

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**ESCUELA DE POSGRADO**



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**“Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud  
La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac  
2007 – 2010”**

**Tesis para optar el grado de Magíster en Ciencia Política y  
Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública**

**AUTOR**

**Augusto Martín Portocarrero Grados**

**ASESOR**

**Borneck Vega, María Angélica**

**JURADO**

**Bensa Morales, Jessica Violeta (Presidenta)**

**Borneck Vega, Maria Angélica (Asesor)**

**Peirano Torriani, Giofianni Diglio**

**LIMA – PERÚ**

**2013**

## Índice general

Introducción	3
I. El camino del derecho en salud para la cohesión social	5
a. El derecho a la salud y la cohesión social	6
b. La cohesión social y la construcción de ciudadanía	8
c. Cohesión social y derechos sociales	10
d. Los estudios sobre el SIS	12
e. Propuesta metodológica	16
II. Los cambios producidos en el financiamiento de la DIRESA Apurímac	23
a. Seguro Integral de Salud: cambiando la lógica del financiamiento	24
b. Los cambios en la estructura del financiamiento de los servicios de salud de la DIRESA Apurímac	25
c. A modo de resumen	29
III. La afiliación y la atención de los asegurados SIS en la región Apurímac	30
a. La implementación del Seguro Integral de Salud	31
b. Los procesos de afiliación	32
c. El proceso para acceder a la provisión del servicio	34
d. La provisión de servicios respecto a las garantías de calidad, oportunidad y financiamiento	36
e. A modo de resumen	40
IV. Conclusiones y recomendaciones	42
Bibliografía	46
Anexos	52

## Introducción

La mayoría de los estudios llevados a cabo sobre la implementación del Seguro Integral de Salud en el Perú en general y en Apurímac en particular han estado orientados a identificar los problemas de filtración para controlar el gasto como asegurador o focalizados en el impacto del SIS en un grupo en particular por su atención (salud materna) o su no inclusión en el plan de beneficios (salud mental). Asumir la perspectiva desde los derechos ciudadanos es importante para entender las limitaciones que existen para superar los problemas de la exclusión social en salud.

Identificar las limitaciones para garantizar los objetivos propuestos para el SIS desde una perspectiva del ciudadano es necesario para que el cambio organizacional y del modelo de financiamiento lleve a garantizar el derecho a la salud. En particular teniendo en cuenta que la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344, 2009) tiene a Apurímac como región piloto por lo que se requiere tener una línea de base. El ser ex funcionario del Ministerio de Salud (2008 – 2011) y ex consultor de proyectos desarrollados en la región me permite tener conocimiento de la región y contactos importantes para el acceso a la información.

La investigación propone 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. En tanto este proceso depende de cambios en el financiamiento, en la organización y en la atención a los afiliados, este estudio incluye (a) determinar los cambios producidos en el financiamiento de la DIRESA Apurímac y de su red de establecimientos con la implementación del SIS entre el 2007 y el 2010; (b) determinar los cambios organizacionales producidos en la DIRESA Apurímac y en su red de establecimientos con la implementación del SIS para el registro de sus asegurados entre el 2007 y el 2010 y (c) comprender como se ha realizado el proceso de atención de los afiliados del SIS en la red de establecimientos públicos de la DIRESA Apurímac entre el 2007 y el 2010.

En este sentido la investigación se inicia con tres hipótesis:

1. Con la incorporación del SIS se ha reducido los ingresos por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR) y ha crecido la fuente Donaciones y Transferencias (DyT) que es por la que reembolsa el SIS. La complicación de gestión se produce porque los RDR son de uso rápido, lo que permite la liquidez financiera, en cambio las DyT puede tardar no menos de 3 meses antes que se puedan utilizar y su uso es más restringido (financia solo costo variable).

2. Se ha creado una organización administrativa paralela para afiliar y recibir a los asegurados del SIS como si fuera un grupo con menores derechos.
3. El proceso de atención se viene realizando más en la lógica del servicio que en la del derecho del paciente. Se incorpora mecanismos adicionales para no atender a los asegurados y cobrarles directamente.





## Capítulo I: El camino del derecho en salud para la cohesión social

La particularidad de esta investigación está en el enfoque desde el cual se realiza el análisis de la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS)<sup>1</sup> en Apurímac entre el 2007 y el 2010. La perspectiva que se asume para este análisis es el concepto de ciudadanía y de la inclusión social para hacer efectiva la ciudadanía. Este enfoque tiene relevancia en nuestro país porque si el SIS coadyuva a la cohesión social estará aportando a la construcción del Perú como Nación.

La investigación toma en cuenta que los procesos históricos en nuestro país han mantenido en la exclusión a sectores importantes de la población. En el Perú entre los años '50 y '70 se dio el proceso de extinción social y política de la oligarquía la que por sus características no solucionó el problema de exclusión de los derechos ciudadanos, entendida como la limitación a los derechos civiles, políticos y sociales, además, no los incorporó al empleo y al mercado.

A pesar de los cambios producidos en los últimos 50 años aún se mantienen exclusiones importantes manteniendo un divorcio entre los derechos formales y los derechos reales. Indicadores sobre derechos elementales como la identidad o el acceso a la salud demuestran que la exclusión se mantiene. Algunas cifras de esta problemática son por ejemplo los mostrados por la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (2003), 3 millones de personas no tenían documento de identidad; por otro lado el Índice de Desarrollo Humano (IDH) en el Perú (2010) era de 0.723 que ha aumentado de manera favorable, pero si se considera una variable adicional como la inequidad la cifra se reduce a 0.501, este último indicador se confirma con el coeficiente de Gini con un valor de 0.505 (CEPAL 2004), que refleja a un país con un grado de desigualdad bastante alto. Las cifras de las Encuestas Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática muestran para el 2007, año de inicio del periodo de esta investigación, que en salud la exclusión social aún persiste. El 57,9% no tiene seguro a pesar del crecimiento del SIS, y aún se mantienen barreras de acceso a los servicios de salud por lo que el 22,9% por ciento de los que enfermaron no accedieron a los servicios por falta de dinero y 11,0% por ciento no lo hizo porque le “queda lejos/falta de confianza/demoran” (Ver series 2007 – 2010 en el anexo 1).

---

<sup>1</sup> El Seguro Integral Gratuito se crea en el año 2002 en el marco de la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657, sobre la base de la Unidad de Seguro Público, que en el 2001 fusionó el Seguro Escolar Gratuito (1997), y del Seguro Materno-Infantil (1998).

**a. El derecho a la salud y la cohesión social.**

Aunque el concepto de cohesión social tiene su origen en Europa, este se ha venido redefiniendo desde la perspectiva latinoamericana. La definición de cohesión social que se asume para la presente investigación es la desarrollada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) que reconoce una relación dialéctica entre mecanismos como la de inclusión/exclusión social y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan: “la cohesión social se define como la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan.” (CEPAL y AECID 2010; 22). Es decir, la cohesión social hace referencia al efecto en la ciudadanía de los mecanismos que se aplican, bajo algún grado de consenso, relativo a temas de inclusión/exclusión. En este concepto se vinculan dimensiones que usualmente se plantean separadas: el del espacio real de las relaciones socioeconómicas y el de las percepciones, y valores de los individuos y grupos sociales; además, no toma la cohesión social como un valor absoluto y la gran solución si reconoce su importancia en un análisis sistémico donde debe ser entendido al lado de conceptos como el de ciudadanía y percepciones como el de pertenencia, por ello, “(...) la cohesión social se construye en el reconocimiento del otro como otro legítimo en la convivencia: Acepto a los otros como parte cabal de la sociedad. Nos aceptamos mutuamente en nuestro carácter de miembros de la sociedad. Es decir, la cohesión social es un tema de legitimidad, pero no legitimidad del orden, sino la legitimidad de los participantes. (CEPAL y AECID 2010; 24).

Esta perspectiva implica que la cohesión social va más allá de sí misma, porque el diálogo es importantísimo para la formulación de los mecanismos y la obtención de una respuesta por parte de la ciudadanía basada en el consenso, y se junta con la posibilidad de desarrollo del país. También muestra límites si el proceso de cohesión social no está acompañado de valores como el de solidaridad y de respeto a los derechos, es en la medida que el concepto de cohesión social esté ligado a los de solidaridad y derecho igual para todos es que toma un signo positivo. La perspectiva de la cohesión social tiene la fuerza de ser un concepto que es medio y fin en sí mismo. Como medio porque sociedades más cohesionadas proporcionan mejores bases para el crecimiento económico y el desarrollo social, como fin porque provee de contenido a las políticas públicas. En salud implica que la expansión de la cobertura de atención sea por el reconocimiento del derecho ciudadano a la atención con tres garantías: financiera, de calidad, de oportunidad y respeto de la diversidad cultural.

El concepto de cohesión social también se encuentra asociado al concepto de inclusión social, que aunque es usado como sinónimo de integración social por coincidir en la necesidad de que la sociedad esté en capacidad de brindar a todos los mismos derechos, no son lo mismo. “La cohesión social vincularía causalmente los mecanismos de integración y bienestar con la plena pertenencia social de los individuos. Inclusión y pertenencia, o igualdad y pertenencia, son los ejes sobre los que ha girado la noción de cohesión social en sociedades ordenadas bajo la égida del Estado de bienestar”. (CEPAL 2007).

El concepto de inclusión social, básica para la construcción de Nación, resalta la necesidad de adaptar el sistema para reconocer e incorporar la diversidad de los integrantes, es decir, implica una relación dialéctica entre los que incluyen y los incluidos en una perspectiva de desarrollo social. Esta relación dialéctica lleva a plantearse varias preguntas ¿quién es “nosotros”? ¿Por qué incluirlos a “ellos” a “nosotros” y no “nosotros” a “ellos”?, y “ellos” ¿querrán incluirse al “nosotros”? las respuestas a estas preguntas serán respondidas de manera diferente en cada caso particular y deberán recoger las características de los participantes, y que este nuevo colectivo plural sea más que la suma de sus partes.

Esta visión dialéctica de la inclusión lleva consigo un correlato práctico en materia de salud como lo señala Margarita Petrerá: “(...) Aquellos que promueven las políticas destinadas a combatir la exclusión sostienen que la protección social no debe restringirse a las formas tradicionales de apoyo a los ingresos, sino que debe comprender aspectos relativos a la inclusión social, ya que ésta, conjuntamente con la cohesión, la solidaridad y la estabilidad, son los resultados aspirados. Ello incluye también un enfoque orientado a los derechos sociales de la política social, así como una visión ampliada del capital social.” (Petrera 2002; 97). Desde esta perspectiva los mecanismos para la inclusión no pueden ser tomados solo como cierre de brechas o apoyo a los ingresos (programa del vaso de leche, comedores populares, etc.), debe ser el reconocimiento del derecho ciudadano a la salud.

La perspectiva que asumimos como inclusión social difiere de la definición inicial asumida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para exclusión en salud que restringe la definición de inclusión/exclusión al acceso a los servicios existentes: “Por lo tanto, se entiende la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan. De esta definición se desprende que se trata de un fenómeno que trasciende el sector salud.” (OPS 2003; 6), y se acerca más a la posición de la OPS del 2006 donde se ratifica en el concepto del 2003 pero asume una visión más amplia: “La exclusión en

salud es un problema importante en primer lugar porque constituye la negación del derecho a la salud. En segundo lugar, porque como se ha mencionado, genera o contribuye a generar serias perturbaciones al interior del sistema económico y social de los países que se expresan en inequidad, perpetuación y agravamiento de problemas de salud, inadecuada asignación de recursos al interior del sistema de salud, baja competitividad y capacidad productiva, disminución de la cohesión social y conflictividad social. En los países de la región de América Latina y el Caribe, la exclusión en salud aparece fuertemente ligada a la pobreza, la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género) y a otras formas de exclusión social, así como a patrones culturales incluyendo el idioma; a la informalidad en el empleo, al subempleo y al desempleo; al aislamiento geográfico; y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios. (OPS 2006; pp. 3-4).

La idea de inclusión social plantea un reto que va más allá de atender a los excluidos en los servicios públicos, lo que es importante pero insuficiente. La inclusión además de superar la barreras de acceso como la económica y geográfica implica también reconocer e incorporar la diversidad lingüística (hablar en el idioma del ciudadano que se atiende) y cultural (incorporar la llamada medicina tradicional a la oferta de los servicios). Este proceso es más complejo que solo aumentar la oferta de servicios, no será tan rápido como se quisiera porque implicará buscar nuevas respuestas e incorporar al modelo de atención estos encuentros culturales y cambiar la formación del personal que brinda los servicios en su perspectiva y práctica. Por ello, la noción de ética social se encuentra relacionada con el de cohesión social en tanto esta “alude a otra dimensión imprescindible de la cohesión social. En ella se destacan la comunidad de valores, el consenso en torno a mínimos normativos y mínimos sociales, la solidaridad como valor ético y valor práctico y un principio asumido de reciprocidad en el trato.” (CEPAL y AECID 2007; 18)

#### **b. La cohesión social y la construcción de ciudadanía**

Reconociendo que no hay un concepto único de ciudadanía se reconoce que tiene entre otros elementos básicos el que “la ciudadanía implica un sentido de pertenencia y de membrecía a una determinada comunidad política entre cuyos miembros se establecen relaciones de interdependencia, responsabilidad, solidaridad y lealtad. En general, la comunidad política ha surgido cuando las élites han sido capaces de integrar a las clases populares a la vida económica, social y política de un determinado país.” (López 2011; p. 109) En esta línea, ciudadano se puede definir mínimamente de la siguiente manera: “el ciudadano es un individuo o comunidad de individuos con

derechos garantizados por el Estado y con responsabilidades hacia la comunidad política de la que forma parte.” (López 2011; p. 109).

Como se puede apreciar el sentimiento de pertenencia es un elemento central en la cohesión social y así aparece en muchas de sus definiciones. Si bien este sentimiento es una búsqueda cuando se plantea cohesionar la sociedad este objetivo no es positivo o deseable en sí mismo, es necesario poner en contexto el porqué de la cohesión. Las pandillas, mafias y otras organizaciones sociales suelen estar fuertemente cohesionadas y tienen el sentido de pertenencia desarrollado, tienen códigos de comunicación y símbolos que les permite reforzar esa cohesión, sin embargo, estas no son agrupaciones deseables en la medida que entran en conflicto con el resto de la sociedad. Por ello es necesario poner el sentido de pertenencia en un contexto de proyecto común de desarrollo.

El sentido de pertenencia tiene diversos factores que la sostienen y la desarrollan, construir y difundir los espacios comunes y el acceso a los productos culturales son instrumentos para una mayor cohesión. En las ciudades modernas la ciudadanía es un ámbito para fortalecer el sentido de pertenencia y por tanto la cohesión social. La cohesión ya no se da por igualdad racial, religiosa, histórica o cultural, es posible mantener e integrar estas diferencias si es que las personas se sientan incluidas con iguales derechos y obligaciones al interior del grupo. Porque todos son diferentes es que todos tienen los mismos derechos y obligaciones.

Esto implica que los derechos deben dejar de ser un imaginario o solo declarativos, su ejercicio tangible debe ser usufructuado por todos y no estar bajo la discrecionalidad del gobierno de turno. “Indudablemente esto supone avanzar en la plena universalidad de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, lo que requiere conjugar el Estado de derecho, el respeto a las libertades, la representación política y el mayor acceso a oportunidades de bienestar, de uso productivo de capacidades y de protección social.” (CEPAL y AECID 2007; 27).

Esta perspectiva colisiona con modelos económicos que no garantizan esta universalidad, permiten la concentración del ingreso y la exclusión de amplios sectores de la población impidiéndoles acceder a la educación, a la salud y a la justicia. En tanto el mercado no es un asignador adecuado del ingreso es necesario que la voluntad política garantice una adecuada redistribución del ingreso y políticas sociales que garanticen ese acceso universal que reconozca la diversidad de sus miembros y la igualdad de sus derechos.



### c. Cohesión social y derechos sociales

Reconocida la importancia de la ciudadanía para la construcción de la cohesión social es necesario resaltar las bases necesarias para que se pueda, en términos reales, considerar ciudadano a una persona, “el fortalecimiento de la cohesión social requiere de políticas sociales fundadas en la garantía de los derechos sociales a sus destinatarios, y no simplemente en el reflejo del resultado contingente de esas políticas” (Courtis, 2009; p. 59).

Para lograr transitar este camino es necesario llevar el concepto socio-político de cohesión social a su expresión jurídica. Para esta tarea Christian Courtis plantea dos métodos complementarios. El camino de la interpretación desde la cohesión social de las constituciones o la de convertir en objeto de derecho fundamental los elementos que socialmente se consideran mínimos para la cohesión social. Para conocer lo que se considera socialmente mínimo es necesario conocer el espacio donde convergen el “derecho humano” con algunos contenidos sustantivos como el cubrir necesidades como las de alimentación, agua, vivienda y el acceso a servicios de salud y educación, es decir, el espacio de los llamados “derechos sociales”. Sin embargo, no hay que perder de vista que este salto al terreno jurídico puede dejar algunos conceptos importantes de la cohesión social, por lo que hay que tomar en cuenta que la satisfacción jurídica de los derechos sociales es condición necesaria pero no suficiente para la cohesión social.

A diferencia de los derechos de propiedad, los derechos sociales se pueden considerar de reciente consagración lo que ha llevado a que su desarrollo legal sea aún insuficiente. Hablar de derecho implica lograr que la expectativa legal tenga una expresión práctica. “(...) Un derecho es la expectativa legalmente respaldada respecto de una conducta positiva o negativa; dicho en otros términos, la expectativa de poder hacer o no hacer algo y, correlativamente, de que alguien haga algo o deje de hacer algo. (...) Un elemento suplementario de esta noción nuclear es la existencia de algún poder de reclamo del titular del derecho, en aquellos casos en los que el o los obligados incumplan con su obligación.” (Courtis, 2009; p. 63).

Esto implica que el derecho deba estar bien definido, implementado y expresado en la normas, que los obligados y sus obligaciones puedan ser objeto de exigencia por parte del ciudadano y que este derecho sea exigible por todos sin exclusión. En materia de salud, esto implica que:

- 1) El listado de lo exigible debe ser explícito en un plan de beneficios que debe tender a ser universal en lo que atiende, con actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud.

- 2) El listado debe tener las garantías mínimas de calidad y oportunidad que el listado o plan de beneficios reconoce sea quién sea el proveedor del servicio o quien sea el ciudadano. Los protocolos que se definan para el listado de prestaciones debe reconocer e integrar la diversidad cultural (costumbres, creencias, idioma, etc.).
- 3) Una tercera garantía es clave para que la prestación no dependa de la discrecionalidad del gobierno de turno: la garantía financiera para su provisión.

Estas características de los derechos sociales los diferencian sustancialmente de otros derechos como el de propiedad o el del voto donde las características del derecho están más definidas<sup>2</sup>. El camino histórico de garantizar los derechos sociales a partir del empleo se muestra insuficiente para garantizar a toda la población estos derechos (porque no todos logran un empleo y un ingreso adecuados). Esto plantea la necesidad de desarrollar un marco legal que restrinja la discrecionalidad de los gobernantes, obligue y garantice el financiamiento necesario para su provisión.

En conclusión, la definición de cohesión social que se asume para la presente investigación es la que ha propuesto y desarrollado la CEPAL y que reconoce una relación dialéctica entre mecanismos como la de inclusión y exclusión social y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan. Esta perspectiva implica que la cohesión social va más allá de sí misma y se junta con la posibilidad real de desarrollo del país, pero también muestra sus límites si al proceso de cohesión social no se le acompañan valores como el de solidaridad y se ponen los derechos de las mayorías por delante.

En salud esto implica más que solo expandir la cobertura de la atención de los servicios de salud en número de personas y en lo que se cubre, estos servicios deben tener mínimos de calidad y oportunidad iguales para todos incorporando las diversas perspectivas de los actores sobre la medicina (la medicina occidental y la medicina tradicional), lo que implica cambios desde la formación de los encargados de prestar los servicios hasta el cambio del modelo de atención. Esto debe estar acompañado de un marco legal que reduzca la discrecionalidad de los gobiernos en su prestación y garantice el financiamiento necesario.

