



Atención de Salud para
los más pobres:
El Seguro Integral de Salud

Informe Defensorial N° 120

Defensoría del Pueblo
Jirón Ucayali N°388
Lima- Perú
Teléfono: (511) 311-0300
Fax : (511) 426-7889
E-mail : defensora@defensoria.gob.pe
Portal : <http://www.defensoria.gob.pe>
Línea gratuita: 0800-15170

Primera edición: Lima, Perú, mayo de 2007
1000 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del
Perú N° 2007-04939

El presente informe ha sido elaborado por la Adjuntía
para la Administración Estatal de la Defensoría del
Pueblo.

La Defensoría del Pueblo agradece el apoyo de la
Cooperación Técnica Belga (CTB) que hizo posible la
presente publicación.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	17
I. El Seguro Integral de Salud (SIS)	19
II. Competencia de la Defensoría del Pueblo y Objetivos del Informe	21
III. Estructura del presente Informe Defensorial	22
CAPÍTULO I	
DERECHO A LA SALUD	27
1.1. Salud, Pobreza y Desarrollo Humano.	27
1.2. Marco legal	38
1.3. Elementos esenciales del derecho a la salud	43
1.4. Principios orientadores de las políticas de salud	45
1.5. Política Estatal	48
CAPÍTULO II	
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	49
2.1 Antecedentes a la creación del SIS	49
2.2 Objetivos	50
2.3 Proceso de Afiliación al SIS	52
a) La Inscripción	56
b) La Evaluación Socioeconómica	58
c) La Afiliación	58
2.4 Labor del Seguro Integral de Salud a partir de lo evaluado por el Ministerio de Salud	60
a) Promoción de la salud y prevención de las enfermedades.	60
b) Suministro y Uso racional de los medicamentos.	61

	c) Atención Integral mediante la extensión y universalización del Aseguramiento. Impulsar un nuevo modelo de Atención Integral.	62
	d) Desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad	62
	2.4.1 Afiliados: incremento cuantitativo.	63
	2.4.2 Reporte de Atenciones y Transferencias que brinda el SIS	67
2.5	La Política de Salud adoptada por el SIS	69
	2.5.1 Ficha de Evaluación Socio Económica (FESE-SIS)	69
	2.5.2 La expansión del SIS: nuevos grupos poblacionales incorporados.	71
	2.5.2.1 Poblaciones Afectadas por la Violencia Política	73
	a) Respecto a la acreditación	75
	b) Respecto a la exigencia de requisitos no contemplados en la norma	76
	2.5.2.2 Normas complementarias en salud para las Víctimas de la Violencia Política	77
2.6	Financiamiento del SIS	78
	2.6.1 Relativo al Presupuesto Asignado al Seguro Integral de Salud SIS	79
	2.6.1.1 Relativo a la falta de presupuesto del SIS	81
	2.6.1.2 La Inadecuada gestión del presupuesto en los gobiernos regionales	85
	a) Cajamarca	87
	b) Huancavelica	88
	c) Puno	90

CAPÍTULO III	
ESTUDIO DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD:	
METODOLOGÍA	92
3.1. Tipo y Diseño del estudio	92
3.2. Muestra	94
3.3. Técnica y método de trabajo	100
3.4. Organización del estudio	100
3.5. Principales limitaciones del estudio	103
a) Limitaciones Metodológicas	104
b) Limitaciones Operativas	104
CAPÍTULO IV	
CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD CON ENFOQUE PRO POBRES	107
4.1 Perfil Socioeconómico de la Demanda Atendida por el SIS	108
4.1.1 Resultados según departamentos	111
4.1.2 Resultados según Niveles de Atención de los Establecimientos de Salud	119
4.1.2.1 Los Hospitales Nacionales	125
4.1.2.2 Los Hospitales Regionales	128
4.1.2.3 Los Centros de Salud	131
4.1.3 Resultados según Establecimiento de Salud	135
4.2 Filtraciones al SIS	140
4.2.1 Resultados según departamentos	145
4.2.2 Resultados según niveles de atención	147
4.2.3 Resultados según establecimientos de salud	150
4.3 Llenado de las fichas FESE	152

