicidad del SIS	2	0.7%
14	Otros	4	1.5%
15	No sabe / No opina	138	50.9%
TOTAL		271	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR VILLANUEVA, Luis F.

2000 *La implementación de las políticas*. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editor.

[http://orga.blog.unq.edu.ar/wp-](http://orga.blog.unq.edu.ar/wp-content/uploads/sites/28/2014/03/Van_Meter-Van_Horn_El-proceso-de-implementaci%C3%B3n.pdf)

[content/uploads/sites/28/2014/03/Van_Meter-Van_Horn_El-proceso-de-implementaci%C3%B3n.pdf](http://orga.blog.unq.edu.ar/wp-content/uploads/sites/28/2014/03/Van_Meter-Van_Horn_El-proceso-de-implementaci%C3%B3n.pdf)

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)

2006 *Universalismo básico: Una nueva política social para América Latina*. GERARDO MOLINA, Carlos (Editor). Washington, D.C., USA.

BAÑÓN I MARÍNEZ, Rafael

2002 *La evaluación de la acción y de las políticas públicas*. Editorial Díaz de Santos. 1° Edición. Madrid, España.

BÉJAR RIVERA, Héctor

2018 *“Políticas Sociales y Desarrollo”*. Décima Sexta Edición. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Post Grado.

BUCKLAND, Heloise y David MURILLO

2014 *“La Innovación Social en América Latina. Marco conceptual y agentes”*. Instituto de Innovación Social de ESADE y Fondo Multilateral de Inversiones (BID).

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2009 *Ley N° 29344*. Ley marco del aseguramiento universal en salud. Lima, 9 de abril.

COMITÉ TÉCNICO IMPLEMENTADOR NACIONAL (CTIN)

2010 *Reglamento de la Ley N° 29343, Ley marco del aseguramiento universal en salud*. Lima.

CABREJOS PITA, José y GEYSELS, Luc

2019 *“Fortalecimiento de las oficinas de atención al asegurado del Seguro Integral de Salud – SIS”*. Fac. Med. Vol. 80 N° 2. Lima, Perú.

CABRERA, José, Giovanna BALTAZAR, y Walter ALCÁNTARA

2014 *Aseguramiento Universal en Salud de jóvenes peruanos: Avances y limitaciones según el análisis de casos en los distritos de Callería, el Porvenir y Vilcashuamán*. Lima: Secretaría Nacional de Juventud (SENAJU).

COHEN, Ernesto y FRANCO, Rolando

1988 *“Evaluación de proyectos sociales”*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES/ONU) – Centro Interamericano de Desarrollo Social (CIDES/OEA). 1° Edición. Buenos Aires, Argentina.

CETRÁNGOLO, Osca, Fabio BERTRANOU y otros.

2013 *“El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva”*. OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, Lima.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2009 *Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*. Lima, 9 de abril.

CORTÁZAR V., Juan Carlos (Editor)

2007 *“Entre el diseño y la evaluación: el papel crucial de la implementación de los programas sociales”*. BID. Washington, USA.

EL PERUANO

2009 *“Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”*. *El Peruano*. Lima, 9 de abril, pp. 394077 – 394078.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

El enfoque basado en los derechos humanos. Consulta: 21 de noviembre del 2019.

<https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos#>

FONTAINE, Guillaume

2015 *“El análisis de políticas públicas. Conceptos, teorías y métodos”*.

Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Ecuador.

FRANCO CORZO, Julio

¿Cómo diseñar una política pública? Consulta: 06 de noviembre de 2019.

<https://www.iexe.edu.mx/blog/como-disenar-una-politica-publica.html>

HERNÁNDEZ VÁSQUEZ, Akram Abdul

2014 *“Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud”*. Tesis para la maestría en Gestión y Políticas Públicas. Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas. Universidad de Chile. Chile.

IDEA INTERNACIONAL Y ASOCIACIÓN CIVIL TRANSPARENCIA

2009 *Gestión Pública*. Lima: Perú.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2019 *Informe Técnico: Condiciones de Vida en el Perú. Trimestre: Abril, mayo y junio*. N° 3, Setiembre. Lima.