La construcción de la cohesión social no es un proceso lineal ni exento de contradicciones. Usualmente se habla de incorporar a toda la población al Estado suponiendo que “ellos” quieren ser incorporados o quieren construir un “nosotros” con nosotros. Un elemento que tenemos que tomar en cuenta es que no todos los colectivos tienen las mismas expectativas de este proceso. Por ejemplo, los hechos de Bagua en el 2009 muestran claramente que las expectativas de los colectivos

---

<sup>2</sup> Su mayor definición tampoco les garantiza su cumplimiento pero si permite su exigencia.



amazónicas (reconocimiento de territorios, cultura, etc.) en la inclusión social son diferentes a los reclamos de los Quechuas y Aymaras.

#### **d. Los estudios sobre el SIS**

De la revisión efectuada de los informes sobre el Seguro Integral de Salud (SIS) se ha podido apreciar que los enfoques utilizados en los estudios desarrollados por el SIS, el Ministerio de Economía y Finanzas u otros están orientados principalmente a reducir la filtración de asegurados, buscar su sostenibilidad financiera, o conocer su impacto en la salud de la población. En el caso de la Defensoría del Pueblo, sus informes sobre el SIS han estado orientados a comprobar el cumplimiento de la normatividad vigente al momento de atender a los asegurados, lo que es una aproximación al concepto de ciudadanía pero que como se ha mencionado en el marco teórico el que el SIS tenga una norma no iguala (la Defensoría no indica que la norma exista solamente, sino que se cumpla) en derechos necesariamente a todos los ciudadanos por lo que el enfoque de cohesión social que asumimos lo excede. Otra característica de las publicaciones revisadas es que ninguna tiene al departamento de Apurímac como su centro de atención, característica que tiene la presente investigación.

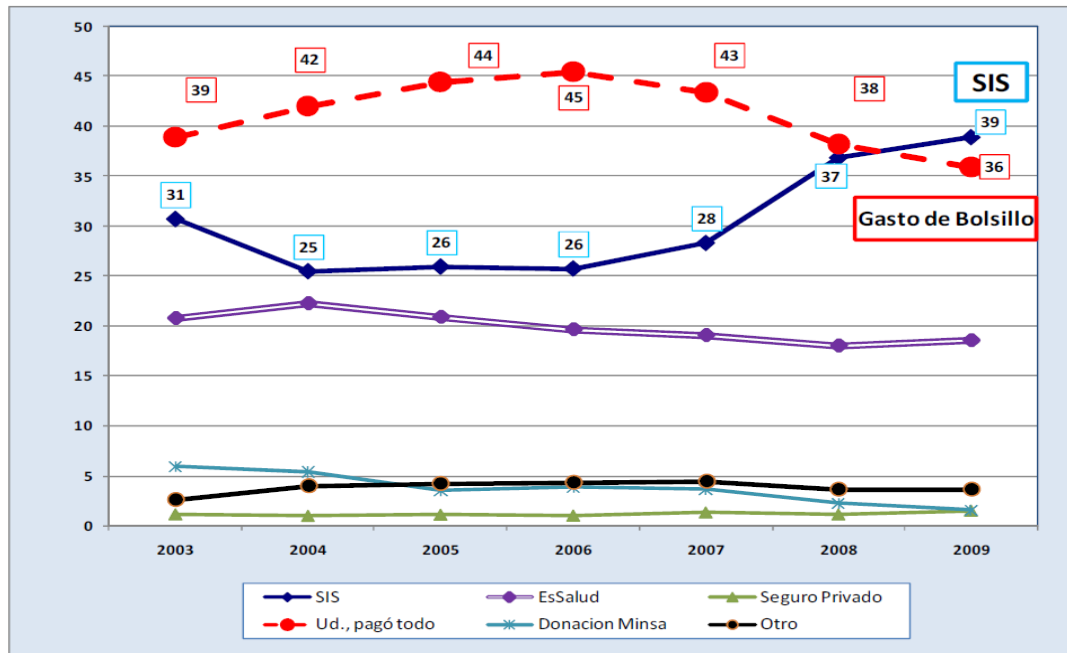
Las cifras de presupuesto, acceso y cobertura que nos ofrecen los informes no dejan de ser importantes. Los datos sobre el gasto en salud muestran que la inversión del SIS han ido aumentando y paralelamente el autofinanciamiento para la atención viene decayendo desde el 2006. El SIS al año 2009 tiene afiliada a más del 40% de la población nacional, sobre este grupo el 65.9% vive en zonas rurales. Respecto al número de pacientes atendidos que han sido financiados por el SIS el promedio es 26.54% de la población nacional, el departamento con mayor cobertura es Loreto con 62.3% de su población que recibió atención financiada por el SIS, en cambio en Lima solo fue el 9.6%. Estas cifras se obtienen de los cuadros elaborados por la Gerencia de Operaciones del SIS en su informe del 2011 en base a la ENAHO.

El gasto en salud se compone de rubros, como el gasto de medicinas, por diagnóstico o por laboratorio, entre otros. El principal rubro del gasto en salud es el gasto en medicinas que corresponde aproximadamente al 97% del gasto total. El principal financiador de las medicinas es el gasto de bolsillo, el 36.5% de los pacientes en el 2009 se financió la totalidad del costo de los medicamentos, aunque el financiamiento total de las medicinas por parte del SIS es de 35.4% para el mismo año.

El gasto de bolsillo se sitúa entre las principales fuentes de financiamiento, llegando en algunos casos al 50%, para otros servicios médicos, como la consulta externa, los análisis de laboratorio o servicios de diagnóstico por imágenes. Esta información se basa en la misma fuente.

Para el gasto total del servicio de salud, es el gasto de bolsillo el que se ha mantenido como principal financiador, tendencia que a partir del año 2008 se está invirtiendo con el SIS, como se muestra en el gráfico 1. No se poseen datos publicados sobre el desagregado de los beneficiarios.

**Gráfico I.1**  
Evolución del gasto de bolsillo y el gasto per capita del SIS



FUENTE: INEI – Encuesta Nacional de Hogares, 2003 – 2009  
ELABORACIÓN: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud  
SEGURO INTEGRAL DE SALUD. Evaluación del Efecto del Seguro Integral de Salud en los Indicadores de Salud Pública y Gasto de Bolsillo Periodo 2002-2009. Pág. 29

El gasto de bolsillo, aquel gasto directo de los hogares para cualquier rubro de gasto en salud, coloca en desventaja y en una situación riesgosa al usuario, ya que dependiendo de la gravedad del mal que lo aqueje (en tratamiento, tiempo de curación, número de evaluaciones, ingresos económicos del usuario, etc.), el usuario podría entrar en crisis financiera y llevarlo a la pobreza o impedir que salga de ella. A esta situación de gasto se le denomina Gasto Catastrófico<sup>34</sup>.

<sup>3</sup> Margarita Petrerá (Petrera 2012) recoge en su tesis las definiciones de la Organización Mundial de la Salud que adopta el concepto de gasto catastrófico a la situación en la que el gasto de bolsillo es igual o sobrepasa al 40% de la capacidad de pago del hogar que son los ingresos efectivos por encima de la línea de subsistencia, y la de Joseph Stiglitz que propone una definición más práctica: “el gasto catastrófico es el gasto derivado de la atención médica que por ser tan elevado para la economía familiar obliga a los individuos o a las familias a reducir significativamente su nivel de vida”.

<sup>4</sup> Un mayor desarrollo de este concepto dentro del marco de la inclusión social en el Perú se encuentra en la Tesis Doctoral de Margarita Petrerá Pavone “Seguro Integral de Salud y Protección Social en el Perú. 2004-2010” para la Universidad Peruana Cayetano Heredia del 2012.

El promedio del gasto de bolsillo para cualquier rubro de la atención en salud presenta porcentajes elevados, pero como bien se ha ido mencionando donde más se focaliza este gasto es en el rubro de financiamiento de las medicinas. A continuación el Cuadro I.1 presenta un consolidado del gasto en salud para este rubro a nivel nacional para atenciones en establecimientos del MINSA en el primer nivel de complejidad y en hospitales. El gasto de bolsillo para medicinas, para los años que comprende este estudio, ha ido aumentando, esta situación se aprecia en la clasificación de Ud. pagó todo que en Puestos de Salud (establecimientos de primer nivel) va desde 9% en el año 2007 hasta 15.9% en el año 2011 para zonas urbanas, en zonas rurales los porcentajes son menores, de 4.9% para el año 2007 y 6.4% para el año 2011. En el caso de la atención en hospitales las cifras porcentuales se incrementan y llegan hasta valores de 38.7%.

**Cuadro I.1: Percepción del Gasto de Bolsillo por Medicamentos**

¿Cómo pagó los servicios de Medicinas?	Lugar de atención									
	Primer nivel de atención MINSA					Hospital MINSA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Urbano</b>										
El SIS pago todo	81.7%	74.8%	70.2%	67.8%	70.0%	69.7%	49.7%	57.4%	52.9%	46.9%
El SIS pago una parte	7.9%	9.2%	12.4%	15.8%	13.5%	9.0%	16.4%	15.9%	11.2%	10.6%
Ud., pagó todo	9.6%	14.6%	16.9%	15.4%	15.9%	19.4%	31.7%	24.1%	23.5%	38.7%
Donacion Minsa	0.5%	0.3%	0.5%	0.5%	0.2%		1.5%	0.5%	2.5%	2.3%
Otro	0.3%	1.1%	0.1%	0.6%	0.4%	1.9%	0.7%	2.1%	9.9%	1.5%
<b>Total (%)</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Rural</b>										
El SIS pago todo	91.3%	88.4%	88.6%	84.4%	87.2%	70.8%	61.8%	57.2%	61.0%	49.5%
El SIS pago una parte	3.0%	4.0%	5.3%	7.7%	5.8%	8.6%	6.7%	9.4%	9.6%	6.6%
Ud., pagó todo	4.9%	7.0%	5.4%	7.0%	6.4%	5.5%	27.0%	27.3%	20.0%	31.5%
Donacion Minsa	0.6%	0.3%	0.3%	0.4%	0.2%	11.4%				
Otro	0.3%	0.2%	0.4%	0.4%	0.4%	3.6%	4.5%	6.1%	9.4%	12.4%
<b>Total (%)</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: ENAHO 2007 - 2011  
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES

Por otro lado, la publicación de UNFPA y el MINSA sobre el SIS del 2009 nos brinda varias luces sobre los mecanismos de afiliación al SIS en sus inicios, que nos sirven para encontrar alguna causa al problema de escasa afiliación. Este texto se enmarca en un análisis realizado en las localidades de Condorcanqui en Amazonas y Panao en Huánuco, entre los motivos que esboza este texto están:

En primer lugar está la tenencia de DNI. Al ser este documento un requisito para la inscripción y para la atención en los servicios de salud, no contar con DNI era una gran barrera de acceso. La carencia del documento de identidad era debido a muchos factores, pero entre uno de los más importantes estaba el hecho de que la población se negaba a tenerlo, principalmente se negaban a inscribir a los recién nacidos, para

no estos no sean vacunados; en segundo lugar, tenemos la brecha entre la población no identificada, este problema tiene estrecha relación con el punto anterior, ya que alno estar la población registrada, no se tiene con certeza el número de la población potencial, esta situación podría manejarse en conjunto con otras instituciones como el RENIEC, lo que no se hace; en tercer lugar, la aplicación de la Ficha Socio Económica, la norma señala claramente que esto no es obligatorio, regla que en lo general no se cumple, además los nuevos planes de seguro como el subsidiado requieren que nuevamente se solicite esta ficha; en cuarto lugar, los diferentes formatos del contrato de afiliación y reafiliación y el tamaño del periodo para hacerlo (1 año) generan grandes barreras; y otros como la referencia y contrarreferencia debido a la demarcación de ámbitos de la red de servicios –debiendo ser la del sistema de salud distinta o no necesariamente igual (con otros criterios) a los límites geopolíticos. Los informes de la Defensoría del Pueblo (2004, 2006 y 2007), referidos más a la calidad del servicio y a la percepción de los usuarios de este, como el medio para evaluar el cumplimiento correcto, nos muestra algunas cifras generales no muy favorables sobre el servicio a los asegurados del SIS. De las personas que asisten a los centros de atención del MINSA para hacer uso del SIS el 89.7% lo hace para sacar la cita de atención, de este último grupo el 84% de los entrevistados han manifestando su molestia por los horarios de atención para sacar las citas. Su informe también nos pone al tanto de que los asegurados en su mayoría, 74.4%, no tienen la información de los mecanismos, procedimientos o lugares para efectuar los reclamos, por lo tanto la cifra de reclamos que recibe el sistema y su servicio no representa la magnitud del malestar de los pacientes. A pesar de las molestias, que nos muestran las cifras compartidas el 58.8% de los pacientes piensa que el servicio es regular, y el solamente el 30.7% que es malo.

Sobre la percepción del usuario respecto del servicio ofrecido también se cuenta con informes del mismo SIS como el de “Percepción de satisfacción del usuario y el desempeño del prestador en zonas focalizadas del SIS” (2009) en base a las regiones de Lima Este, Piura, Ayacucho, Huancavelica, San Martín y Ucayali presentado en tres partes. La información que nos ofrecen respalda la publicada por la Defensoría del Pueblo, en los tres informes (Lima Este y Piura, Ayacucho y Huancavelica y San Martín y Ucayali) los porcentajes sobre la desinformación de los usuarios al momento de la afiliación sobre la cobertura, las exclusiones, los planes, etc. pueden llegar hasta el 30% de los afiliados y posibles afiliados (sobre la muestra entrevistada: Lima Este y Piura, 70% de los asegurados y posibles aseguradas señalaro haber no sido informado; en el caso de Ayacucho y Huancavelica 71%; y en Ucayali y San Martín el 86%), ya que aseguran que nadie se las dio, a pesar que el 99% de los entrevistados (en

promedio para los tres informes) dijo estar interesado en recibir tal información. Si los beneficiados no conocen la cobertura y alcances del servicio es comprensible que en preguntas siguientes reconozcan no saber si los pagos les corresponden a ellos (o que pagos de atención, medicamento, operación, etc.).

En este mismo informe también se pueden obtener cifras sobre la satisfacción del servicio, en términos generales y luego más detallados en lo que se refiere al servicio administrativo, al médico, tiempo de atención y demás. Estas cifras no presentan los porcentajes de aceptación y satisfacción deseados, pero tampoco son muy desalentadoras. Sobre la percepción de satisfacción respecto a la atención recibida en el establecimiento de salud desde la perspectiva de los afiliados para el caso de Lima Este y Piura un 41% la calificó como buena, el 57% de afiliados encuestados calificó como regular y un mínimo 1.4% como mala; para el caso de Ayacucho y Huancavelica la calificación de buena con un 52%, seguida de la calificación regular con un 35% y entre mala y muy mala juntos un puntaje de 6.1%; y por último para Ucayali y San Martín El 48% de afiliados encuestados calificó como buena la atención general recibida en el establecimiento de salud, un 46% la calificó como regular y finalmente el 6% indicó que la atención recibida fue mala.

#### **e. Propuesta metodológica**

EL objetivo de la investigación está centrado en comprender el proceso de implementación del SIS para que los en los asegurados del Seguro Integral de Salud en la Región Apurímac durante el período 2007 – 2010. La metodología combinará métodos cuantitativos y cualitativos. La información cuantitativa evalúa las tendencias con cortes anuales. Las fuentes de información según sea de la oferta (financiamiento, cobertura) y de la demanda (afiliación, perspectivas sobre la atención han sido las siguientes:

Las principales fuentes de información son:

1. La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de los 2007, 2008, 2009 y 2010. La información obtenida de esta encuesta ha sido: nivel de aseguramiento de la población de Apurímac, razones por las que la población no accede a los servicios de salud, identificación de las razones por las que pagaron los asegurados SIS en los establecimientos públicos del Gobierno Regional, percepción del tiempo de espera y del trato del personal en los establecimientos públicos diferenciando, en ambos casos, entre asegurados SIS y los no asegurados que asistieron a estos establecimientos. (sobre las variables utilizadas para los cálculos se detallan en el anexo 2)



2. El portal amigable del Ministerio de Economía y Finanzas, respecto del presupuesto de las cuatro unidades ejecutoras de salud en el Pliego Gobierno Regional de Apurímac.

3. El Seguro Integral de Salud, en lo referente a las transferencias efectuadas al GR de Apurímac, al número de afiliados al SIS y las atenciones realizadas. Además, se ha revisado la legislación emitida por esta institución.

4. Entrevistas semiestructuradas a informantes claves en tanto hayan ejercido función durante el periodo de análisis o estén en puestos claves (principal responsable de la institución o responsables de la planificación y el presupuesto) de las instituciones relevantes para el estudio (MINSA, SIS, GR de Apurímac, DIRESA, DISA y hospitales), así mismo se realizó entrevistas a representantes de la sociedad civil en Abancay y Andahuaylas. El listado de los entrevistados así como del cuestionario de la Encuesta Semiestructurada para los funcionarios públicos se encuentra en el anexo 3, en tanto que a las representantes de la sociedad civil se aplicó una entrevista abierta<sup>5</sup>.

La construcción de indicadores se ha realizado siguiendo la propuesta metodológica planteada por CEPAL, en tanto la definición planteada y recogida en esta investigación tiene la ventaja que es posible desagregarla en indicadores, sin embargo, para su construcción se ha hecho necesario elaborarlos teniendo en cuenta las "arenas" y los "pilares" que la define. Cepal nos plantea que es posible que "(...) una medición sistémica de la cohesión social se puede lograr si se realizan dos movimientos: Primero, en los pilares propuestos por la CEPAL, se reconoce un momento dinámico de la construcción de la cohesión social (el cómo). Segundo, si los pilares se combinan con una noción de "arenas" en donde la cohesión social se construye (el qué)" (CEPAL y AECID 2010; 18).

"Una arena es un espacio específico que, en una sociedad determinada, aparece como relevante [para] construir cohesión social. Estas arenas difieren entre sociedades: difieren en tanto que pueden o no ser parte de la cohesión social en una sociedad dada, o pueden serlo con diferentes pesos y relevancias." (CEPAL y AECID 2010; 29). Estas arenas pueden ser cuatro: el lazo social, la ciudadanía, el mercado y la protección social. Por los tres pilares se desprenden de la definición misma de cohesión social: "La dialéctica entre mecanismos instituidos [instituciones] de inclusión y exclusión sociales [brechas, resultados] y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía [subjetividad] frente al modo en que estos operan" (CEPAL, 2007a:13). (Ver cuadro síntesis en el anexo 4).

---

<sup>5</sup> Las entrevistas se llevaron a cabo en el mes de mayo del 2012, realizándose el trabajo de campo en Apurímac entre el miércoles 16 y sábado 19 de mayo.

El cruce del concepto de pilares, arenas y sus dimensiones permite dar marco a la construcción de un conjunto de indicadores coherentemente estructurados. Es dentro de la arena de la protección social donde la CEPAL identifica a la salud y la previsión social como los elementos básicos para tener una seguridad básica frente a la vulnerabilidad frente a la enfermedad y la jubilación.