CAPÍTULO V	
EL SERVICIO BRINDADO POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LA VULNERACION DEL DERECHO A LA SALUD	162
a) Disponibilidad	163
b) Accesibilidad	164
c) Aceptabilidad	165
d) Calidad	165
5.1. Limitaciones a la disponibilidad de los servicios de atención de salud brindados por el SIS	170
A. Disponibilidad de establecimientos y servicios de salud	170
B. Disponibilidad de factores de producción: la insuficiencia del personal	176
C. Disponibilidad de Bienes y Servicios	181
D. Disponibilidad de la Información	188
5.2. Restricciones a la accesibilidad de los servicios de atención del SIS	193
A. Dificultades de acceso a los servicios de salud debido a barreras geográficas	193
B. Dificultad en el acceso debido a aspectos económicos	197
C. Problemas de accesibilidad organizativa/ administrativa	206
D. Falta de accesibilidad a la información	212
5.3. Aceptabilidad de los servicios por la población	217
A. Aceptabilidad Cultural – Ética	217
B. Consentimiento informado	225
C. Derecho a la confidencialidad	228
D. Participación en la toma de decisiones	230
5.4. Calidad de los servicios de salud	
A. Satisfacción en el proceso de afiliación al SIS	234

B. Satisfacción en el proceso de atención en el SIS	241
C. Percepción de la calidad técnica	252
5.5. Análisis de resultados de la Demanda Atendida por el Seguro Integral de Salud bajo el enfoque de Derecho en Salud y pro pobre.	255
5.5.1. Categorización a partir de la condición socio económica	256
5.5.2. Aspectos relacionados a los elementos esenciales del derecho a la salud	260
CAPÍTULO VI	266
I. CONCLUSIONES	266
A. El Proceso de Afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS).	268
B. Evaluación de la Política de Salud del Seguro Integral de Salud (SIS) por el Ministerio de Salud (MINSA).	271
C. La Política de Salud adoptada por el Seguro Integral de Salud (SIS)	273
II. RECOMENDACIONES	288
ANEXOS	295
Anexo 1: Ficha de Evaluación Socio –Económica del Seguro Integral de Salud - 2006	295
Anexo 2: Ficha de Evaluación Socio –Económica del Seguro Integral de Salud - 2004	297
Anexo 3: Entrevista aplicada para el estudio	299
Anexo 4: Instrucciones utilizadas para la recolección de información	306

Anexo 5: Variables y su operacionalización	308
Anexo 6: Respuestas a las entrevistas 2004	314
Anexo 7: Respuestas a las entrevistas 2006	318
Anexo 8: Condición Socio Económica de la Demanda Atendida por el Seguro Integral de Salud con Enfoque de Pro Pobres Resultados del estudio – Capítulo VI	328
1. Hospitales Nacionales	328
1.1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL)	328
1.2. Hospital Nacional Hipólito Unánue (HNHU)	337
2. Hospitales Regionales	348
2.1. Hospital Departamental de Huancavelica (HDHV)	348
2.2. Hospital Regional de Puno (HRP)	355
2.3. Hospital Regional de Huánuco (HRHCO)	367
2.4. Hospital Regional de Cajamarca (HRCJ)	370
3. Centros de Salud	375
3.1. Centros de Salud del Departamento Puno (CSP)	375
3.2. Centros de Salud del Departamento de Huancavelica (CSHV)	380
3.3. Centros de Salud del Departamento de Huánuco (CSHCO)	391
3.4. Centros de Salud del Departamento de Cajamarca (CSCJ)	395
RESOLUCIÓN DEFENSORIAL N°0023-2007/DP	401

PRESENTACIÓN

Desde su fundación, la Defensoría del Pueblo asumió el compromiso de proteger los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad, supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración pública y la prestación de los servicios públicos a la ciudadanía. Entre estos derechos fundamentales se encuentran los derechos económicos, sociales y culturales, entre los cuales ocupa un lugar prioritario para nuestra labor el derecho a la salud.