2018a *Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Perú. Resultados definitivos. Tomo 1*. Lima: Instituto Nacional de Estadística E Informática.

2018b *Censos Nacionales 2017: XII Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Provincia de Lima. Resultados definitivos. Tomo 1*. Lima: Instituto Nacional de Estadística E Informática.

IPDC

2016 “*Consultoría para el Análisis del Proceso de Afiliación y Supervisión de la Afiliación en el régimen subsidiado y Plan de mejora a nivel nacional con énfasis binomio madre niño de la población objetivo del SIS*”. Informe Final. Lima, Perú.

LAHERA, Eugenio

2004 “Políticas y Políticas públicas”. *CEPAL - Serie Políticas Sociales*. Santiago de Chile, número 95, pp. 01 – 32.

1994 “Nuevas orientaciones para la gestión pública”. En CEPAL, *Revista de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe*, N° 52, pp. 33 – 47. Consulta: 07 de noviembre del 2019.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11932/1/052033047_es.pdf

MARTÍN JAIME, Fernando, DUFOUR, Gustavo y otros.

2013 “*Introducción al análisis de las políticas públicas*”. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Argentina.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)

Consulta Amigable MEF. Consulta: 15 de septiembre de 2020.

<https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

Glosario de Presupuesto Público - MEF. Consulta: 15 de septiembre de 2020.

<https://www.mef.gob.pe/es/glosario-sp-5902>

MINISTERIO DE PLANIFICACION NACIONAL Y POLITICA ECONOMICA (MIDEPLAN)

2016 *Guía para la elaboración de políticas públicas*. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Área de Análisis del Desarrollo. San José, Costa Rica.

2000 Guía de requerimientos, para la presentación de programas sociales: “Elementos de diseño”. Ministerio de Planificación y

Cooperación, División Social, Departamento de Evaluación Social.
San José, Costa Rica.

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2019 *Mapa de Procesos del Seguro Integral de Salud 2019*. Lima

2017 *Mapa de Procesos del Seguro Integral de Salud 2017*. Lima

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este. Consulta: 19 de noviembre del 2019.

<http://www.dirislimaeste.gob.pe/>

MORALES GUTIÉRREZ, Alfonso Carlos

2009 “Innovación social: un ámbito de interés para los servicios sociales”. Revista Zerbitzuan. Córdoba, Número 45, pp. 151 – 178.

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE ATE

2019 *Plan de Gobierno del Distrito de Ate 2019 – 2022*. Lima: Municipalidad Distrital de Ate.

2017 *Plan de Desarrollo Local Concertado 2017 – 2021 del Distrito de Ate*. Lima: Municipalidad Distrital de Ate.

2011 *Perfil demográfico, edad y género a nivel distrital y zonal*. Boletín estadístico N° 1. Lima: Municipalidad Distrital de Ate.

MURRIETA CUMMINGS, Patricia

s/f *Diseño de Políticas Públicas* [diapositiva]. Consulta: 05 de noviembre de 2019.

<http://www.cesjal.org/MDPP/2708%20Dise%C3%B1o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.pdf>. Consultado: 17 de agosto de 2020.

NAVARRETE VELA, Juan Pablo

2012 *Diseño de Programas y Políticas Públicas*. Tlalneptla, Estado de México: Red Tercer Milenio S.C.

OLAVARRÍA G., Mauricio

2007 *Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas*. Chile: Departamento de Gobierno y Gestión Pública, Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE NORMALIZACIÓN (ISO)

2015 *“Norma Internacional ISO 9001: Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos”*. Quinta Edición. Suiza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Salud y Derechos Humanos. Consulta: 21 de noviembre de 2019.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

GALINELLI, Bernardo, PAGANI, María L. y Mariel A. PAYO

2015 *Estudios sobre Gestión Pública: aportes para la mejora de las organizaciones estatales en el ámbito provincial*. La plata, Argentina.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS (PCM)

2010 *Decreto Supremo N° 008-2010-SA*. Lima, 2 de abril.