Teniendo este marco de referencia planteado por CEPAL, el paso siguiente es construir los indicadores que permitan identificar los indicadores relevantes que mejor expresen el cruce de los criterios señalados. Para enfrentar este reto se ha seguido la ruta analítica de la CEPAL seleccionando los que son relevantes para la investigación y se han desarrollado los propios teniendo en cuenta los objetivos de la tesis. Los indicadores a utilizar son los siguientes indicadores:

**Cuadro I.1: Indicadores de la Dimensión Salud de la Arena Protección Social y los indicadores a utilizarse**

Brechas / Resultados	Instituciones	Subjetividad
<b>Sistema de indicadores de cohesión social de la Cepal \1</b>		
Tasa de mortalidad infantil; Esperanza de vida al nacer	Gasto público en salud como porcentaje del PBI/ Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto total en salud	Tasa de mortalidad por suicidios y lesiones autoinfligidas; Tasa de homicidios
<b>Indicadores de funcionamiento de las instituciones</b>		
a) Porcentaje de personas con cobertura pública de salud; b) Porcentaje de personas con cobertura privada subsidiada.	c) Gasto promedio per cápita en el sector público; d) Gasto promedio per cápita en el sector subsidiado	
<b>Indicadores a desarrollarse en la tesis \2</b>		
0.1. Población del departamento de Apurímac afiliada por tipos de seguro de salud 2007 - 2010	I.1. Evolución del porcentaje de los RDR y las DyT del total del presupuesto de las UE de salud del Pliego Gobierno Regional Apurímac. (adicionalmente se revisará por cada una de las 4 UE)	P.1. Procesos adecuados de información para la afiliación
0.2. Razones por las cuales la población del departamento de Apurímac no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud 2007 – 2010	I.2. Presupuesto de la función salud por toda fuente de las UE de salud del Pliego Gobierno Regional Apurímac (sin incluir inversiones y pensiones) entre número de asegurados SIS.	P.2. Procesos adicionales de atención
	I.3. Transferencia SIS entre número de asegurados SIS. (adicionalmente se comparará el monto transferido con el PIM y el devengado de la fuente DyT)	I.5. Percepción de espera
	I.4. Asegurado SIS pagó o no pago.	I.6. Percepción del trato del profesional

1\ Indicadores primarios

2\ Si bien en la última revisión de los indicadores que hace CEPAL ya no incluye indicadores para el pilar Subjetividad relacionada con las percepciones respecto a la posibilidades de ser atendido, los arreglos institucionales realizados a partir de la implementación del SIS puede llevar a percibir que su tiempo de espera es mucho y que el trato recibido es malo

Fuente: CEPAL y AECID 2010; p. 103, 180 y 198

Elaboración propia

Con el fin de mostrar la relación entre los objetivos, preguntas, hipótesis y los indicadores se presenta el siguiente cuadro:



Cuadro 2: Matriz de Indicadores

Objetivos	Preguntas	Hipótesis	Metodología	Indicadores
<b>Op.</b> 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.	Pp. ¿Cómo se ha llevado a cabo la aplicación del SIS en la Región Apurímac entre el 2007 y el 2010?	A pesar de los avances en cobertura ciudadanos pobres asegurados con el seguro Integral de Salud – SIS no se ha logrado garantizar la atención de salud como un derecho en el departamento de Apurímac durante el periodo 2007 – 2010.	Análisis cuantitativo del avance del aseguramiento de salud en el departamento de Apurímac	0.1. Población del departamento de Apurímac afiliada por tipos de seguro de salud 2007 - 2010
			Análisis cuantitativo de las razones por las que la población del departamento de Apurímac no acede a los servicios de salud a pesar de que lo necesita.	0.2. Razones por las cuales la población del departamento de Apurímac no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud 2007 – 2010
<b>O1.</b> Determinar los cambios producido en el financiamiento de la DIRESA Apurímac y de su red de establecimientos con la implementación del SIS entre el 2007 y el 2010	SP1 ¿Cuáles han sido los cambios producidos en el financiamiento de la DIRESA Apurímac y de su red de establecimientos con la implementación del SIS entre el 2007 y el 2010?	H1 Con la incorporación del SIS se ha reducido los ingresos por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR) y ha crecido la fuente Donaciones y Transferencias (DyT) que es por la que paga el SIS. La complicación de gestión se produce porque los RDR son de uso rápido en cambio las DyT puede tardar no menos de 3 meses antes que se puedan utilizar y su uso es más restringido (financia solo costo variable).	Análisis cuantitativo del comportamiento del presupuesto por fuente de financiamiento (estructura porcentual) teniendo en cuenta sus procedimientos de ejecución.	I.1. Evolución del porcentaje de los RDR y las DyT del total del presupuesto de las UE de salud del Pliego Gobierno Regional Apurímac. (adicionalmente se revisará por cada una de las 4 UE)

		H2 El presupuesto por asegurado se ha reducido a lo largo del periodo de análisis.	Las transferencias del SIS está por definición dirigido a cubrir el gasto variable de la atención a un asegurado SIS por lo tanto también hay que ver como se ha comportado el resto del financiamiento (sin incluir lo que no va a la atención: pensiones e inversiones). Sin embargo, las fuentes diferente a las DyT son también para atender a No asegurados SIS pero no hay forma de saberlo. Por ello, en ambos casos son aproximaciones.	I.2. Presupuesto de la función salud por toda fuente de las UE de salud del Pliego Gobierno Regional Apurímac (sin incluir inversiones y pensiones) entre número de asegurados SIS. I.3. Transferencia SIS entre número de asegurados SIS. (adicionalmente se comparará el monto transferido con el PIM y el devengado de la fuente DyT)
<b>O2.</b> Determinar los cambios organizacionales producidos en la DIRESA Apurímac y en su red de establecimientos con la implementación del SIS para el registro de sus asegurados entre el 2007 y el 2010.	SP2 ¿Cuáles han sido los cambios organizacionales producidos en la DIRESA Apurímac y en su red de establecimientos para la afiliación de los asegurados del SIS entre el 2007 y el 2010?	H2 Se ha creado una organización administrativa paralela para afiliarse y recibir a los asegurados del SIS como si fuera un grupo con menores derechos.	Análisis cualitativo de los procesos de afiliación y sus implicancias en la organización de los servicios de salud	P.1. Procesos adecuados de información para la afiliación
<b>O3.</b> Comprender como se ha realizado el proceso de atención de los afiliados del SIS en la red de establecimientos públicos de la	SP3 ¿Cuáles han sido los cambios organizacionales producidos en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Apurímac y en su red de establecimientos para la	H3 El proceso de atención se viene realizando más en la lógica del servicio que en la del derecho del paciente. Se incorpora mecanismos adicionales para no atender a los asegurados y cobrarlos directamente.	Análisis cualitativo de los procesos de atención y sus implicancias en la organización de los servicios de salud. Análisis cuantitativo de lo pagado por los asegurados SIS en los establecimientos públicos de salud (ENAHO)	P.2. Procesos adicionales de atención I.4. Asegurado SIS pagó o no pago.

DIRESA Apurímac entre el 2007 y el 2010?	atención de los asegurados del SIS entre el 2007 y el 2010?	Análisis cuantitativo percepción del tiempo de espera de los asegurados SIS y de los no asegurados en los establecimientos públicos de salud de la red del Gobierno Regional (ENAHO)	I.5. Percepción de espera
		Análisis cuantitativo percepción del trato del profesional de los asegurados SIS y de los no asegurados en los establecimientos públicos de salud de la red del Gobierno Regional (ENAHO)	I.6. Percepción del trato del profesional



Entendiendo que para que la atención de la salud aporte a la inclusión social requiere que este sea reconocido como un derecho, y para que este derecho sea un hecho real y no un acto discrecional del gobierno debe cumplir con contar con tres garantías (calidad, oportunidad y financiamiento) se va a buscar con indicadores proxis constatar si estas características se están cumpliendo.

**Sobre la garantía de calidad.** En tanto no se han generado los protocolos para todos los componentes de los planes de beneficio no será posible hacer esta constatación<sup>6</sup>, lo que además traerá limitaciones para las otras dos garantías, sin embargo, la falta de los protocolos son ya un indicador que la exigencia de la calidad no tiene el instrumento para su reclamo. Sin embargo, para efectos de esta investigación se tendrá una aproximación a partir de la percepción de los servicios respecto del trato del personal comparando las respuestas de los asegurados versus los no asegurados.

**Sobre la garantía de oportunidad.** A falta de los protocolos que indiquen los tiempos de espera y otros aspectos relacionados sobre la oportunidad del servicio, para efectos de esta investigación se hará comparando la percepción de los tiempos para la atención de los pacientes asegurados en comparación con los no asegurados.

**Sobre la garantía de financiamiento.** La ausencia de los protocolos de atención no permite costear la atención con las características de calidad y oportunidad que debiera tener y por lo tanto conocer cuál sería el presupuesto requerido. Para tener una visión aproximada se tomarán dos indicadores: La evolución del gasto público en general y de SIS por asegurado al SIS y, a partir de las Encuestas Nacional de Hogares (ENAH) saber si el asegurado SIS se vio obligado a pagar total o parcialmente su atención, los procedimientos o los medicamentos que requirió.

---

<sup>6</sup> A la fecha el MINSA ha emitido protocolos el 49% de las intervenciones incluidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, las demás están en elaboración o en proceso de aprobación.

## Capítulo II. Los cambios producidos en el financiamiento de la DIRESA Apurímac.

El presente capítulo está relacionado con el objetivo 1 de *Determinar los cambios producidos en el financiamiento de la DIRESA Apurímac y de su red de establecimientos con la implementación del SIS entre el 2007 y el 2010*, por lo que se presenta la información presupuestal de las cuatro unidades ejecutoras que abarcan a la DIRESA, sus hospitales y a la red de Andahuaylas y las transferencias del SIS en relación con los asegurados. Los cambios en el comportamiento de los proveedores frente a los cambios en el financiamiento se verá con más detalle en el capítulo IV.

La DIRESA Apurímac, así como las redes de servicios de salud tiene tres fuentes de financiamiento: 1) los Recursos Ordinarios (RO) que recibe del Pliego Gobierno Regional, estos recursos, que provienen de la recaudación de impuestos, son asignados por el MEF al Gobierno Regional. En general, parte de estos recursos son asignados con un criterio histórico tomando como referencia la ejecución del periodo anterior y otra parte se está asignado, desde el 2007, bajo el esquema del Presupuesto por Resultados (PpR); 2) Los Recursos Directamente Recaudados (RDR) que provienen del cobro por los servicios que presta la DIRESA y los establecimientos de salud, su asignación depende de la capacidad de los establecimientos por generar sus ingresos a través de las tarifas cobradas por los servicios de salud a personas no afiliadas al SIS; y, 3) Las Donaciones y Transferencias que proviene de las transferencias que realiza el Seguro Integral de Salud (SIS) como reembolso por las prestaciones a los asegurados<sup>7</sup>.

Desde el punto de vista del financiamiento se han producido dos cambios importantes en los últimos diez años: 1) La implementación del SIS implicó un cambio del presupuesto histórico, como la asignación de los RO, al del reembolso por la producción llevada a cabo; y, 2) La implementación por parte del MEF del Presupuesto por Resultados (PpR) que más que un cambio del criterio histórico, introdujo para un grupo de intervenciones un cambio en la forma de programar e incorporó una lógica de costos y resultados, pero ahora con un mayor peso en la gestión por parte del MEF<sup>8</sup>,

---

<sup>7</sup> En esta transferencia los recursos públicos sufren una “mutación”, mientras el dinero lo tiene el SIS los recursos son parte de los Recursos Ordinarios, cuándo los recurso se van a incorporar a la Unidad Ejecutora que recibe los fondos los incorpora bajo la fuente “Donaciones y Transferencias”. Esta mutación se produce por disposición de la Contaduría para evitar el doble registro.

<sup>8</sup> El PpR surgió desde la formulación del presupuesto 2007 por iniciativa del Congreso de la República y en coordinación con el MEF ha incorporado la lógica de relacionar la asignación al resultado de la

Este proceso está produciendo que una parte del presupuesto se realice con reglas diferentes a las otras actividades que realiza la institución. Si bien este proceso no significa necesariamente más financiamiento para los temas a enfrentar si ha significado más restricciones para la ejecución de ese presupuesto.

Desde el inicio del SIS se mantenía la propuesta que el financiamiento de las atenciones de los asegurados se daría por dos fuentes: los RO para el costo fijo y las transferencias del SIS para los costos variables. Este criterio se basaba en el supuesto que existía capacidad instalada ociosa en los servicios de salud que ya venía siendo financiada con RO y que solo faltaba agregar los insumos, medicamentos y otros costos variables los que serían cubiertos por el SIS, la reducción de la capacidad instalada ociosa en los establecimientos ha hecho que esta "especialización" del financiamiento se haya ido perdiendo<sup>9</sup>.

#### **a. Seguro Integral de Salud: cambiando la lógica del financiamiento**

La implementación del SIS introdujo el mecanismo del "reembolso", es decir, primero los establecimientos deben prestar la atención, demostrar que la atención estaba en el plan y el paciente era asegurado SIS para que este finalmente le transfiera vía transferencia lo correspondiente según la tarifa a la Unidad Ejecutora a la que pertenece el establecimiento. Para la incorporación al presupuesto se utiliza la fuente "Donaciones y Transferencias" que tiene formas de utilización más restrictivas que la de los RO o los RDR, sin embargo cabe precisar que las DyT no se revierten al Tesoro Público a fin de año si no se utiliza como sucede con los RO.

El cambio de la lógica de asignación por reembolso apunta a incentivar una mayor "producción" en los establecimientos, dado que, según los estudios de fines de los 90 existía capacidad instalada ociosa en los establecimientos de salud, por lo que solo era necesario reembolsar los costos variables (medicamentos e insumos de laboratorio entre otros) de la atención para estimular a una mayor prestación del servicio. Está lógica además, transfiere, o por lo menos hacia eso apunta, una mayor responsabilidad en la gestión de los recursos a los proveedores (DIRESA y redes) si se compara con los Recursos Ordinarios. Sin embargo, respecto a los Recursos

---

intervención y no solo al cumplimiento de la meta como es actualmente. Este esquema se ha implementado, en el caso de salud, por un lado para los temas relacionados con la Salud Materna Neonatal y por otro para el Programa Articulado Nutricional, posteriormente se ha ampliado a la mayoría de las intervenciones de salud pública.

<sup>9</sup> Aunque no hay estudios específicos que respalden esta afirmación, el crecimiento del número de atenciones y la necesidad cada vez más urgente personal de salud, en particular de especialistas, así lo indican.



Directamente Recaudados, las Donaciones y Transferencias tienen mayores restricciones para su uso, los que son reglamentados por el SIS (solo algunas partidas y prioridades en estas partidas). Además existe un problema de oportunidad frente a los RDR, mientras que lo recaudado como RDR puede ser ejecutado casi de inmediato una vez que fue prestado el servicio, en el caso de los fondos provenientes del SIS requiere: consolidar la información de las prestaciones a rendirle al SIS, pasar por la auditoría del SIS para validar lo que presenta el establecimiento. Lo que es aceptado por el SIS debe incluirse en una Resolución Jefatural para que posteriormente el responsable del Pliego al que pertenece le Unidad Ejecutora del establecimiento que efectuó el servicio, mediante acto resolutorio, incorpore al presupuesto los nuevos fondos y recién pueda ser puesto en el calendario el mes siguiente. Este proceso puede en el mejor de los casos durar tres meses. Esto hace una diferencia importante en la gestión de los establecimientos.

El proceso de ampliación de la intervención del SIS en Apurímac fue apoyado por la Cooperación Técnica Belga a través de apoyo financiero a las transferencias del SIS. Este apoyo se dio entre el 2005 y el 2009 y se produjo como parte de las transferencias del SIS y no como una fuente adicional<sup>10</sup>.

#### **b. Los cambios en la estructura del financiamiento de los servicios de salud de la DIRESA Apurímac**

El presupuesto corriente<sup>11</sup> para la salud en el Gobierno Regional de Apurímac lo ejecuta a través de cuatro unidades ejecutoras, como se puede apreciar en el cuadro II.1 se encuentran las dos unidades ejecutoras llamadas Salud Apurímac y Salud Chanka que responden a las dos cabezas administrativas<sup>12</sup> que incluyen a su interior las redes de centros y puestos de salud, y las dos unidades ejecutoras de los hospitales (uno de Abancay y otro de Andahuaylas).

---

<sup>10</sup> Se creó el Programa Financiero Sectorial al Seguro Integral de Salud (PROSIS) por un convenio suscrito entre el Perú y el Reino Belga en el año 2005, para la implementación del programa, por dos años pero después fue ampliado hasta el 2009, se consideró a los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Cajamarca como beneficiarios. Apurímac recibió como transferencias 26.6 millones de nuevos soles. ((CTB y CIES, 2008) y SIS)

<sup>11</sup> Los gastos de capital (fundamentalmente inversiones en infraestructura y equipamiento) para la región los ejecuta el mismo Gobierno Regional a través de su unidad ejecutora. Para efectos del análisis no se tomará en cuenta por la variabilidad dependiendo del plan de construcción de la región que puede distorsionar el análisis.

<sup>12</sup> Apurímac es la única región que en la práctica tiene dos direcciones de salud, problema que a pesar de varios intentos del gobierno regional no ha logrado resolver porque detrás del tema están las identidades de Abancay y de Andahuaylas.



Entre el 2007 y el 2010 el gasto corriente en salud de la región creció más de 70 por ciento, este crecimiento fue especialmente para la UE Salud Chanka que casi duplicó su presupuesto

**Cuadro II.1: Ejecución presupuestal de las unidades ejecutoras de salud en el Gobierno Regional de Apurímac 2006 - 2010**  
En miles de Nuevos Soles

Unidad Ejecutora	2006	2007	2008	2009	2010
<b>En miles de nuevos soles</b>					
400 Salud Apurímac	20,138	21,970	29,232	38,235	38,119
401 Salud Chanka	12,209	12,402	19,240	23,486	24,453
402 Hospital Guillermo Díaz De La Vega-Abancay	10,361	11,056	12,663	16,199	16,589
403 Hospital Subregional de Andahuaylas	8,266	8,996	10,550	13,120	13,839
<b>Total</b>	<b>50,974</b>	<b>54,425</b>	<b>71,684</b>	<b>91,039</b>	<b>92,999</b>
<b>Estructura porcentual</b>					
400 Salud Apurímac	39.51	40.37	40.78	42.00	40.99
401 Salud Chanka	23.95	22.79	26.84	25.80	26.29
402 Hospital Guillermo Díaz De La Vega-Abancay	20.33	20.32	17.67	17.79	17.84
403 Hospital Subregional de Andahuaylas	16.22	16.53	14.72	14.41	14.88
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Portal de Transparencia del MEF  
Elaboración propia

pasando de 12 a 24 millones de nuevos soles. Hay que tomar en cuenta que si bien las transferencias del SIS son para cubrir el gasto en sus asegurados, este solo cubre una parte del costo de atención y el resto es cubierto por los RO y los RDR como ya se mencionó era la lógica cuando se implementaron los seguros públicos.

La implementación del SIS produjo como efecto una reducción de los ingresos por RDR (Portocarrero 2005a y 2005b) porque muchos de los pobres a los que antes se les cobraba ahora estaban asegurados y, por otro lado, aumentó el peso relativo de las Donaciones y Transferencias (Portocarrero 2005a) y Recursos Ordinarios. Este cambio de la estructura del financiamiento ha reducido, por el largo camino para recibir el desembolso y la especificidad de los gastos reponer, la capacidad de gestión financiera de los establecimientos. Mientras el uso de los RDR se hace bajo el criterio del gestor, los reembolsos del SIS deben estar prioritariamente a la reposición de medicamentos y otros rubros que se encuentran en las directivas del SIS.