Este derecho, consagrado en tratados internacionales y en la Constitución Política del Perú, es reconocido como un estado indivisible y constitutivo de todas las personas, lo cual implica tanto el derecho a que se respete la salud de las personas, como el compromiso y deber del Estado de defenderla, protegerla y promoverla mediante políticas públicas adecuadas que, desde un enfoque de derechos, busque atender las necesidades de la población.

La pobreza es, por un lado, un factor social determinante de la salud por ser una condición que genera una mayor probabilidad de que las personas contraigan enfermedades, en razón de sus precarias condiciones de vida. Estas involucran no sólo la mala alimentación, sino el no acceso a saneamiento y al agua. Por otro lado, las personas que viven en la pobreza no tienen acceso a servicios de salud básicos que les permitan combatir las referidas enfermedades, lo cual es una necesidad imperiosa para lograr su desarrollo y contribuir, por ende, al desarrollo del país, ya que una sociedad que adolece de muchas enfermedades no puede luchar para salir de la pobreza.

En ese sentido, el deterioro de las condiciones de vida y los altos índices de pobreza que existen en nuestro país ponen en evidencia las falencias de un Estado que debe promover políticas en salud que respeten, protejan y cumplan el derecho a la salud, con énfasis en la población más pobre y excluida que, por efecto de límites económicos y geográficos, entre otros, ve lejana la posibilidad de su acceso a los servicios de salud.

Por ello, el Estado se ha comprometido a trabajar por la universalización del acceso a la salud para todos los peruanos, en especial para aquellos que no cuenten con los medios económicos para mantenerse saludables. Al crearse el Seguro Integral de Salud (SIS), como una de las políticas más importantes de lucha contra la pobreza, se buscó el aseguramiento público de la población más pobre del país por ser la que presenta los mayores índices de enfermedad y mortalidad, así como por ser la que menos acceso tiene a los servicios de salud. Así, pues, el SIS fue creado para administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual (en forma de subsidio público) en favor de los más pobres y excluidos, a fin de eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud.

Debido a la importancia que comporta esta política, las prioridades que hemos subrayado al encarar nuestro trabajo y tomando en consideración las quejas relacionadas con el sector Salud y el Seguro Integral de Salud, así como las funciones encomendadas a la Defensoría del Pueblo, se observó la necesidad de llevar a cabo una investigación sobre el SIS a fin de evaluar su eficacia como política y verificar si se garantiza eficazmente el derecho a la salud.

Se dispuso, entonces, la realización de dos consultorías, una en el 2004 y otra en el 2006, para determinar algunos problemas o falencias que pueda tener el SIS y, a partir de un análisis desde una perspectiva de derechos, emitir recomendaciones con el propósito de aportar mejoras al sistema, lo cual parece sumamente pertinente en el contexto actual, en el cual se está discutiendo el acceso universal a los servicios de salud.

De esta manera, el presente Informe Defensorial pretende dar a conocer el funcionamiento del SIS y destacar los principales problemas que estarían impidiendo que éste logre cumplir plenamente con sus objetivos y, en consecuencia, presentar aspectos en los que se está vulnerando el derecho a la salud, contraviniendo incluso la propia visión del SIS.

Según las conclusiones del Informe, los investigadores han evaluado los aspectos más importantes del SIS. Ellos han conseguido observar el servicio de salud al que éstos dan acceso y el proceso de afiliación, mediante un estudio de demanda destinado a determinar los problemas que se producen con relación a la calificación socioeconómica con que se identifica a los posibles beneficiarios, por un lado, y si se respeta el derecho a la salud por medio de un análisis de sus cuatro elementos –disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad–, por el otro.