2002a *Decreto Supremo N° 105-2002-PCM*. Lima, 7 de noviembre

2002b *Acuerdo Nacional*. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

2016 *Decreto Supremo N° 002-2016-SA*. Lima, 8 de enero.

2010 *Decreto de Urgencia N° 048-2010*. Lima, 10 de julio.

PORTOCARRERO G., Augusto M.

2013 *Apurímac: Hacia el aseguramiento público en salud. La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 – 2010*. Tesis de Magíster en Ciencia Política y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública. Lima: Pontificia

Universidad Católica del Perú, Escuela de Gobierno y Políticas Públicas.

RAYA DÍEZ, Esther

2011 *Herramientas para el diseño de proyectos sociales*. España: Universidad de la Rioja.

RED DE MUNICIPALIDADES URBANAS Y RURALES DEL PERÚ
(REMURPE)

2008 *Manual de Diseño de Políticas Públicas Locales con Enfoque de Género*. Técnicas de facilitación y proceso metodológico. Lima: REMURPE.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

2020 *Memoria Anual 2019*. Lima, mayo.

2019a *Boletín estadístico mensual del SIS – Agosto 2019*. Lima, 2019, pp. 1-11.

2019b *Memoria Anual del Seguro Integral de Salud SIS – 2019*. Lima, 2019.

2018 *Boletín estadístico mensual del SIS – Diciembre 2018*. Lima, 2018, pp. 1-11.

2017a *Boletín estadístico mensual del SIS – Diciembre 2017*. Lima, 2017, pp. 1-11.

2017b *Resolución Jefatural N° 068-2017/SIS*. Lima, abril.

2017c *Plan Estratégico Institucional del Seguro Integral de Salud 2017-2019*. Lima, abril.

2016a *Plan Operativo Institucional del Seguro Integral de Salud (POI). Periodo presupuestal 2016*. Lima.

2016b *II Taller de fortalecimiento de los procesos de la Gerencia del Asegurado. El ABC de la GA*. Lima

2015 *Manual de Organización y Funciones (MOF)*. Lima.

2014 *Plan Estratégico Institucional del Seguro Integral de Salud 2014-2016*. Lima, enero.

2011 *Reglamento de Organización y Funciones del SIS (ROF)*. Lima.

2006 *Estadísticas Globales SIS 2002 – 2016*. Lima.

<http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/resumen.html>

Quiénes somos – Seguro Integral de Salud. Consulta: 09 de noviembre de 2019.

http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/

SEINFELD, Janice

2007 *Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿cómo lograr proteger la salud de personas de ingresos medio bajo y bajo?* Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).

SUÁREZ MEDINA, Carolina

Difusión, Promoción y Comunicación: Propuestas de solución. Slideshare. Consulta: 17 de noviembre de 2020.

<https://es.slideshare.net/caritosuarez/promoc-comuni-difusbvs>

SUB GERENCIA DE AFILIACIONES SIS

2016 *“El Taller Nacional de Fortalecimiento de los Procesos de la Gerencia del Asegurado - SIS”* [diapositiva]. Consultado: 23 de julio de 2020.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUSALUD)

Mundo IPRESS. Consulta: 05 de octubre de 2020.

<http://portal.susalud.gob.pe/mundo-ipress/>

Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Consultado: 18 de marzo de 2020.

<http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>

TARRILLO ESPIL, Yosuny

2018 *Gestión del sistema de aseguramiento y la satisfacción de los usuarios en la Unidad Desconcentrada Regional del Seguro Integral de Salud de Tarapoto, año 2017*. Tesis de Magíster en Gestión Pública. Lima: Universidad César Vallejo, Escuela de Post grado.

VILLALPANDO GUERRERO, Julio Antonio

s/f La implementación de políticas públicas [diapositiva]. Consulta: 08 de noviembre de 2019.

<http://www.cesjal.org/MDPP/Implementacion%20de%20politicas%20publicas.pdf>

WILSON, Luis, Aníbal VELÁSQUEZ, y Carlos PONCE

2009 *La Ley Marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación*. Simposio: Aseguramiento Universal. s/l. Rev Perú Med Exp Salud Pública, número 26, pp. 207-217.