Como se aprecia en el cuadro II.2 el peso relativo de los RDR se ha reducido de 11 por ciento a 4 por ciento. La fuente que ha crecido significativamente es RO (de 71 a 79%) y en el caso de las donaciones y transferencias, salvo algunos ligeros picos se ha mantenido alrededor del 18 por ciento. En términos de crecimiento los RO son los únicos recursos que han crecido constantemente a los largo del periodo 2007 – 2010

**Cuadro II.2: Ejecución presupuestal de las unidades ejecutoras de salud por Fuente de Financiamiento 2006 – 2010**  
En miles de Nuevos Soles

Fuente de Financiamiento	2006	2007	2008	2009	2010
<b>En miles de nuevos soles</b>					
Recursos Ordinarios	36,411	40,805	53,489	70,882	73,048
Recursos Directamente Recaudados	5,351	3,908	3,342	2,605	3,711
Donaciones y Transferencias	9,212	9,712	14,853	17,552	16,240
<b>Total</b>	<b>50,974</b>	<b>54,425</b>	<b>71,684</b>	<b>91,039</b>	<b>92,999</b>
<b>Estructura porcentual</b>					
Recursos Ordinarios	71.43	74.97	74.62	77.86	78.55
Recursos Directamente Recaudados	10.50	7.18	4.66	2.86	3.99
Donaciones y Transferencias	18.07	17.84	20.72	19.28	17.46
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
<b>Crecimiento porcentual anual</b>					
Recursos Ordinarios		12.07	31.09	32.52	3.06
Recursos Directamente Recaudados		-26.96	-14.49	-22.04	42.43
Donaciones y Transferencias		5.43	52.94	18.17	-7.47
<b>Total</b>		<b>6.77</b>	<b>31.71</b>	<b>27.00</b>	<b>2.15</b>

Fuente: Portal de Transparencia del MEF  
Elaboración propia

fundamentalmente por una política del MEF de ir incrementando el presupuesto relacionado con los PpR y restringir el crecimiento del presupuesto del SIS<sup>13</sup>. Los RDR crecieron de manera importante recién en el 2010 después que los años anteriores venía decreciendo cuando los establecimientos empiezan a revertir ligeramente la tendencia con el manejo de las tarifas para los no asegurados. Por último las donaciones y transferencias tuvieron el comportamiento inverso a los RDR, han crecido hasta el 2010 año en que se ha reducido porque antes se les cobraba a personas que por su pobreza debieron ser cubiertos por el Estado.

La información existente no permite medir con precisión si el financiamiento ha ido acompañando el crecimiento de afiliados y si ha sido suficiente para cubrir el costo de las atenciones. El número de afiliados creció en 35 por ciento entre el 2007 y el 2010, y sus atenciones lo hicieron en este mismo periodo en 41 por ciento.

<sup>13</sup> Esto es producto de dos lógicas diferentes de financiar las actividades públicas en general y las de salud en particular. Mientras el MEF apostó al desarrollo de su modelo de Presupuesto por resultados, el MINSA en el marco de su política de aseguramiento impulsaba el crecimiento del SIS.

Una limitación, que fue señalada en la propuesta metodológica, es que al no haber protocolos para todas las atenciones del plan de beneficios tampoco hay manera de costearlas, los costos estimados son parciales o son costos estándar lo que no reconoce las variaciones de cada red. Sin esta información no es posible saber si el financiamiento que se otorgado es el necesario.

Por otro lado está la disyuntiva que se presenta porque si solo se compara con respecto a las transferencias del SIS esta aproximación sería parcial, porque este financiamiento está enfocado en el gasto corriente de los costos variables y no se tomaría en cuenta el incremento de los RO que ahora reciben los establecimientos. Si se toma el Presupuesto Institucional Modificado por toda fuente (PIM)<sup>14</sup>, se podría argumentar que los RO y los RDR que los establecimientos recaudan no son solo para los asegurados SIS y por lo tanto tampoco sería una relación precisa. Lo que es claro es que en cualquiera de los dos casos el financiamiento debe crecer junto con el número de afiliados y si es posible se de con una mayor rapidez.

Como se aprecia en el cuadro II.3 la tendencia del financiamiento por asegurado, vista desde el punto de vista de las transferencias SIS o por toda fuente, ha sido hacia el aumento, sin embargo, en el caso de las transferencias SIS ha sufrido una reducción en el 2010

**Cuadro II.3: Financiamiento por asegurado SIS en Apurímac 2006 - 2010\***

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Per cápita</b>					
Transferencia SIS	25.30	40.22	49.55	56.29	49.57
PIM de la 4 UE Salud	163.04	201.29	196.10	258.47	258.21
<b>Incremento anual (Porcentaje)</b>					
Transferencia SIS		58.97	23.20	13.60	-11.94
PIM de la 4 UE Salud		23.46	-2.58	31.81	-0.10

(\*) No incluye el gasto en inversiones.

Fuente: Reportes del SIS, Portal de transparencias del MEF

Elaboración propia

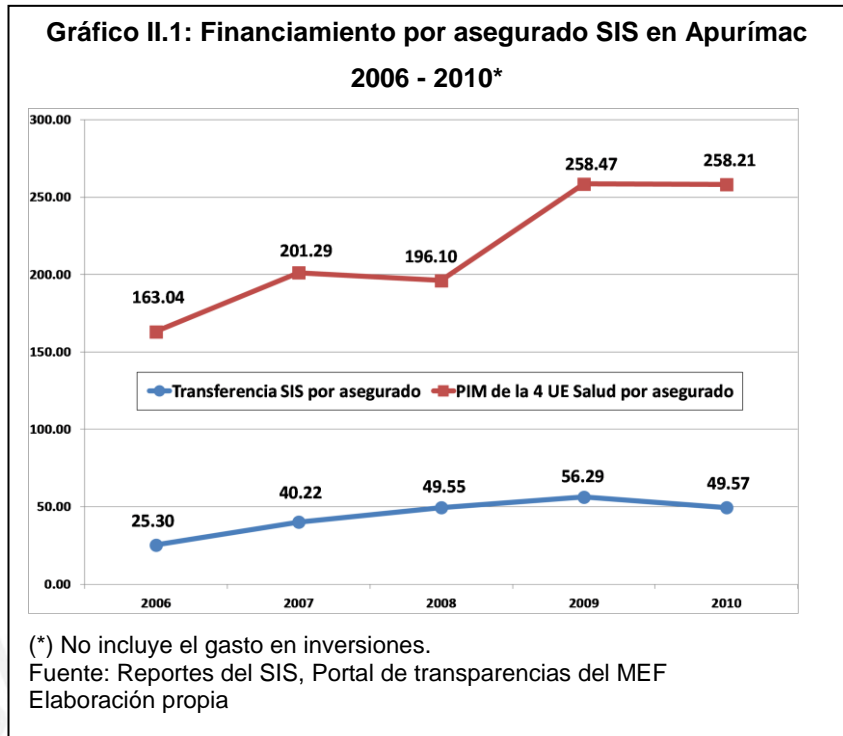
por un efecto combinado de una pequeña reducción de las transferencias y un ligero aumento del número de afiliados. En el caso del PIM su comportamiento ha tenido ligeras reducciones frente a los incrementos que se han mostrado en el 2007 y en el 2009. La tendencia al incremento también se puede apreciar en el gráfico II.1, sin embargo, como lo mencionan los entrevistados este proceso no ha sido regular mostrando muchos atrasos en las transferencias y en negociaciones por los montos que se consideran en las tarifas del SIS. Desde el atraso producido por el ajuste llevado a cabo por el MEF a fines del 2009 que no le autorizó al SIS a transferir más de 70 millones para todas las redes públicas de salud y de 1.2 millones para el caso de Apurímac, lo que llevó a que las transferencias del SIS y las capacidades para

<sup>14</sup> Para este cálculo se ha tomado en cuenta el Presupuesto Institucional Modificado porque se está tomando el total de los recursos existentes en la región al margen de su capacidad de ejecución.

rendir por parte de las redes sean temas permanentes de las reuniones de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS) y que produjo una reunión especial en marzo del 2010.

**c. A modo de resumen**

El ingreso del SIS y la modalidad de transferencia por



reembolso han cambiado la estructura porcentual del financiamiento. Si bien los RO siguen siendo la principal fuente de financiamiento, si se ha modificado la relación entre los RDR y las Transferencias (DyT).

Este cambio ha implicado cambios en la gestión porque los RDR se podían ejecutar de un mes para otro, pero para recuperar lo utilizado en la atención de un afiliado al SIS se demora entre tres y cuatro meses para poder ser ejecutado.

A pesar de las complicaciones que existieron para sustentar las solicitudes al SIS y los retrasos en los desembolsos del SIS en el balance anual se puede apreciar que el financiamiento por asegurado ha ido incrementando

### Capítulo III. La afiliación y la atención de los asegurados SIS en la región Apurímac

Las razones por las que los apurimeños no se atienden en algún establecimiento de salud, según la ENAHO, han variado sustancialmente entre el 2007 y el 2010. Cuando se revisa las razones por las que no se accede a los servicios de salud “Prefiere curarse con remedios caseros” y “No era grave / no fue necesario” se mantuvieron como la primera y tercera razón para no ir al servicio de

**Cuadro III.1: Razones por las cuales la población del departamento de Apurímac no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud 2007 – 2010**

Razones	2007	2008	2009	2010
No tuvo dinero	26.72	16.62	9.59	7.90
Se encuentra lejos.	10.20	7.93	10.50	5.50
Demoran mucho en atender	0.63	3.68	8.24	8.34
No confía en los médicos	3.27	8.84	8.69	12.00
No era grave / no fue necesario	20.54	20.65	18.15	23.63
Prefiere curarse con remedios caseros	32.70	24.06	31.97	26.66
No tiene seguro	2.38	1.15	2.10	1.60
Se autorecetó o repitió receta anterior	14.14	11.01	10.11	9.91
Falta de tiempo	12.13	22.91	25.05	26.62
Por el maltrato del personal de salud	0.50	0.91	6.83	5.18
Otro	0.13	4.11	1.66	3.88

Nota: Tabla multirespuesta, el porcentaje no necesariamente suma 100.

Fuente: ENAHO 2007-2010, INEI

Elaboración propia

salud. No pasó lo mismo con “No tuvo dinero” y “No tiene seguro”, estas razones cambiaron sustancialmente, en el primer caso pasó de ser la segunda a la séptima razón bajando su peso de 27 a 8%, y en el segundo caso pasó de la octava a la decimoprimer razón bajando de 2.3 a 1.6 por ciento.

Otra variable importante para efectos de esta tesis es la de “Por el maltrato del personal de salud” se ha mantenido como la décima razón, sin embargo, porcentualmente paso de 0.5 a 5.2 por ciento.

El proceso de aseguramiento en el país en general y de Apurímac en especial ha sido fuertemente dinamizado por el crecimiento de la afiliación al SIS. En el

**Cuadro III.2: Población del departamento de Apurímac afiliada por tipos de seguro de salud 2007 - 2010**

Año	Únicamen- te Essalud	Únicamen- te SIS	Con otros seguros	Total
2007	16.21	81.69	2.10	100.00
2008	14.12	84.60	1.29	100.00
2009	13.36	85.70	0.94	100.00
2010	11.35	86.58	2.07	100.00

Fuente: ENAHO 2007-2010, INEI  
Elaboración propia

periodo de análisis el aseguramiento, según la ENAHO, "Únicamente SIS" paso de 82 a 87 por ciento, incremento inversamente proporcional a la disminución de "Únicamente EsSalud" que se redujo de 16 a 11 por ciento. Este resultado se condice, como se verá más adelante, con las cifras con las que cuenta el SIS.



Cabe precisar que los planes de atención se han ido modificando a lo largo del tiempo, es así que hasta los primeros meses del año 2007 estaban vigentes seis planes de atención pensados en el esquema de los programas nacionales: (Ver anexo 5)

Plan A – Niños de 0 a 4 años

Plan B – Niños y adolescentes de 5 a 17 años

Plan C – Gestantes y Puérperas

Plan D – Adulto en situación de emergencia

Plan E-1 y E-2 / Adulto Focalizado

Posteriormente con el Decreto Supremo N° 004-2007-SA, del 17 de marzo de 2007, en el que “Establecen Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS”. Este listado reemplaza los siete planes establecidos, pero principalmente cambia la lógica de establecer a sus asegurados pasando de la lógica de grupo de edad a la de “individuos y familias, en condición de pobreza y pobreza extrema, (...)” (artículo 3°)

Complementariamente se emitió la Resolución Ministerial N° 316-2007/MINSA, del 16 de abril de 2007, que aprobó la “Norma técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias en el marco del plan de aseguramiento universal en salud en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional” cuya finalidad fue implementar el listado aprobado, lo detalla y busca darle los instrumentos técnicos, operativos y financieros. Sin embargo el SIS después de casi un año publicó la Resolución Jefatural N° 060-2008/SIS aprobando la Directiva N° 002-2008-SIS/J, “Directiva que regula los Procesos Operativos del Seguro Integral de Salud” la que permite poner en funcionamiento el Listado aprobado por el MINSA, así como “establecer los criterios para el financiamiento de las atenciones de alto costo y casos especiales ...” (artículo 1.2).

El cambio introducido en el 2007 que recién es implementado en el 2008 para que a mediados del 2009 se pase a la aplicación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud hizo que fuera muy difícil que en todos los establecimientos conozcan lo que estaba vigente o no, lo que fue aún más grave para los usuarios que recibían, cuando se la daban, información confusa.

#### **a. La implementación del Seguro Integral de Salud**

La implementación del SIS generó la conformación de una Oficina de Seguros dependiente de la Dirección General de la Dirección Regional de Salud y que contaban con una persona en cada cabecera de red que era pagada con fondos enviados por el SIS para tal fin dentro de las transferencias mensuales.

La función tenía que ver tanto con la revisión de las fichas elaboradas por el personal de salud para solicitar el reembolso a la oficina central del SIS en Lima como para preparar las solicitudes de requerimientos de los establecimientos. No se registra ni formal ni informalmente normas o rutinas adicionales a los procedimientos dispuestos por la Oficina central del SIS para la afiliación. Según refiere el Dr. Rubén Rodríguez Colona, ex Director General de la DISA Apurímac II y ex Gerente de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Apurímac, la instalación de esta oficina permitió además la mejora del seguimiento de los requerimientos y los gastos de los establecimientos de salud porque se mejoró la calidad de las solicitudes reduciendo los rechazos por parte del SIS y un mejor gasto de lo recibido por reembolso.

#### **b. Los procesos de afiliación**

Los procesos de afiliación estaban condicionados a si el establecimiento estaba en una zona focalizada o no, la Directiva N° 002-2008-SIS/J, "Directiva que regula los Procesos Operativos del Seguro Integral de Salud"<sup>15</sup> estableció un listado de establecimientos en los que por el nivel de pobreza de la población se determinaba que no era necesario que se evalué a la persona con la ficha socioeconómica (FESE) para que sea aceptada dentro del SIS (paso 2 de la figura adjunta). Su llenado por parte de las personas que asistían al establecimiento era con motivos de información y no de evaluación.

El proceso de afiliación en el establecimiento está a cargo de una persona especialmente dedicada para ese fin dentro del establecimiento, a este responsable llega, en el caso de los establecimiento de primer nivel, la persona después de haber sido atendida en el Triage, como a cualquier otro paciente que llega al establecimiento, y que una vez que es evaluado por el problema médico que lo aqueja es derivado a Caja o a ser afiliado dependiendo de si es posible que sea un potencial asegurado del SIS o de si no le corresponde ninguno de los "paquetes" de beneficios del SIS. En el caso de los hospitales la persona primero debía acercarse a la ventanilla correspondiente para su afiliación.<sup>16</sup>

Un documento clave en la relación del SIS con sus asegurados es y ha sido el Documento Nacional de Identidad. Un primer problema que es relevado por la Sra. María Hinojosa, Directora de la ONG Paz y Esperanza de Apurímac, es la dificultad para acceder a este documento porque muchos de los padres tampoco tenían su DNI

<sup>15</sup> La directiva se aprobó con la Resolución Jefatural N° 060-2008/SIS el 07 de marzo de 2003. El listado de establecimientos está en el Anexo 2.

<sup>16</sup> En el caso de Apurímac ambos hospitales, a diferencia de otras regiones, afilian porque tienen población asignada.



y por tanto no podían registrar a sus hijos, a pesar de los esfuerzos aún sigue siendo un problema en las zonas alejadas y en poblaciones dispersas. Si bien la Directiva N° 002-2008-SIS/J no exige el DNI para la afiliación; si lo es, como se verá más adelante, para la atención. En la lámina adjunta se muestra como el SIS muestra en su página web el proceso de afiliación en



cuatro pasos. la ficha de evaluación Socioeconómica (FESE) es obligatoria en todos los establecimiento del país donde se afilian los asegurados SIS, sin embargo, como ya se mencionó no en todos lados era condición para ser aceptado, bastaba con coincidir con los grupos etéreos de los paquetes del SIS. Cabe mencionar que con la entrada en vigencia en el 2009 de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud se reemplazó la ficha FESE por la del sistema de focalización de hogares (SISFHO) que conduce el MEF hasta el 2012 que es asumida por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Según los boletines que regularmente emiten el promedio del incremento de afiliados en Apurímac fue de 35% entre el 2007 y el 2010, siendo ligeramente superior en el caso de Andahuaylas (37%) sobre el 34 por ciento de Abancay. (Ver cuadro III.3)

**Cuadro III.3: Número de afiliados, atenciones de Apurímac y transferencias del SIS 2006 - 2010**

	2007	2008	2009	2010	Inc. % 2007-10
<b>Apurímac I (Abancay)</b>					
Atenciones	596,036	751,707	732,079	686,755	15.22
Afiliados	132,730	169,374	159,671	177,304	33.58
<b>Apurímac II (Andahuaylas)</b>					
Atenciones	326,551	358,416	405,265	613,438	87.85
Afiliados	100,764	136,443	137,510	137,775	36.73
<b>Total Apurímac</b>					
Atenciones	922,587	1,110,123	1,137,344	1,300,193	40.93
Afiliados	233,494	305,817	297,181	315,079	34.94
<b>Nacional</b>					
Atenciones	21,537,406	27,615,099	27,327,091	30,994,797	43.91
Afiliados	6,983,157	10,358,793	11,815,242	12,386,986	77.38

Fuente: Boletines del SIS  
Elaboración propia

Este es el resultado de un cambio en la estrategia nacional de afiliación por parte del SIS. Hasta el 2006 no habían campañas activas para la afiliación que se fue revertiendo paulatinamente hasta que se convirtió en el 2009 en parte de campañas explícitas de convocatoria a la afiliación lo que se complementó con mejoras en el registro del Documento Nacional de Identidad documento indispensable para la afiliación. Sin embargo, como señala la Sra. María Hinojosa, Directora de la ONG Paz y Esperanza de Apurímac, estas campañas tenían la limitación del idioma. Si se toma en cuenta que en las zonas rurales más pobres la mayoría de sus pobladores son quechua hablantes el llevar a cabo las campañas de afiliación en español es no tener un enfoque inclusivo en este proceso.

**c. El proceso para acceder a la provisión del servicio**

Si bien existía desde el SIS un protocolo para la atención de los asegurados en los establecimientos de salud, lo que se ha encontrado en el trabajo de campo es que esto variaba si la atención era en el primer nivel de atención (centros y puestos de salud) o en los hospitales de Abancay y de Andahuaylas.

Para la atención de los asegurados el proceso estipulado por el SIS es el que se muestra en la lámina que está anexa en la que para ser atendido en el SIS solo bastaba con la presentación del DNI y estando adecuadamente identificado se pasa a la atención.

En el caso de los establecimientos de primer nivel el proceso de atención se inicia en el Triage, de ser asegurado y de corresponder su atención a su



plan de beneficios pasa a la oficina de seguros para verificar sus datos y de no serlo pasa a caja para pagar su consulta, en ambos casos una vez hecho el trámite señalado en el triaje pasa al servicio. Si bien en este punto no se identifica un trámite adicional el problema que se ha recogido en las entrevistas es que no siempre el personal del servicio tenía pleno conocimiento de los planes correspondientes que, como se ha señalado en la introducción de este capítulo, los planes variaron en el periodo de análisis, la reglamentación demoró casi un año y por lo tanto su implementación plena también, esta limitación en la oferta de salud restringió en la

práctica el acceso de quienes tenían derecho a ser asegurados y por lo tanto a ser atendidos de manera gratuita.

La situación no es igual en los hospitales Guillermo Díaz de la Vega de Abancay y el Subregional de Andahuaylas donde antes de ser atendidos deben pasar por una ventanilla especial para los asegurados SIS para verificar su identidad para recién pasar a buscar una cita. Si bien este procedimiento se ajusta a lo planteado por el SIS, éste origina que cuando el asegurado vaya a buscar su cita estas ya hayan sido cubiertas en porcentaje importante por los no asegurados y por lo tanto les dificulta el acceso real a la atención. Cabe mencionar que el criterio que la DIRESA Apurímac y la DISA Apurímac II para los servicios del primer nivel no se alejan normativamente de lo planteado por el SIS porque el usuario es identificado como asegurado antes de la atención; sin embargo el procedimiento de los hospitales se convierte en una restricción.

Además, en el caso de los hospitales se suma el desconocimiento pleno de los planes de beneficios de los asegurados con el incentivo de los trabajadores del hospital para rechazar la atención gratuita a los asegurados SIS y poderles cobrar para aumentar los Recursos Directamente Recaudados del establecimiento, lo que finalmente podrá pasar bajo la figura de canastas u otros beneficios a ellos.

La respuesta de los asegurados a esta situación ha sido la de tener que pagar o pasar por emergencia para alcanzar el cupo que no consiguieron en la consulta externa. Por su lado en el Hospital Víctor Ramos Guardia, según refiere su director el Med. José Becerra Rodríguez, se dispuso que se de preferencia a los pacientes del SIS que venían con referencia de los establecimientos de primer nivel y así garantizar que los asegurados que venían de lejos puedan tener su atención en el día que llegaban.

En el caso de los asegurados SIS la capacidad del establecimiento de acompañar las atenciones con las medicinas requeridas es un tema crucial. Sin embargo, el retraso de las transferencias del SIS<sup>17</sup> y que la mayor parte de los reintegros del SIS eran dirigidos a la contratación de personal para atender la mayor demanda de servicios puso en riesgo la reposición de medicamentos. Por el tipo de atenciones que se prestan en los diferentes niveles de establecimiento donde se sintió más el problema fue en los hospitales por la complejidad de las patologías que atienden. Por ello, entre

---

<sup>17</sup> Este problema se agudizó a fines del 2008, el MEF dispuso una restricción de gasto que limitó el gasto del SIS lo que le significó a la Región de Apurímac que no recibiera en su momento S/. 1'219,743 nuevos soles, lo que representaba el 9.5% de la transferencia que le correspondía para todo el 2008. Sin embargo, hay que precisar que a fines de enero se retoma el flujo regular de recursos del SIS a los gobiernos regionales y la llamada "deuda del SIS" se fue cubriendo durante el 2009 donde tuvo prioridad Apurímac por ser zona de intervención del Aseguramiento Universal en Salud. Lo que habría causado un mayor impacto la reducción en la tarifa de consulta que tenía el SIS.

fin del 2007 e inicios del 2008 la DISA Andahuaylas tomó la decisión interna de poner un tope a la contratación de personal con los recursos de las transferencias y garantizar la adquisición de medicamentos. Esto se comienza a solucionar regionalmente con el incremento de Recursos Ordinarios que llegó con la implementación de los programas por resultados<sup>18</sup> que permitió una mayor contratación de personal con estos recursos dejando "libres" los fondos de transferencia del SIS para la compra de medicamentos.

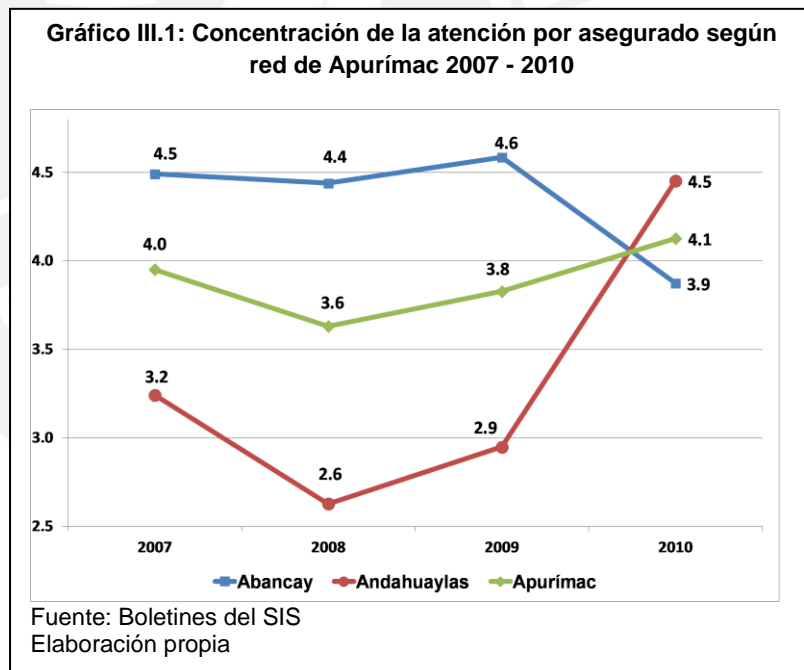
#### d. La provisión de servicios respecto a las garantías de calidad, oportunidad y financiamiento

En el periodo de análisis ha ido cambiando el comportamiento de la demanda de los servicios, lo que se expresa en el cambio de la concentración de las atenciones<sup>19</sup>.

En promedio en la región se ha mantenido el ratio de atenciones por asegurado en alrededor de 4, sin embargo, el comportamiento de Abancay y de Andahuaylas han sido marcadamente diferentes. Por un lado en Abancay ha bajado de 4.5 a 3.9, en particular ha sido

dramática la caída entre el 2009 y el 2010 que bajó de 4.6 a 3.9. Por otro lado, en Andahuaylas ha pasado del 3.2 al 4.5 después de una caída del 2007 (3.2) al 2008 (2.6) que ha ido siendo revertido (ver gráfico III.1).

Este comportamiento diferenciado se explica



porque sumadas las atenciones de ambas redes han crecido en poco más de 40 por ciento (ver cuadro III.3) mientras que la afiliación solo creció en 35 por ciento, sin embargo, en número de atenciones Abancay han crecido en 15 por ciento mientras que en Andahuaylas las atenciones han crecido en 88 por ciento. Esta marcada diferencia se podría explicar, porque la red de Abancay tiene establecimientos más

<sup>18</sup> A fines del 2009 comenzó a implementarse el Programa EUROPLAN que apoyó presupuestalmente a los programas por resultados.

<sup>19</sup> La concentración se calcula dividiendo el número de atenciones entre el número de asegurados.



distantes y también porque la DISA Andahuaylas tiene un equipo más organizado y que ha respondido con un mayor compromiso frente al aseguramiento, lo que se ha expresado entre otras acciones en la búsqueda de garantizar los medicamentos.

Reconociendo la importancia del crecimiento de la afiliación y de las atenciones, desde el punto de vista de la cohesión social, se requiere conocer si esta atención responde al reconocimiento del derecho ciudadano o a un acto de beneficencia con una atención diferenciada de menor calidad. Como se ha desarrollado en el capítulo metodológico este análisis se realiza a partir del tiempo de espera para la atención, la percepción de la calidad de atención y de si se cumplió el derecho de la gratuidad de la atención, para tener una referencia de comparación se ha tomado en cuenta si la persona que se atendió era asegurado o no asegurado, teniendo a este último grupo como referencia.

**d.1. La oportunidad del servicio a través de tiempo de espera**

La primera característica que se aprecia en el cuadro III.4 es que tanto para los asegurados SIS como para los no asegurados el tiempo que esperan es "poco" y en ambos casos decrece esta percepción pero siempre tiene más peso para los asegurados SIS.

La repercusión no ha sido la misma para los asegurados que para los no asegurados. Para los Asegurados la suma de

"Bastante" y "Demasiado" pasó de 31 a 48 por ciento subiendo 17 puntos porcentuales, mientras que para los no asegurados esta agrupación de categorías creció de 39 a 46 por ciento subiendo 7 puntos porcentuales.

En términos absolutos este comportamiento no parece contrarrestar el crecimiento porcentual de los que consideran que esperaron "muy poco" que también en ambos casos creció, de 1 a 5 por ciento y de 1 a 10 por ciento respectivamente, es decir, si bien ambos vieron disminuir la calidad de su atención en relación al tiempo de espera los cambios fueron más marcados para el caso de los asegurados. Este desmedro es

**Cuadro III.4: Percepción del tiempo de espera de los asegurados SIS y de los no asegurados en los establecimientos públicos de salud de la red del Gobierno Regional 2007 – 2010**  
En porcentaje

	2007	2008	2009	2010
<b>Asegurados del SIS</b>				
Muy poco	1.14	1.56	5.65	4.94
Poco	67.81	55.55	47.36	46.29
Bastante	29.67	37.87	39.36	36.16
Demasiado	1.39	4.26	7.43	12.09
No sabe	0.00	0.77	0.21	0.52
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
<b>No asegurados del SIS</b>				
Muy poco	1.36	4.09	7.61	9.57
Poco	57.51	57.60	42.10	44.86
Bastante	37.53	28.01	42.75	29.89
Demasiado	1.78	3.02	4.56	15.68
No sabe	1.82	7.28	2.98	0.00
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: ENAHO 2007-2010, INEI  
Elaboración propia



diferenciado del comportamiento promedio nacional donde los pesos relativos tanto para asegurados y para no asegurados son más o menos los mismos (ver anexo 1)

### d.2. La calidad del servicio a través del trato del personal

Como ya se mencionó, otra forma de acercarse al tema de la calidad del servicio es la percepción del usuario respecto de la atención que recibe a partir del trato que le dan en el servicio.

El trato del profesional es “bueno” es la categoría que claramente sobresale entre los asegurados SIS con más del 79 por ciento y con más del 70 por ciento entre los no asegurados. En la comparación año a año entre asegurados y no asegurados hay que reconocer que siempre tuvo

**Cuadro III.5: Percepción del trato del profesional de los asegurados SIS y de los no asegurados en los establecimientos públicos de salud de la red del Gobierno Regional 2007 - 2010**  
En porcentaje

El trato profesional fue ...	2007	2008	2009	2010
<b>Asegurados del SIS</b>				
Muy bueno	2.27	1.27	4.08	3.81
Bueno	89.77	83.80	79.55	79.27
Malo	7.68	13.90	14.92	15.87
Muy malo	0.00	0.00	1.03	0.52
No sabe	0.28	1.04	0.42	0.52
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
<b>No asegurados del SIS</b>				
Muy bueno	2.24	2.13	12.26	13.79
Bueno	85.35	76.90	70.97	80.53
Malo	10.15	12.69	6.05	5.69
Muy malo	0.00	1.00	7.73	0.00
No sabe	2.26	7.28	2.98	0.00
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: ENAHO 2007-2010, INEI  
Elaboración propia

más peso para los asegurados, sin embargo, en ambos casos se muestra una tendencia decreciente en su importancia, para los asegurados SIS se ha reducido de 90 a 79 por ciento (ver cuadro III.5).

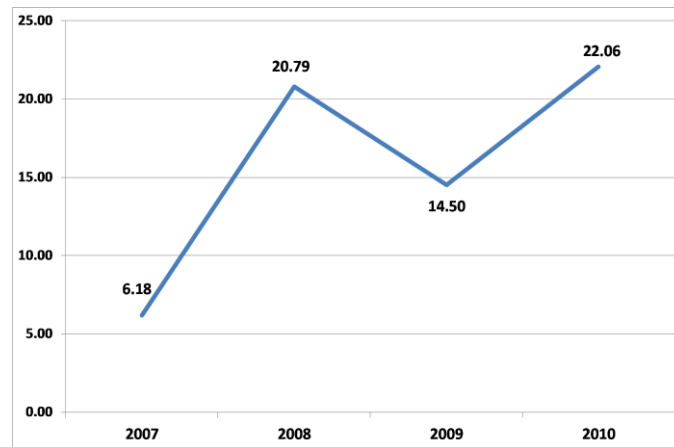
El análisis de las cifras se hace más dramático para los asegurados SIS si se suma “Muy bueno” con “Bueno” la evolución va en desmedro de los asegurados para quien los dos conceptos juntos baja de 92 a 83 por ciento entre el 2007 y el 2010, mientras que para los no asegurados el porcentaje ha crecido en el mismo periodo de 88 a 94 por ciento. Esto se condice con que la percepción de “Malo” haya crecido 8 puntos porcentuales (de 8% en el 2007 a 16% en el 2010), mientras que para los no asegurados el mismo concepto ha bajado en 4 puntos (de 10% en el 2007 a 6% en el 2010)

### d.3. La garantía del financiamiento a través del pago del servicio

Uno de los objetivos centrales del aseguramiento es que el ciudadano no se vea en la necesidad de pagar la atención para que el evento no vulnere la economía personal y familiar reduciendo la posibilidad de que la atención de la salud se convierta en un

gasto catastrófico. Sin embargo, lo que registran las encuestas de hogares es que en Apurímac un porcentaje de los asegurados SIS que se han apersonado a un establecimiento de salud de la red del Gobierno Regional se han visto en la necesidad de pagar por el servicio. El porcentaje de asegurados que han pagado ha ido creciendo de 6 por ciento en el 2007 a 22 por ciento en el 2010.

**Gráfico III.2: Porcentaje de asegurados SIS que pagaron algún servicio en la red pública del Gobierno regional de Apurímac 2007 - 2010**



Fuente: ENAHO 2007-2010, INEI

La encuesta no permite discriminar si el pago fue por un pago se realizó por una atención cubierta por su plan de beneficios o por una atención que estaba fuera del plan. Los planes de beneficios han ido creciendo paulatinamente y por lo tanto el que aparezcan asegurados pagando podría explicarse porque han pagado en rubros no cubiertos por el plan o porque, como ya se mencionó antes, ni los prestadores ni los usuarios conocían necesariamente los detalles de los planes, sin embargo, la tendencia del pago creció, por eso es necesario ver en cada motivo de atención como ha sido el comportamiento.

Los rubros que estando en la encuesta no aparecen como que los asegurados han pagado son: “En Control de Salud de los Niños”; “En Anticonceptivos”; “En Controles por embarazo”; “En Atenciones de parto” y como se aprecia en el cuadro III.6 “En vacunas” solo aparece en el 2007 (4%).

A pesar de haberse reducido en porcentaje si se compara 2007 con el 2010, las “medicinas” y la “consulta” siguieron siendo la primer y tercera razón de pago respectivamente. En el primer caso la consulta se redujo de 23 a 20 por ciento entre ambos años, y en el segundo el pago por medicinas se redujo en 20 puntos porcentuales (de 77% a 57%). Otros rubros que se han reducido sustancialmente son “En Servicio Dental y conexos” (11 puntos) y “En Hospitalización” (9 puntos). A contracorriente los que aparecieron a partir del 2008 fueron “Otros Gastos (ortopedia, etc.)” y “Servicio Oftalmológico”, que no estaban o de manera muy restringida en los planes de beneficios, el primero alcanzó el 35 por ciento en el 2010 cuando en el 2007 no hay registro y el segundo el 4 por ciento en el mismo año.

**Cuadro III.6: Razón de gasto de los asegurados del SIS en los establecimientos públicos de la red de establecimientos de salud del Gobierno Regional Apurímac**  
En porcentaje

Gasto realizado en ... fue pagado por algún miembro de este hogar	2007	2008	2009	2010
En Consulta	22.54	41.57	27.82	19.67
En Medicinas	77.38	70.46	72.18	56.90
En Análisis		6.13	6.08	7.34
En Rayos X	4.57	3.73	4.37	4.41
En Otros Exámenes			1.47	0.78
En Servicio Dental y conexos	22.63	16.00	13.37	11.56
En Servicio Oftalmológico		2.42	1.42	4.28
En Compra de Lentes			1.64	1.85
En Vacunas	4.22			
En Otros Gastos (ortopedia, etc.)		6.14	2.84	35.43
En Hospitalización	18.30	8.78	10.23	9.32

Nota: Tabla multirespuesta, el porcentaje no necesariamente suma 100%.

Fuente: ENAHO 2007-2010, INEI  
Elaboración propia

se mencionó en los procedimientos de atención, además al no conocer los usuarios adecuadamente el plan al cual tenían derecho era más fácil no cumplir con ellos. Los pocos mecanismos de seguimiento para evitar que esto sucediera se han enfrentado al bloqueo de los prestadores y a la falta de denuncia por parte de los usuarios.

#### e. A modo de resumen

El proceso de afiliación ha crecido al interior de la región y así se muestran en las cifras del SIS y se reflejan en los resultados de las ENAHO. Este proceso se ha facilitado por un impulso en la afiliación desde el Ministerio de Salud desde el 2008 por buscar implementar la política del aseguramiento universal que el 2009 se convirtió en Ley. Este proceso no fue trabado por ningún proceso adicional dispuesto por algún nivel de decisión en la región, si más bien por bloqueos impuestos por los prestadores en especial en los hospitales, y por la falta de un enfoque que recoja la diversidad cultural de la zona.

En el periodo de análisis el aseguramiento, según la ENAHO "Únicamente SIS" pasó de 82 a 87 por ciento, incremento inversamente proporcional a la disminución de "Únicamente EsSalud" que se redujo de 16 a 11 por ciento. Este crecimiento del aseguramiento se condice con la reducción de la barrera económica que se expresa en la ENAHO en la reducción de "no tuvo dinero" como razón para no acceder al servicio de salud de 26,7 a 7,9 por ciento.

Consultado sobre este tema con los entrevistados en Apurímac señalan un comportamiento diferenciado entre los establecimientos de primer nivel y los hospitales. En el primer nivel las posibilidades de cobros indebidos eran pocas dada lo restringido de su oferta ligada en el mayor de los casos a las actividades de las Estrategias Nacionales de Salud. Donde se ha dado con mayor frecuencia es en los hospitales porque habían mecanismos para no atenderlos si eran del SIS como

El incremento de afiliación al SIS ha empujado también un crecimiento en la demanda de atención de los asegurados. Como el crecimiento no ha sido armónico lo que se ha producido es un cambio en la relación afiliados/atenciones, la que en promedio se ha mantenido alrededor de 4 atenciones por asegurado, sin embargo, el comportamiento de la concentración han sido opuestas para los casos de la red en Abancay en Andahuaylas.

De la revisión de las tres características seleccionadas (percepción del tiempo de espera, percepción del trato de personal y gratuidad de la atención) se puede afirmar que:

- ❖ Respeto al tiempo de espera se puede afirmar que si bien los asegurados y los no asegurados perciben mayoritariamente que se espera “Poco” y este concepto es más marcado para los asegurados para ambos la calidad de atención vista por el tiempo de espera ha desmejorado entre el 2007 y el 2010.
- ❖ Es respecto a la percepción del trato del personal que las encuestas muestran una diferencia negativa hacia los asegurados. Mientras para los no asegurados la suma de “Bueno” y “Muy bueno” ha crecido 7 puntos porcentuales entre el 2007 y el 2010 para los asegurados SIS se ha reducido en 9 puntos.
- ❖ El crecimiento del financiamiento mostrado en el capítulo II no se ha expresado necesariamente en atenciones que la población de mejor calidad expresada en tiempo de espera o el trato del profesional.
- ❖ Por último, respecto a la gratuidad de la atención se puede decir que este pago se realiza para un porcentaje en crecimiento de asegurados siendo los conceptos de medicinas (primera razón) y consulta (tercera razón) los que se han mantenido a lo largo del periodo pero con una tendencia a la reducción.

## Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones

La investigación se propuso 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. Como objetivos específicos se propuso:

1. Determinar los cambios producidos en el financiamiento de la DIRESA Apurímac y de su red de establecimientos con la implementación del SIS entre el 2007 y el 2010
2. Determinar los cambios organizacionales producidos en la DIRESA Apurímac y en su red de establecimientos con la implementación del SIS para el registro de sus asegurados entre el 2007 y el 2010.
3. Comprender como se ha realizado el proceso de atención de los afiliados del SIS en la red de establecimientos públicos de la DIRESA Apurímac entre el 2007 y el 2010

En esa perspectiva con la información recopilada y el análisis realizado se concluye que:

1. El proceso de aseguramiento de Apurímac ha sido fuertemente dinamizado por el crecimiento de la afiliación al SIS. En el periodo de análisis el aseguramiento, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), "Únicamente SIS" paso de 82 a 87 por ciento, incremento inversamente proporcional a la disminución de "Únicamente EsSalud" que se redujo de 16 a 11 por ciento. Este crecimiento del aseguramiento se condice con la reducción de la barrera económica que se expresa en la ENAH en la reducción de "no tuvo dinero" como razón para no acceder al servicio de salud de 26,7 a 7,9 por ciento.
2. Se podría decir que el SIS ha reducido significativamente la barrera económica.
3. Con la incorporación del SIS se ha reducido los ingresos por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR) y ha crecido la fuente Donaciones y Transferencias (DyT) que es por la que paga el SIS.
4. La aparición del SIS y la modalidad de transferencia por reembolso han cambiado la estructura porcentual del financiamiento. Si bien los RO siguen siendo la principal fuente de financiamiento, si se ha modificado la relación entre los RDR y las Transferencias (DyT).
5. Este cambio ha implicado cambios en la gestión de los recursos presupuestales porque los RDR se podían ejecutar de un mes para otro, pero gestionar los reembolsos al SIS, incorporarlo al presupuesto y ponerlo en el calendario para poder ejecutarlo puede pasar no menos de tres meses.



6. A pesar de las complicaciones que existieron para sustentar las solicitudes al SIS y los retrasos en los desembolsos del SIS en el balance anual se puede apreciar que el financiamiento por asegurado ha ido incrementando. Si se toma solo las transferencias del SIS crece de S/. 25.30 a S/. 49.57 nuevos soles entre el 2007 y el 2010. Si se considera el total del financiamiento dirigido a gasto corriente recibido por la región para salud el per cápita pasa de S/. 163.04 a S/. 258.21 nuevos soles.
7. Si bien se han creado espacios administrativos en el primer nivel para la afiliación y atención de los asegurados del SIS no se ha convertido necesariamente en una barrera para la atención de los asegurados del SIS.
8. Donde se ha encontrado barreras no escritas para los asegurados del SIS ha sido en ambos hospitales del Gobierno Regional. El que tengan que pasar primero por identificarse como asegurado SIS lo que en la práctica les impide posteriormente conseguir cita para el mismo día. Esto produce que muchos de los asegurados prefieran pagar su atención o buscan acceder al servicio por la emergencia.
9. En los establecimientos de primer nivel este impase ha sido superado porque el paciente va primero al triaje donde después de evaluarlo como paciente pasa a identificarse como asegurado SIS y de ahí a la atención que ya le han separado.
10. El proceso de afiliación ha crecido en la región y así se muestran en las cifras del SIS y se reflejan en los resultados de las ENAHO. Este proceso se ha facilitado por un impulso en la afiliación desde el Ministerio de Salud desde el 2008 por buscar implementar la política del aseguramiento universal que el 2009 se convirtió en Ley. Este proceso no fue trabado por ningún proceso adicional dispuesto por algún nivel de decisión en la región, si más bien por bloqueos impuestos por los prestadores en especial en los hospitales, y por la falta de un enfoque que recoja la diversidad cultural de la zona.
11. El incremento de afiliación al SIS ha empujado también un crecimiento en la demanda de atención de los asegurados. Como el crecimiento no ha sido armónico lo que se ha producido es un cambio en la relación afiliados/atenciones, la que en promedio se ha mantenido alrededor de 4 atenciones por asegurado, sin embargo, el comportamiento de la concentración han sido opuestas para los casos de la red en Abancay donde bajo de 4,5 a 3,9 que en Andahuaylas donde subió de 3,2 a 4,5 atenciones promedio por afiliado.
12. De la revisión de las tres características seleccionadas (percepción del tiempo de espera, percepción del trato de personal y gratuidad de la atención) se puede afirmar que:

- a) Percepción del tiempo de espera: Si bien en general todos perciben mayoritariamente que se espera “Poco” esta percepción es más marcada en los asegurados. Sin embargo, para ambos la calidad de atención ha desmejorado entre el 2007 y el 2010 siendo más marcado el cambio para los asegurados para quienes la suma de "bastante" y "Demasiado" paso de 31 a 48 por ciento, subiendo 17 puntos porcentuales, mientras que para los no asegurados esta agrupación de categorías creció de 39 a 46 por ciento subiendo 7 puntos porcentuales.
  - b) Trato del personal: El trato del profesional es “bueno” es la categoría que sobresale entre los asegurados SIS con más del 79 por ciento y con más del 70 por ciento entre los no asegurados. En la comparación año a año entre asegurados y no asegurados hay que reconocer que siempre tuvo más peso para los asegurados, sin embargo, para los asegurados SIS si la suma “Muy bueno” con “Bueno” baja de 92 a 83 por ciento entre el 2007 y el 2010, mientras que para los no asegurados el porcentaje ha crecido en el mismo periodo de 88 a 94 por ciento.
  - c) El crecimiento del financiamiento mostrado en el punto 4. no se ha expresado necesariamente en atenciones que la población de mejor calidad expresada en tiempo de espera o el trato del profesional.
  - d) Por último, respecto a la gratuidad de la atención se puede decir que este pago se realiza para un porcentaje en crecimiento de asegurados siendo los conceptos de medicinas (primera razón) y consulta (tercera razón) los que se han mantenido a lo largo del periodo pero con una tendencia a la reducción.
13. Todas estas conclusiones nos lleva a plantear que a pesar de los avances en cobertura ciudadanos pobres asegurados con el seguro Integral de Salud – SIS no se ha logrado garantizar la atención de salud como un derecho en el departamento de Apurímac durante el periodo 2007 – 2010. En esa perspectiva su aporte a la inclusión social de los sectores a los que está dirigido el SIS es limitado.

A partir del análisis realizado se propone las siguientes recomendaciones para que la nueva ley de aseguramiento universal en salud transforme la prestación actual en el reconocimiento real del derecho a la salud:

1. Se requiere que el Ministerio de Salud concluya con los protocolos de atención de las atenciones incluidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud para que pueda ser provisto en cantidad y calidad por parte de la oferta pública y exigible

por los asegurados. Además estos protocolos deben reconocer las diferencias culturales de nuestro país.

2. Estos protocolos también permitirá conocer los requerimientos de recursos financieros para su aplicación.
3. Se debe revisar los mecanismos de asignación financiera de modo tal que se pueda, además de garantizar los recursos necesarios, permita crear los incentivos necesarios para que los prestadores cumplan con las garantías de calidad y oportunidad de la atención.
4. La información que se proporciona a los asegurados debe ser en su idioma y respetando la diversidad cultural.



## Bibliografía

### **Alvarado, Betty y Mrazck, Monique**

- 2006 "Salud". En: Giugale, Marcelo et al. "Perú. La oportunidad de un país diferente, próspero, equitativo y gobernable. Lima: Banco Mundial

### **Arroyo, Juan, Cáceres, Eduardo, et al.**

- 2004 "Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos". Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) - Observatorio del Derecho a la Salud, Aprodeh, Flora Tristán y la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### **Arróspide, Mario, Rozas, Karina y Valderrama, José**

- 2009 "Presupuesto Evaluado: Seguro Integral de Salud". Lima: SIS

### **CEPAL y AECID**

- 2010 "Cohesión social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores". Santiago de Chile. Naciones Unidas
- 2007 "Cohesión social, Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe". Santiago de Chile: Naciones Unidas.

### **CEPAL y Eurosocial**

- 2007 "Un sistema de Indicadores par el seguimiento de la cohesión social en América Latina". Santiago de Chile: Naciones Unidas.

### **CEPAL**

- 2006 "La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad". Santiago de Chile: Naciones Unidas.

### **Cooperación Técnica Belga, Consorcio de Investigación Económica y Social – Observatorio de la Salud**

- 2008 "Nuevas Tendencias de cooperación internacional en el Perú. Del enfoque de proyectos al apoyo financiero sectorial en salud". Lima

### **Courtis, Christian**

- 2009 "Cohesión social, políticas sociales y derechos sociales. Ideas para una construcción garantista". En: "Reformas para la cohesión social en América Latina. Panorama antes de la crisis". Alicia Barcena y Narcís Serra editores. Cepal, Santiago de Chile - Chile, Fundación CIDOB, Barcelona – España.

### **Defensoría del Pueblo**

- 2007 "Atención de Salud para los más pobres: El seguro Integral de Salud". Informe Defensorial 120. Lima.

2006 “El derecho a la salud y a la seguridad social: segunda supervisión nacional”. Informe Defensorial N° 105. Lima.

2004 “El derecho a la salud y a la seguridad social: supervisando establecimientos de salud”. Informe Defensorial N° 87”. Lima

#### **Dirección Regional de Salud Apurímac**

2010 “Plan Operativo Institucional”. Abancay: DIRESA Apurímac.

#### **Eyzaguirre, Carlos, Fallaque, César y Lou, Sonia**

2007 “Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud”. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social y Care-Perú.

#### **Gobierno Regional de Apurímac**

2010 “Plan Regional de Aseguramiento Universal en Salud, Apurímac 2010 – 2012”. Apurímac.

#### **Habermas, Jürgen**

1999 “La inclusión del otro. La inclusión del otro. Estudios de Teoría Política”. Barcelona: Paidós.

#### **Hopenhayn, Martín**

2007 “Cohesión social: una perspectiva en proceso de elaboración”. En: “Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones”. Sojo, Ana y Uthoff, Andras. (Editores). Santiago de Chile: CEPAL.

#### **Huarachi, Luis, Del Carmen, José y Romero, Roberto.**

2011 “Seguro Integral de Salud. Evaluación del efecto del seguro integral de salud en los indicadores de salud pública y gasto de bolsillo. Periodo 2002-2009”. Lima: Gerencia de Operaciones del SIS.

#### **Iguíñiz, Javier**

2006 “Cohesión social, Responsabilidad y economía: Reflexiones desde un país andino”. En: Cotler, Julio (Editor). “La cohesión social en la agenda de América Latina y de la Unión Europea”. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, OBREAL

2001 “Deuda externa y políticas sociales”. En: Iguíñiz, Javier, et al. “Democratización de la salud, la deuda social pendiente”. Lima. Instituto de Ética y Desarrollo de la Escuela superior Antonio Ruiz de Montoya.

#### **Instituto Nacional de Estadística e Informática**

2009 “Mapa de pobreza provincial y distrital”. Lima: INEI



**Lenz, Rony y Alvarado, Betty**

- 2006 “Políticas pro pobre en el sector público de salud del Perú”. En: “Un nuevo contrato social para el Perú, ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?” Cotler, Daniel (Editor). Lima: Banco Mundial.

**López Jiménez, Sinesio**

- 2011 “Ciudadanos reales e imaginarios. Concepciones, desarrollo y mapas de ciudadanía en el Perú” versión revisada. Mimeo
- 1997 “Ciudadanos reales e imaginarios. Concepciones, desarrollo y mapas de ciudadanía en el Perú”. Lima: IDS

**Manrique Gálvez, Nelson**

- 2006 “Democracia y nación. La promesa pendiente”. En: La democracia en el Perú. 2. Proceso histórico y agenda pendiente. Lima: PNUD Perú.

**Ministerio de Salud**

- 2006 “Memoria Ministerio de Salud 2001 – 2006”. Lima: MINSA

**Meller, Patricio**

- “Cohesión Social en América Latina: Mecanismos Económicos”. Corporación de Estudios para Latinoamérica.

**Musgrove, Philip**

- 2010 “Destronamiento del Ingreso como causa de la salud”. En: Jiménez, Félix. “Teoría económica y desarrollo social. Exclusión, desigualdad y democracia. Homenaje a Adolfo Figueroa”. Lima: Fondo editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

**Organización Panamericana de la Salud**

- 2006 “Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud”. Washington DC: OPS.
- 2003 “Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe”. Washington DC: OPS.

**Parodi, Sandro**

- 2005 “Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS)”. Lima. GRADE

**Pérez, Mario y Faúndez, Marcelo, Gonzalo y Cifuentes, Pedro.**

- 2010 “Análisis de la Reforma del Seguro Integral (SIS) del Perú”. Lima, Perú: Consultora Bitrán & Asociados para Proyecto de Asistencia Técnica al SIS Ministerio de Salud.

**Petrera, Margarita**

- 2012 “Seguro Integral de Salud y Protección Social en el Perú. 2004-2010”. Tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública. Universidad Cayetano Heredia – Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro. Perú

- 2002 “Financiamiento en Salud”. En: Arroyo, Juan (Editor) “La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política”. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, DFID – Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional, Proyecto Policy.

**Petrera, Margarita y Seinfeld, Janice**

- 2007 “Repensando la salud en el Perú” Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

**Portocarrero, Augusto**

- 2007 “Mecanismos de financiamiento de las actividades de salud sexual y reproductiva en los establecimientos públicos”. Informe de consultoría para UNFPA – MINSA. Lima.
- 2006a “Análisis del presupuesto asignado al sector salud”. En: Análisis Independiente del Presupuesto en Salud. N° 8. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social - Observatorio del Derecho a la Salud.
- 2006b “Estimación de requerimientos presupuestales para el sector salud 2006 – 2011”. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social; CIES- Observatorio del Derecho a la Salud.
- 2005a “El aporte del SIS al financiamiento regional de salud”. En: Análisis Independiente del Presupuesto en Salud. N° 4. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social - Observatorio del Derecho a la Salud.
- 2005b “El pago de bolsillo en el financiamiento de los servicios de salud”. En: Análisis Independiente del Presupuesto en Salud. N° 2. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social; CIES - Observatorio del Derecho a la Salud.
- 2005c “Equidad en la distribución geográfica del gasto público en salud 2001 – 2005”. En: Análisis Independiente del Presupuesto en Salud. N° 1. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) - Observatorio del Derecho a la Salud.

**Prieto, A. Lorena.**

- 2009 “Apoyo a la Reforma del Proceso de Focalización y Afiliación al Seguro Integral de Salud Del Perú”. Informe Final del Banco Interamericano de Desarrollo.

**Saco, Alejandro**

- 2008 “Buscando salud para consolidar la democracia y superar la pobreza”. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, Care-Perú y National Democratic Institute for International Affairs – NDI Oficina para el Perú

**Seinfeld, Janice**

- 2005a “Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿Cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medios bajos y bajos?”. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- 2005b “¿Cómo financiar el aseguramiento en salud de los más pobres? Una investigación empírica”. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

**Seguro Integral de Salud**

- 2010a “Productos del SIS: Seguro gratuito”.  
[http://www.sis.gob.pe/a\\_produ\\_gratu.html](http://www.sis.gob.pe/a_produ_gratu.html)
- 2010b Antecedentes del SIS. [http://www.sis.gob.pe/a\\_quien\\_antec.html](http://www.sis.gob.pe/a_quien_antec.html)
- 2010c Resumen Estadístico. [http://www.sis.gob.pe/a\\_estad\\_resum\\_iframe.html](http://www.sis.gob.pe/a_estad_resum_iframe.html)
- 2010d Cuadros estadísticos. [http://www.sis.gob.pe/a\\_estad\\_cuadr.html](http://www.sis.gob.pe/a_estad_cuadr.html)
- 2010e Principales indicadores: [http://www.sis.gob.pe/a\\_estad\\_indic.html](http://www.sis.gob.pe/a_estad_indic.html)
- 2010f Preguntas frecuentes. [http://www.sis.gob.pe/a\\_produ\\_pregu.html](http://www.sis.gob.pe/a_produ_pregu.html)
- 2010g Material de Consulta: [http://www.sis.gob.pe/a\\_merca\\_material.html](http://www.sis.gob.pe/a_merca_material.html)
- 2010h Transparencia/Tranferencia/Por Establecimiento de Salud:  
[http://www.sis.gob.pe/a\\_trans\\_trans\\_porES.html](http://www.sis.gob.pe/a_trans_trans_porES.html)
- 2010i “Afiliación al Seguro Integral de Salud”. En:  
[www.sis.gob.pe/a\\_merca\\_material.html](http://www.sis.gob.pe/a_merca_material.html). Lima: SIS.
- 2010j “Atención de salud de los beneficiarios del SIS”. En:  
[www.sis.gob.pe/a\\_merca\\_material.html](http://www.sis.gob.pe/a_merca_material.html). Lima: SIS.
- 2009 “Fortaleciendo el Seguro Integral de Salud en zonas de pobreza”. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Seguro Integral de Salud (SIS).

**Sojo, Ana.**

- 2003 “Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe”. En: Revista de la CEPAL N° 80. Santiago de Chile: CEPAL.

**Sorj, Bernardo y Tironi, Eugenio**

- 2007 “Cohesión Social en América Latina: un marco de investigación”. En: Revista Pensamiento Iberoamericano N° 1 (2ª época). Madrid: Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), Fundación Carolina.

**Subregión de Salud Chanka**

- 2010 “Plan Operativo 2010”. Andahuaylas: Subregión de Salud Chanka.

**Tanaka Gondo, Martín y Barrantes Cáceres, Roxana**

- 2006 “Aportes para la gobernabilidad democrática en el Perú. Los desafíos inmediatos”. En: La democracia en el Perú. 2. Proceso histórico y agenda pendiente. Lima: PNUD Perú.

**Tello G., Janet (Coordinadora regional)**

- 2007 “Jurisprudencia sobre la protección del derecho a la salud en cuatro países andinos en el sistema interamericano”. Lima: Consorcio de Investigación Económico y Social (CIES), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de las Mujeres (CLADEM).

**Tókmán, Víctor E.**

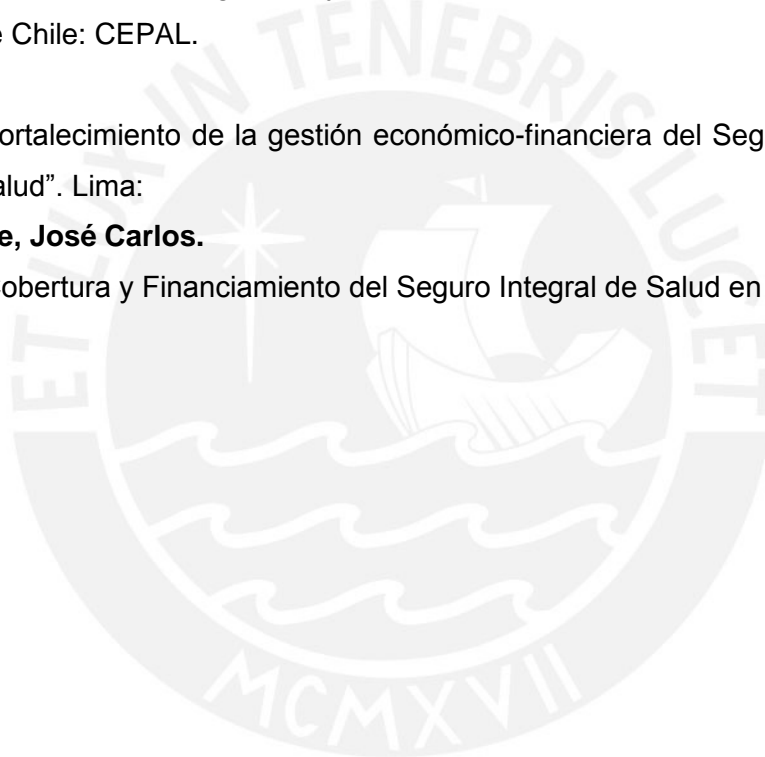
- 2007 “Informalidad, inseguridad y cohesión social en América Latina”. Santiago de Chile: CEPAL.

**USAID**

- 2008 “Fortalecimiento de la gestión económico-financiera del Seguro Integral de Salud”. Lima:

**Vera La Torre, José Carlos.**

- 2003 “Cobertura y Financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú”.



## Anexos





## Anexo 1

### Anexo 1.1: Percepción del tiempo de espera de los asegurados SIS y de los no asegurados en los establecimientos públicos de salud de la red nacional, 2007-2010 En porcentaje

	2007	2008	2009	2010
<b>Asegurados del SIS</b>				
Muy poco	7.37	6.76	6.65	5.68
Poco	55.37	55.69	56.17	56.43
Bastante	28.22	28.20	29.27	28.15
Demasiado	7.56	7.94	6.50	8.06
No sabe	1.47	1.42	1.41	1.68
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
<b>No asegurados del SIS</b>				
Muy poco	8.49	7.68	6.38	6.85
Poco	53.29	54.67	54.09	53.58
Bastante	29.92	29.25	31.18	30.02
Demasiado	6.38	6.99	6.41	8.17
No sabe	1.92	1.40	1.94	1.39
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: ENAHO 2007-2010, INEI  
Elaboración propia

### Anexo 1.2: Percepción del trato del profesional de los asegurados SIS y de los no asegurados en los establecimientos públicos de salud de la red nacional, 2007-2010 En porcentaje

El trato profesional fue ...	2007	2008	2009	2010
<b>Asegurados del SIS</b>				
Muy bueno	7.37	7.36	7.38	6.54
Bueno	85.68	83.92	84.46	84.81
Malo	5.26	6.85	6.55	6.29
Muy malo	0.34	0.41	0.39	0.60
No sabe	1.35	1.46	1.22	1.76
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
<b>No asegurados del SIS</b>				
Muy bueno	11.01	8.96	9.89	10.50
Bueno	79.29	80.81	78.60	79.88
Malo	6.89	8.28	8.56	7.78
Muy malo	0.81	0.50	1.03	0.56
No sabe	2.00	1.45	1.92	1.28
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: ENAHO 2007-2010, INEI  
Elaboración propia

## Anexo 2

## Cruce de variables para los cuadros originados en las ENAHO

## Población del departamento de Apurímac afiliada por tipos de seguro de salud 2007 - 2010

Año	Únicamente Essalud	Únicamente SIS	Con otros seguros	Total
2007	36,639	184,601	4,741	225,981
2008	44,711	267,944	4,077	316,732
2009	48,980	314,062	3,439	366,481
2010	44,633	340,538	8,157	393,328

1/ Comprende Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con ESSALUD, etc.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO

Elaboración propia

**Notas:** Pregunta: 419. EL SISTEMA DE PRESTACIONES DE SALUD AL CUAL UD. ESTA AFILIADO ACTUALMENTE ES: (Acepte una o más alternativas)

Solo tomar en cuenta para el SIS los que contestes Si (1) en la pregunta 419A. SU FICHA DE AFILIACION AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS), ESTA VIGENTE?

Únicam. EsSalud: Solo respuesta 1

Únicam. SIS: Solo respuesta 5, tomando nota las anteriores líneas

Con otros seguros: ver nota 1 a pie del cuadro

## Razones por las cuales la población del departamento de Apurímac no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud 2007 – 2010

Año	Falta de dinero	Queda lejos/falta confianza/ demoran	Remedios caseros	No fue necesario	otros	Total
2007	32,226	16,381	55,746	24,770	17,957	147,081
2008	25,598	30,084	53,212	31,814	44,478	185,185
2009	15,986	42,357	67,830	30,261	57,955	214,389
2010	13,899	41,829	62,658	41,596	64,493	224,476

1/ Incluye "Se autorecetó".

2/ Incluye "No tiene seguro, falta de tiempo, por maltrato del personal de salud".

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO

Elaboración propia

**Notas:** Pregunta: 409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? (Acepte una o más alternativas)

Falta de dinero: Rta. 1

Queda lejos / falta confianza/ demoran: Rta. 2, 3 y 4

Remedios caseros 1/: Rta. 6 y 8

No fue necesario: Rta. 5

Otros 2/. Rta. 7, 9 y 10

**Razón de gasto de los asegurados del SIS en los establecimientos públicos de la red de establecimientos de salud del Gobierno Regional Apurímac**

Gasto realizado en ...	2007	2008	2009	2010
En Consulta	752	5,435	2,977	3,743
En Medicinas	2,582	9,213	7,723	10,829
En Análisis		801	651	1,396
En Rayos X	152	488	467	839
En Otros Exámenes			157	149
En Servicio Dental y conexos	755	2,092	1,430	2,200
En Servicio Oftalmológico		317	152	814
En Compra de Lentes			175	353
En Vacunas	141			
En Otros Gastos (ortopedia, etc.)		803	304	6,742
En Hospitalización	610	1,148	1,095	1,773
<b>Total</b>	<b>3,337</b>	<b>13,076</b>	<b>10,699</b>	<b>19,030</b>

Nota: Tabla multirespuesta,  
Fuente: ENAHO del 2007 al 2010  
Elaboración propia

**Notas:** Para los asegurados SIS que asistieron a los establecimientos públicos de Apurímac (Puesto de Salud MINSA, Centro de salud MINSA, Centro o puesto salud CLAS, Hospital MINSA)

Pregunta: 415. ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas)  
Solo si respondió SI en la pregunta 414. ¿USTED RECIBIÓ:

**Percepción del tiempo de espera de los asegurados SIS y de los no asegurados en los establecimientos públicos de salud de la red del Gobierno Regional 2007 - 2010**  
**Número de personas**

	2007	2008	2009	2010
<b>Asegurados del SIS</b>				
Muy poco	614	982	4,183	4,267
Poco	36,637	35,026	35,089	39,994
Bastante	16,029	23,877	29,166	31,238
Demasiado	750	2,684	5,505	10,450
No sabe		488	154	451
<b>Total</b>	<b>54,030</b>	<b>63,057</b>	<b>74,097</b>	<b>86,400</b>
<b>No asegurados del SIS</b>				
Muy poco	467	637	793	784
Poco	19,734	8,966	4,389	3,674
Bastante	12,877	4,360	4,457	2,448
Demasiado	612	470	475	1,284
No sabe	624	1,133	311	
<b>Total</b>	<b>34,314</b>	<b>15,566</b>	<b>10,425</b>	<b>8,190</b>

Fuente: ENAHO del 2007 al 2010  
Elaboración propia

**Notas:** Para los que asistieron a los establecimientos públicos de Apurímac (Puesto de Salud MINSA, Centro de salud MINSA, Centro o puesto salud CLAS, Hospital MINSA)  
Respuesta a la pregunta 407B. ¿PARA SER ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR FUE:

**Percepción del trato del profesional de los asegurados SIS y de los no asegurados en los establecimientos públicos de salud de la red del Gobierno Regional 2007 - 2010**  
**Número de personas**

	2007	2008	2009	2010
<b>Asegurados del SIS</b>				
Muy bueno	1,226	798	3,025	3,293
Bueno	48,500	52,842	58,947	68,492
Malo	4,151	8,762	11,053	13,714
Muy malo			763	451
No sabe	152	654	309	451
<b>Total</b>	<b>54,029</b>	<b>63,056</b>	<b>74,097</b>	<b>86,401</b>
<b>No asegurados del SIS</b>				
Muy bueno	767	331	1,278	1,129
Bueno	29,285	11,969	7,399	6,595
Malo	3,484	1,975	631	466
Muy malo		156	806	
No sabe	777	1,133	311	
<b>Total</b>	<b>34,313</b>	<b>15,564</b>	<b>10,425</b>	<b>8,190</b>

Fuente: ENAHO del 2007 al 2010

Elaboración propia

**Notas:** Para los que asistieron a los establecimientos públicos de Apurímac (Puesto de Salud MINSA, Centro de salud MINSA, Centro o puesto salud CLAS, Hospital MINSA) Respuesta a la pregunta 407D. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO, EL TRATO DEL PROFESIONAL FUE:

### Anexo 3

#### Personas entrevistadas

- ▣ Soc. Luis Manrique Morales, Jefe del SIS durante el periodo diciembre 2008 – octubre 2010.
- ▣ Med. José Lizárraga Trujillo, Gerente de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Apurímac del 30 de enero del 2011 hasta la actualidad
- ▣ Med. Janet Apac Robles, Directora General DISA Apurímac II durante los periodos julio 2005 a enero 2007 y de enero 2011 a enero 2012 y Directora Regional de Salud Apurímac durante el periodo febrero 2010 y diciembre 2011.
- ▣ Med. Rubén Rodríguez Colonia, Director General DISA Apurímac II durante los periodos septiembre - noviembre 2007 y mayo 2010 y enero 2011 y Gerente de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Apurímac del octubre 2008 y mayo 2010.
- ▣ Med. Felipe Alvarez López, Director Adjunto de la DIRESA Apurímac.
- ▣ Med. José Becerra Rodríguez, Director del Hospital Guillermo Díaz de la Vega (RPM \*390872)
- ▣ Sra. Genara Ugarte Loaisa, Secretaria Ejecutiva MCLCP de Apurímac (#791699, genarau@yahoo.com)
- ▣ María Guadalupe Hinojosa Valencia, Directora de la ONG Paz y Esperanza de Apurímac con sede en Andahuaylas. (#0065011, 083421984).
- ▣ Ibar Quintana, Director General DISA Apurímac II durante el periodo junio 2012 hasta la actualidad.
- ▣ Med. Roger Peralta Montes, Director de Seguros de la DIRESA Apurímac durante el periodo septiembre 2012 hasta la actualidad. (rogerpm@hotmail.com)
- ▣ Med. César Augusto Aquije Jáuregui, Director del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas desde diciembre del 2011 hasta la actualidad.
- ▣ Med. Jorge Itusaca Quispe, Director de Planes y Programas y encargado de la Dirección de Planeamiento Estratégico del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo enero 2011 hasta la actualidad. (cocojw@hotmail.com)
- ▣ CPC. Luz Maritza Molero Ibañez, Directora de Planificación de la DISA Apurímac II (2007 – 2009), Directora Ejecutiva de Administración de la DISA Apurímac II (2009 – 2010) y actualmente Directora Ejecutiva de Administración del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas (2011).



## Entrevista Semiestructurada

### Introducción. (Leérselo al entrevistado)

La investigación “Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud. La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 – 2010” se realiza para optar el grado de magister en la Maestría en Ciencia Política y Gobierno con mención en Políticas Públicas y Gestión Pública en la Pontificia Universidad Católica del Perú.

La investigación se propone 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, y de manera secundaria: 1. Determinar los cambios producido en el financiamiento de la DIRESA Apurímac y de su red de establecimientos con la implementación del SIS entre el 2007 y el 2010; 2. Determinar los cambios organizacionales producidos en la DIRESA Apurímac y en su red de establecimientos con la implementación del SIS para el registro de sus asegurados entre el 2007 y el 2010; y, 3. Comprender como se ha realizado el proceso de atención de los afiliados del SIS en la red de establecimientos públicos de la DIRESA Apurímac entre el 2007 y el 2010.

La entrevista apunta a entender los cambios producidos en la red de servicios de salud de la Región Apurímac en materia organizacional, del financiamiento y en los procesos de afiliación y atención y se ha estructurado un bloque de preguntas para cada uno de estos temas.

**Nota para el entrevistador:** Las preguntas se adaptaran al nivel de la institución a la que pertenece el entrevistado para conocer su ubicación en su institución y su relación con el nivel institucional superior e inferior.

Institución: .....

Nombre y apellido: .....

Cargo: .....

Fecha de entrevista: .....

Período de gestión del entrevistado: .....

### Bloque 1. Cambio organizacional

B1.1. ¿Ha recibido normas o directivas adicionales a las de la Oficina Principal del SIS que hayan implicado cambios en su organización? Si la respuesta es “sí” pasar a la siguiente, si es “no” pasar a la pregunta B1.5.

B1.2. ¿Cuál(es) es(son) el/los documento(s)? (Pedir una copia del(os) documento(s))

a. ....

b. ....

c. ....

d. ....

B1.3. ¿Han emitido alguna norma u directiva para producir esos cambios? Si la respuesta es “sí” pasar a la siguiente, si es “no” pasar a la pregunta B1.6.

B1.4. ¿Cuál(es) es(son) el/los documento(s)? (Pedir una copia del(os) documento(s))

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....

B1.5. ¿Cuáles han sido los cambios organizacionales producidos en su institución con la implementación del SIS entre el 2007 y el 2010?

- a. Oficina de seguros (Para revisión de las historias clínicas y/o para el filtrado de los expedientes a ser presentados al SIS para tramitar el reembolso.)
- b. Encargado a una oficina existente la revisión de las historias clínicas y/o para el filtrado de los expedientes a ser presentados al SIS para tramitar el reembolso.
- c. Otra: (Detallar)

.....

.....

.....

B1.6. ¿Qué efectos han tenido estos cambios en el funcionamiento de la institución?

.....

.....

.....

**Bloque 2. Cambio en el financiamiento**

B2.1. ¿Cuáles han sido los cambios producidos en la gestión de los recursos financieros en su institución con la implementación del SIS entre el 2007 y el 2010?

.....

.....

.....

B2.2. ¿Ahora están contratando más personal que antes que entrara el SIS?

.....

.....

.....

B2.3. ¿Cuál es el impacto que han tenido las transferencias del SIS en la provisión de medicamentos?

.....

.....

.....

**Bloque 3. Cambios en los procesos de afiliación y atención**

B3.1. ¿Cómo se ha realizado el proceso de afiliación al SIS en la red de establecimientos públicos de la DIRESA Apurímac entre 2007 – 2010? [Dibujar flujo en la parte posterior]

.....

.....

.....

B3.2. ¿Cómo se ha realizado el proceso de la atención de los afiliados al SIS en la red de establecimientos públicos de la DIRESA Apurímac entre 2007 – 2010?

.....

.....

.....

B3.3. ¿Han recibido norma o directiva específica para su establecimiento respecto del proceso de afiliación o de la atención de los asegurados SIS? Si la respuesta es “sí” pasar a la siguiente, si es “no” pasar a la pregunta B3.5.

.....

.....

.....

B3.4. ¿Cuál(es) es(son) el/los documento(s)? (Pedir una copia del(os) documento(s))

.....

.....

.....

B3.5. ¿Han emitido ustedes alguna norma u directiva para producir esos cambios? Si la respuesta es “sí” pasar a la siguiente, si es “no” pasar a la pregunta B3.6.

.....  
.....  
.....

B3.6. ¿Cuál(es) es(son) el/los documento(s)? (Pedir una copia del(os) documento(s))

.....  
.....  
.....

B3.7. ¿Hay mecanismos para limitar el número de asegurados SIS que se atienden en el día? Si la respuesta es "SI" detallar cuáles son esos mecanismos, si es "NO" agradecer su apoyo a la investigación.

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....

B3.8. ¿Por qué razones se han implementado estos mecanismos?

- e. ....
- f. ....
- g. ....
- h. ....

Muchas gracias por su tiempo

**Anexo 4: Pilares, arenas, dimensiones de la cohesión social**

Arena	Dimensión	Brechas / Resultados	Instituciones	Subjetividad
Una arena es un espacio específico que, en una sociedad determinada, aparece como relevante [para] construir cohesión social. (P. 29)				
<b>Lazo Social</b> Relación entre personas a nivel micro. Me relaciono como persona individual en un mundo compartido por otras personas individuales. (P. 29)	<b>Familia</b>			
	<b>Sociabilidad</b>			
	<b>Confianza otro generalizado</b>			
<b>Ciudadanía</b> Relación entre personas a nivel macro. Me relaciono con el colectivo en la construcción de un mundo compartido común. La construcción de la dirección de la sociedad es aquí el tema central. (p. 29)	<b>Representación</b>			
	<b>Democracia</b>			
	<b>Estado de Derecho</b>			
<b>Trabajo</b> Relación individualizada a nivel micro. Me relaciono con otros individuos sin generar un mundo compartido, sino solamente generando intercambios. La relación no es entre personas (en su concreción y especificidad), sino al final entre individuos (que, en última instancia, son intercambiables). (P. 29)	<b>Movilidad social</b>			
	<b>Acceso al mercado</b>			
	<b>Trabajo</b>			
<b>Protección social</b> Relación individualizada con el colectivo. El beneficiario no se relaciona colectivamente con la sociedad, sino que de manera individual recibe y demanda beneficios específicos. La sociedad protege a sus miembros, pero sin generar un mundo compartido y común. (p. 29)	<b>Salud</b>			
	<b>Previsión social</b>			

**Fuente:** CEPAL “Cohesión social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores”. Santiago de Chile. Naciones Unidas (2010)

1\ Si bien cuando habla de pilares, la CEPAL habla de pertenencia, podemos ver que desde la definición conceptual es mejor hablar en términos de subjetividad. Del mismo modo, aunque se habla de brechas, creemos que es más adecuado referirse en general a resultados. Las brechas son una forma del tema de inclusión o exclusión, pero la inclusión es más amplia que el tema de brechas: si nadie accede a una justicia adecuada, hay un tema de exclusión pero no necesariamente de brechas. En ese sentido, referirse en general a los resultados objetivos nos parece que recupera de mejor manera la definición original de la CEPAL. (Nota 4, p. 27)

CEPAL “Cohesión social, Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2007

Elaboración propia



## Anexo 5

### Planes de atención del SIS<sup>20</sup>

#### **Plan A – Niños de 0 a 4 años**

- ☒ Atención inmediata al Recién Nacido Normal
- ☒ Internamiento del Recién Nacido con patología
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica menor Recién Nacido
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica mayor Recién Nacido
- ☒ Control del Recién Nacido de Bajo Peso al Nacer
- ☒ Examen inmunológico Recién Nacido de madre VIH positivo
- ☒ Examen inmunológico Recién Nacido de madre RPR positivo
- ☒ Atención Integral de Salud
- ☒ Suplemento de Hierro
- ☒ Examen Odontoestomatológico
- ☒ Tratamiento de VIH -SIDA en Niños
- ☒ Tratamiento Antiparasitario
- ☒ Consulta Externa
- ☒ Obturación y Curación Dental Simple
- ☒ Obturación y Curación Dental Compuesta
- ☒ Extracción Dental
- ☒ Trabajo Extramural (Visita Domiciliaria)
- ☒ Atención en Tópico
- ☒ Atención de Emergencia
- ☒ Atención de Emergencia con Observación
- ☒ Intervención Médico-Quirúrgica Ambulatoria
- ☒ Internamiento en Establecimiento de Salud
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor
- ☒ Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)
- ☒ Internamiento en Establecimiento de Salud
- ☒ Transfusión Sanguínea (1 o más unidades)
- ☒ Traslado de Emergencia Periurbano
- ☒ Traslado de Emergencia Rural Costa
- ☒ Traslado de Emergencia Periurbano

<sup>20</sup> Tomado de la página web del SIS: <http://www.sis.gob.pe/productos.html>

- ☒ Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva
- ☒ Traslado Nacional de Emergencia (niño y acompañante)
- ☒ Sepelio
- ☒ Atención Odontológica Especializada

***Plan B – Niños y adolescentes de 5 a 17 años***

- ☒ Tratamiento Antiparasitario
- ☒ Tratamiento de VIH -SIDA en Niños
- ☒ Consulta Externa
- ☒ Obturación y Curación Dental Simple
- ☒ Obturación y Curación Dental Compuesta
- ☒ Extracción Dental
- ☒ Trabajo Extramural (Visita Domiciliaria)
- ☒ Atención en Tópico
- ☒ Atención de Emergencia
- ☒ Atención de Emergencia con Observación
- ☒ Intervención Médico-Quirúrgica Ambulatoria
- ☒ Internamiento en Establecimiento de Salud
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor
- ☒ Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)
- ☒ Transfusión Sanguínea en caso de Emergencia (1 o más unidades)
- ☒ Traslado de Emergencia Periurbano
- ☒ Traslado Emergencia Rural Costa
- ☒ Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva
- ☒ Traslado Nacional de emergencia
- ☒ Sepelio
- ☒ Atención Odontológica Especializada

***Plan C – Gestantes y Puerperas***

- ☒ Cesárea
- ☒ Control de Puerperio
- ☒ Exámenes de Laboratorio Completo del Embarazo con HIV
- ☒ Exámenes de Laboratorio Completo del Embarazo sin HIV
- ☒ Atención Odontológica Especializada
- ☒ Tratamiento de VIH -SIDA en Niños

- ☒ Consulta Externa
- ☒ Obturación y Curación Dental Simple
- ☒ Obturación y Curación Dental Compuesta
- ☒ Extracción Dental
- ☒ Trabajo Extramural (Visita Domiciliaria)
- ☒ Atención en Tópico
- ☒ Atención de Emergencia
- ☒ Atención de Emergencia con Observación
- ☒ Intervención Médico-Quirúrgica Ambulatoria
- ☒ Internamiento en Establecimiento de Salud (No Parto)
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor
- ☒ Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)
- ☒ Transfusión Sanguínea en caso de Emergencia (1 o más unidades)
- ☒ Traslado de Emergencia Periurbano
- ☒ Traslado Emergencia Rural Costa
- ☒ Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva
- ☒ Traslado Nacional de Emergencia
- ☒ Sepelio
- ☒ Ecografía
- ☒ Exámen de laboratorio de HIV
- ☒ Cubre las atenciones preventivas, diagnóstico de embarazo y recuperativas de la gestación, parto y puerperio (42 días)

***Plan D – Adulto en situación de emergencia***

- ☒ Atención de Emergencia
- ☒ Atención de Emergencia con Observación
- ☒ Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)
- ☒ Internamiento en Establecimiento de Salud
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor
- ☒ Traslado de Emergencia Periurbano
- ☒ Traslado Emergencia Rural Costa
- ☒ Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva
- ☒ Traslado Nacional de Emergencia
- ☒ Transfusión Sanguínea en caso de Emergencia (1 o más unidades)

☒ Sepelio

**Plan E-1 y E-2 / Adulto Focalizado**

- ☒ Trabajo Extramural (Visita Domiciliaria)
- ☒ Atención en Tópico
- ☒ Atención de Emergencia
- ☒ Atención de Emergencia con Observación
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor
- ☒ Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor
- ☒ Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)
- ☒ Transfusión Sanguínea en caso de Emergencia (1 o más unidades)
- ☒ Traslado de Emergencia Periurbano
- ☒ Traslado Emergencia Rural Costa
- ☒ Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva
- ☒ Traslado Nacional de Emergencia
- ☒ Sepelio
- ☒ Víctimas de la CIDH. Atenciones de Salud Mental

Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS)

Nº	Intervenciones Preventivas
1	Inmunizaciones en niños y adultos, según las normas del MINSA. <sup>(1,2)</sup>
2	Atención integral del niño y adolescente. <sup>(1,2)</sup>
3	Prevención y Detección de trastornos de la agudeza visual y ceguera en niños. <sup>(1)</sup>
4	Prevención de caries, según normas del MINSA. <sup>(1)</sup>
5	Salud reproductiva (consejería y planificación familiar), según normas del MINSA. <sup>(1,2)</sup>
6	Control prenatal del embarazo. <sup>(1)</sup>
7	Detección, consejería, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA. <sup>(1)</sup>
8	Detección de problemas en salud mental. <sup>(1)</sup>
9	Atención para la detección precoz de neoplasia (mama, cuello uterino y próstata). <sup>(1)</sup>
10	Suplemento de micronutrientes para niños menores de 5 años y gestantes. <sup>(1,2)</sup>
11	Detección, consejería, prevención de enfermedades infecciosas que afecten el curso normal de la gestación y el estado nutricional de los niños menores de 5 años. <sup>(2)</sup>
12	Evaluación del Estado Nutricional y consejería nutricional. <sup>(2)</sup>
Nº	Intervenciones Recuperativas
1	Atención del recién nacido (normal y complicado) y prematuridad. <sup>(1)</sup>
2	Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (sólo incluye estrabismo y catarata) <sup>(1)</sup> , en adolescentes, adultos y adultos mayores sólo catarata <sup>(4)</sup> .
3	Atención del parto y puerperio normal. <sup>(1)</sup>
4	Atención del parto y puerperio complicado, incluye cesárea. <sup>(1)</sup>
5	Diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas <sup>(1,2)</sup> . Además en ámbito CRECER Síndrome Obstructivo bronquial agudo, Asma bronquial infantil <sup>(2)</sup>

6	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda y parasitosis (incluidas en el ítem N° 07). <sup>(1,2)</sup>
7	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas y transmisibles (además incluye tratamiento de VIH Sida en niños, adolescente, gestantes y adultos*)
8	Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas). Traumatismos, heridas superficiales de cabeza, cuello, tórax, abdomen y extremidades.
9	Diagnóstico y tratamiento de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. (No debidas a accidentes de tránsito)
10	Diagnóstico y tratamiento de las emergencias médicas y quirúrgicas, hasta su estabilización y/o hasta por un período de 30 días. <sup>(1)</sup>
11	Condiciones médicas agudas del aparato digestivo (no oncológicas). Enteritis y colitis no infecciosas, otras enfermedades de los intestinos, trastorno de la vesícula biliar, vías biliares y del páncreas.
12	Atención quirúrgica desde el primer nivel de atención <sup>(1)</sup> (patología quirúrgica de referencia ambulatoria de acuerdo al nivel de complejidad): Procedimientos de cirugía menor especializada y no especializada, Hernias, Amigdalitis crónica, Hiperplasia prostática, Hidatidosis, Malformaciones congénitas, Vesícula y Vías biliares, útero trompa y anexos.
13	Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades carenciales en niños, adolescentes y gestantes. Tenemos las anemias nutricionales, desnutrición. <sup>(2)</sup>
14	Transplante renal. <sup>(4)</sup>
<b>N°</b>	<b>Intervenciones de Rehabilitación</b>
1	Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención. (Puestos y Centros de Salud) <sup>(1)</sup> . Atención por otros procedimientos de Rehabilitación (para todas las etapas de vida).
<b>OTRAS PRESTACIONES</b>	
1	Gasto de Sepelio <sup>(1)</sup>
2	Transporte (aéreo, terrestre y fluvial) <sup>(1,4)</sup>



**Anexo 6**  
**Establecimientos de Salud del Gobierno Regional de Apurímac focalizados**

DISA /Provincia / Distrito	Nivel	Nombre del EE.SS.			
<b>DISA APURIMAC I-ABANCAY</b>				08 SAN PEDRO DE CACHORA	C. S. CACHORA
<b>01 ABANCAY</b>			<b>03 ANTABAMBA</b>		
03 CIRCA	P. S.	CIRCA	01 ANTABAMBA	C. S.	ANTABAMBA
03 CIRCA	P. S.	HUIRAHUACHO	01 ANTABAMBA	P. S.	CHUÑOBUACHO
03 CIRCA	P. S.	OCOBAMBA	01 ANTABAMBA	P. S.	CURANCO
03 CIRCA	P. S.	TAMBURQUI	02 EL ORO	P. S.	AYAHUAY
04 CURAHUASI	C. S.	CURAHUASI	03 HUAQUIRCA	P. S.	HUAQUIRCA
04 CURAHUASI	P. S.	ANTILLA	03 HUAQUIRCA	P. S.	LLANACCOLLPA
04 CURAHUASI	P. S.	BACAS	03 HUAQUIRCA	P. S.	MATARA
04 CURAHUASI	P. S.	CCOCHUA	03 HUAQUIRCA	P. S.	MUTKANI
04 CURAHUASI	P. S.	CCOLLPA	03 HUAQUIRCA	C. S.	MOLLEBAMBA
04 CURAHUASI	P. S.	CHUNA MARJUNI	04 JUAN ESPINOZA MEDRANO	P. S.	CALCAUSO
04 CURAHUASI	P. S.	CONCACHA	04 JUAN ESPINOZA MEDRANO	P. S.	SILCO
04 CURAHUASI	P. S.	EL CARMEN	04 JUAN ESPINOZA MEDRANO	P. S.	VITO
04 CURAHUASI	P. S.	OCCORURO	04 JUAN ESPINOZA MEDRANO	C. S.	TOTORA OROPESA
04 CURAHUASI	P. S.	PISONAYPATA PROGRESO LARATA	05 OROPESA	P. S.	HUACULLO
04 CURAHUASI	P. S.	SAN LUIS	05 OROPESA	P. S.	KILCATA
04 CURAHUASI	P. S.	TOTORAY	05 OROPESA	P. S.	SONCCOCCOCHA
05 HUANIPACA	C. S.	HUANIPACA	05 OROPESA	P. S.	YUMIRE
05 HUANIPACA	P. S.	CCOYA	07 SABAINO	P. S.	ANTILLA
05 HUANIPACA	P. S.	HUANCHULLA	07 SABAINO	P. S.	SABAYNO
05 HUANIPACA	P. S.	KARQUEQUI	<b>04 AYMARAES</b>		
05 HUANIPACA	P. S.	KIUÑALLA	03 CARAYBAMBA	P. S.	CARAYBAMBA
05 HUANIPACA	P. S.	TACMARA	03 CARAYBAMBA	P. S.	COLCA
06 LAMBRAMA	C. S.	LAMBRAMA	04 CHAPIMARCA	C. S.	SANTA ROSA
06 LAMBRAMA	P. S.	ATANCAMA	04 CHAPIMARCA	P. S.	ANCOBAMBA
06 LAMBRAMA	P. S.	CAYPE	04 CHAPIMARCA	P. S.	CHAPIMARCA
06 LAMBRAMA	P. S.	CRUZ PATA (LAMBRAMA)	04 CHAPIMARCA	P. S.	PAMPALLACTA
06 LAMBRAMA	P. S.	MARJUNI	05 COLCABAMBA	P. S.	COLCABAMBA
06 LAMBRAMA	P. S.	SIUSAY	06 COTARUSE	C. S.	COTARUSE
06 LAMBRAMA	P. S.	SUNCHO	06 COTARUSE	P. S.	CCELLOPAMPA
07 PICHIRHUA	P. S.	ACCOPAMPA	06 COTARUSE	P. S.	IZCAHUACA
07 PICHIRHUA	P. S.	AUQUIBAMBA	06 COTARUSE	P. S.	KILCACCASA
07 PICHIRHUA	P. S.	CHALHUANI	06 COTARUSE	P. S.	LAHUALAHUA
07 PICHIRHUA	P. S.	COTARMA	06 COTARUSE	P. S.	PAMPAMARCA
07 PICHIRHUA	P. S.	LUCUCHANGA	06 COTARUSE	P. S.	PISQUICOCHA
07 PICHIRHUA	P. S.	OCRABAMBA	06 COTARUSE	P. S.	TOTORA
07 PICHIRHUA	P. S.	PICHIRHUA	08 JUSTO APU SAHUARAURA	P. S.	CHECCASA
07 PICHIRHUA	P. S.	PISCAYA	08 JUSTO APU SAHUARAURA	P. S.	PICHIHUA
			09 LUCRE	C. S.	LUCRE
			09 LUCRE	P. S.	CAYHUACHAHUA
			09 LUCRE	P. S.	JUTA

09 LUCRE	P. S.	SICUNA	04 HAQUIRA	P. S.	HUANCCASCCA
10 POCOHUANCA	P. S.	CHANTA	04 HAQUIRA	P. S.	LLAC-CHUA
10 POCOHUANCA	P. S.	HUANCAPAMPA	04 HAQUIRA	P. S.	MOCABAMBA
10 POCOHUANCA	P. S.	POCOHUANCA	04 HAQUIRA	P. S.	MUTUHUASI
10 POCOHUANCA	P. S.	TIAPARO	04 HAQUIRA	P. S.	PAMPA SAN JOSE
12 SAÑAYCA	P. S.	HUARQUIZA	04 HAQUIRA	P. S.	PATAN
12 SAÑAYCA	P. S.	OCCARALLA	04 HAQUIRA	P. S.	QQUEÑAPAMPA
12 SAÑAYCA	P. S.	SAÑAYCA	05 MARA	C. S.	MARA
13 SORAYA	P. S.	CCARAHUATANI	05 MARA	P. S.	APUMARCA
13 SORAYA	P. S.	SORAYA	05 MARA	P. S.	CHACAMACHAY
14 TAPAIRIHUA	C. S.	TAPAYRIHUA	05 MARA	P. S.	CURCA
14 TAPAIRIHUA	P. S.	LAYME	05 MARA	P. S.	HUARAQUERAY
14 TAPAIRIHUA	P. S.	SOCCO	05 MARA	P. S.	PISACCASA
15 TINTAY	C. S.	TINTAY	06 CHALLHUAHUACHO	C. S.	CHALHUAHUACHO
15 TINTAY	P. S.	HUANCARPUQUIO	06 CHALLHUAHUACHO	P. S.	ANTA ANTA
15 TINTAY	P. S.	SAN MATEO	06 CHALLHUAHUACHO	P. S.	FUERABAMBA
15 TINTAY	P. S.	TAQUEBAMBA	06 CHALLHUAHUACHO	P. S.	KUCHUHUACHO
16 TORAYA	P. S.	CONDEBAMBA	06 CHALLHUAHUACHO	P. S.	NINASCUCHO
16 TORAYA	P. S.	LLINQUI	06 CHALLHUAHUACHO	P. S.	TAMBULLA
16 TORAYA	P. S.	TANTA			
16 TORAYA	P. S.	TORAYA			
<b>05 COTABAMBAS</b>			<b>07 GRAU</b>		
01 TAMBOBAMBA	Hosp. I	TAMBOBAMBA	02 CURPAHUASI	P. S.	CURPAHUASI
01 TAMBOBAMBA	P. S.	ASACCASI	02 CURPAHUASI	P. S.	HUAYO
01 TAMBOBAMBA	P. S.	CHACCARO	02 CURPAHUASI	P. S.	RATCAY
01 TAMBOBAMBA	P. S.	CHOQUECCA	03 GAMARRA	P. S.	TAMBORACCAY
01 TAMBOBAMBA	P. S.	HUMAHUIRE	03 GAMARRA	C. S.	PACCAYPATA
01 TAMBOBAMBA	P. S.	OCCACCAHUA	03 GAMARRA	C. S.	PALPACACHI
01 TAMBOBAMBA	P. S.	OCCORURO	03 GAMARRA	P. S.	CCOLLAURO
01 TAMBOBAMBA	P. S.	OCRABAMBA	03 GAMARRA	P. S.	LLICCHIVILCA
01 TAMBOBAMBA	P. S.	PAMPURA	03 GAMARRA	P. S.	PICHIBAMBA
01 TAMBOBAMBA	P. S.	PUMAMARCA	03 GAMARRA	P. S.	PITUHUANCA
02 COTABAMBAS	C. S.	COTABAMBAS	03 GAMARRA	P. S.	SAPSI
02 COTABAMBAS	P. S.	COLCA	03 GAMARRA	P. S.	TARIBAMBA
02 COTABAMBAS	P. S.	SAN JUAN	03 GAMARRA	P. S.	UTAPARO
03 COYLLURQUI	C. S.	COYLLURQUI	04 HUAYLLATI	P. S.	CCORICHICHINA
03 COYLLURQUI	P. S.	CHISCCA HUAYLLA	04 HUAYLLATI	P. S.	HUAYLLATI
03 COYLLURQUI	P. S.	ÑAHUINLLA	05 MAMARA	P. S.	PAMPAHUITE
03 COYLLURQUI	P. S.	PFACO	05 MAMARA	P. S.	CRUZ PATA (PALPACACHI)
03 COYLLURQUI	P. S.	SORCCO	06 MICAELA BASTIDAS	P. S.	MAMARA
03 COYLLURQUI	P. S.	VILCARO	07 PATAYPAMPA	P. S.	AYRIHUANCA
04 HAQUIRA	C. S.	HAQUIRA	07 PATAYPAMPA	P. S.	PATAYPAMPA
04 HAQUIRA	P. S.	ANTAPUNCO	08 PROGRESO	P. S.	PIYAY
04 HAQUIRA	P. S.	CCOCHA	08 PROGRESO	C. S.	PROGRESO
04 HAQUIRA	P. S.	HAPURO	08 PROGRESO	P. S.	CCONCCACCA
04 HAQUIRA	P. S.	HUANCA UMUYTO	08 PROGRESO	P. S.	CCONCHACCOTA

08 PROGRESO	P. S.	PACCAYURA	09 PACUCHA	P. S.	CHURRUBAMBA
08 PROGRESO	P. S.	PICOSAYHUAS	09 PACUCHA	P. S.	COTAHUACHO
10 SANTA ROSA	P. S.	SANTA ROSA	09 PACUCHA	P. S.	LAGUNA
13 VIRUNDO	P. S.	VIRUNDO	09 PACUCHA	P. S.	PUCULLOCCOCHA
<b>DISA CHANKA-ANDAHUAYLAS</b>			10 PAMPACHIRI	C. S.	PAMPACHIRI
<b>02 ANDAHUAYLAS</b>			10 PAMPACHIRI	P. S.	CHILLIHUA
02 ANDARAPA	C. S.	ANDARAPA	10 PAMPACHIRI	P. S.	LLANCAMA
02 ANDARAPA	P. S.	CHANTA UMACA	11 POMACOCHA	P. S.	POMACOCHA
02 ANDARAPA	P. S.	HUAMPICA	12 SAN ANTONIO DE CACHI	P. S.	CHULLIZANA
02 ANDARAPA	P. S.	HUANCAS	12 SAN ANTONIO DE CACHI	P. S.	SAN ANTONIO DE CACHI
02 ANDARAPA	P. S.	ILLAHUASI	12 SAN ANTONIO DE CACHI	P. S.	TANQUIYAURECC
02 ANDARAPA	P. S.	PUYHUALLA	14 SAN MIGUEL DE CHACCRAMPA	P. S.	CHACCRAMPA
03 CHIARA	P. S.	CHIARA NUEVA	14 SAN MIGUEL DE CHACCRAMPA	P. S.	IGLESIA PATA
03 CHIARA	P. S.	HUILLCAYHUA	17 TUMAY HUARACA	P. S.	CCOCHAPUCRO
03 CHIARA	P. S.	SANTIAGO DE YAURECC	17 TUMAY HUARACA	P. S.	UMAMARCA
04 HUANCARAMA	C. S.	HUANCARAMA	17 TUMAY HUARACA	P. S.	VILLA SANTA ROSA
04 HUANCARAMA	P. S.	KARHUAKAHUA	18 TURPO	C. S.	TURPO
04 HUANCARAMA	P. S.	LLACTABAMBA	18 TURPO	P. S.	BELEN DE ANTA
04 HUANCARAMA	P. S.	LOS ANGELES	18 TURPO	P. S.	PALLACCOCHA
04 HUANCARAMA	P. S.	MATECCLLA	18 TURPO	P. S.	TAYPICHA
04 HUANCARAMA	P. S.	PAMPAHURA	<b>06 CHINCHEROS</b>		
04 HUANCARAMA	P. S.	PICHIUPATA	03 COCHARCAS	P. S.	COCHARCAS
04 HUANCARAMA	P. S.	SAN JOSE DE ARCAHUA	03 COCHARCAS	P. S.	OSCCOLLO
04 HUANCARAMA	P. S.	SAYHUA	03 COCHARCAS	P. S.	URUCANCHA
04 HUANCARAMA	P. S.	SOTAPA	04 HUACCANA	C. S.	HUACCANA
05 HUANCARAY	C. S.	HUANCARAY	04 HUACCANA	P. S.	AHUAYRO
05 HUANCARAY	P. S.	MOLLEPATA	04 HUACCANA	P. S.	CHUYAMA
06 HUAYANA	P. S.	CHECCCHEPAMPA	04 HUACCANA	P. S.	MARA MARA
06 HUAYANA	P. S.	HUAYANA	04 HUACCANA	P. S.	MOYACCASA
07 KISHUARA	C. S.	KISHUARA	04 HUACCANA	P. S.	POMACHUCO
07 KISHUARA	C. S.	MATAPUQUIO	04 HUACCANA	P. S.	RIO BLANCO
07 KISHUARA	P. S.	CAVIRA	04 HUACCANA	P. S.	SAURI
07 KISHUARA	P. S.	COLPA	04 HUACCANA	P. S.	SIMPE
07 KISHUARA	P. S.	QUILLABAMBA	06 ONGOY	C. S.	ONGOY
07 KISHUARA	P. S.	SOTCCOMAYO	06 ONGOY	C. S.	ONGOY
07 KISHUARA	P. S.	TINTAY	06 ONGOY	P. S.	CALLAPAYOCC
08 PACOBAMBA	C. S.	PACOBAMBA	06 ONGOY	P. S.	HUAMBURQUE
08 PACOBAMBA	P. S.	CCALLASPUQUIO	06 ONGOY	P. S.	MOZOBAMBA
08 PACOBAMBA	P. S.	CCERABAMBA	06 ONGOY	P. S.	MOZOBAMBA
08 PACOBAMBA	P. S.	HUAMBO	06 ONGOY	P. S.	PORVENIR
08 PACOBAMBA	P. S.	HUASCATAY	06 ONGOY	P. S.	ROCCHACC
08 PACOBAMBA	P. S.	HUIRONAY	06 ONGOY	P. S.	SANTA ROSA
08 PACOBAMBA	P. S.	TACMARA	06 ONGOY	P. S.	TURURO
09 PACUCHA	C. S.	PACUCHA			
09 PACUCHA	P. S.	ARGAMA			