La categorización socioeconómica que se debe aplicar es un proceso fundamental para que el SIS alcance sus objetivos, es decir, que se logre focalizar en la población más pobre. Así, por ejemplo, se analiza el caso de Huancavelica, una región que, a pesar de su alto índice de pobreza extrema, muestra un bajo porcentaje de pobres extremos afiliados al SIS.

Asimismo, se da cuenta de casos de filtraciones al SIS, que se producen a pesar de que se trata de las regiones con los mayores índices de pobreza, lugares en donde, presuntamente, es más difícil que se produzca el error. Si bien es una tarea compleja llevar a cabo este proceso de categorización, es necesario buscar modos de limitar los posibles errores en su decurso. De lo contrario se estaría beneficiando, como sucede, a personas que no forman parte de la población–objetivo de esta política con recursos que, de por sí, ya son escasos, lo cual acarrea consecuencias en la calidad del servicio que se brinda a los beneficiarios, la que ya es deficiente.

La Defensoría es consciente de los límites que presenta el pleno ejercicio del derecho a la salud. Por un lado hay una serie de carencias en el servicio de salud que brinda el Estado y, para otorgar a todos los peruanos el acceso a éste, como se advierte en el presente Informe, el derecho a la salud de los usuarios se ve menoscabado en diferentes aspectos, como en la existencia de barreras de acceso económico, geográfico, a la información. Asimismo, además de problemas administrativos, se detecta tanto la falta de disponibilidad de bienes y suministros, como la de medicamentos o de equipos esterilizados. No sólo esto. También se ha comprobado la dificultad de la población para obtener los servicios por hallarse cerrados los establecimientos, o sin los especialistas que requieren. Sin embargo, a esta enumeración se suma un aspecto que reviste una extrema gravedad: los usuarios también perciben una falta de adecuación a su cultura, e inclusive se sienten discriminados.

A pesar de ello, la percepción con relación a la satisfacción del servicio es alta. Consideramos que ello se produce

porque la mayoría de los peruanos aún percibe los servicios de salud como un “favor” que el Estado otorga, y no como un servicio, y mucho menos como un derecho. En consecuencia, la posibilidad de contar con mecanismos en los que la población exija su derecho a la salud es aún difícil de alcanzar. Aquí hay, sin duda, un trabajo pendiente, tanto para el Estado como para la sociedad civil. Es necesario definir estrategias de sensibilización y promoción en la población sobre la necesidad de vigilar un servicio de atención en salud para luego lograr su participación, a través de la cual podremos, realmente, obtener la satisfacción de sus necesidades. Asimismo, el Estado necesita informar a la población sobre los cuidados necesarios a la salud porque esa es la única forma de prevenir los problemas de salud.

Es en razón de estos problemas que, con la única intención de contribuir a su solución, presentamos este Informe Defensorial. La Defensoría del Pueblo –especialmente, durante la actual gestión– ha asumido el derecho a la salud como una prioridad en su labor. Estamos convencidos de la importancia de priorizar este derecho, en tanto la salud es básica para lograr un país con mayores posibilidades de desarrollo y bienestar.

Esperamos que el Informe y sus recomendaciones sean tomados en cuenta para construir sistemas y políticas de salud más eficaces, para que lleguen a los más pobres y excluidos, reconociéndolos como sujetos de derechos, como peruanos con iguales oportunidades de desarrollo, con el propósito de construir un país más inclusivo y justo. La Defensoría del Pueblo, que ahora reafirma su compromiso, seguirá promoviendo y defendiendo los derechos constitucionales de todos los peruanos, en apoyo

Defensoría del Pueblo

del firme principio de que un país con salud y equidad
es un país con futuro.

Beatriz Merino Lucero
Defensora del Pueblo

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han desplegado una serie de esfuerzos desde la instancia estatal y la sociedad civil para transitar hacia un Estado democrático y lograr así la satisfacción de los derechos de las personas. Entre dichos esfuerzos encontramos, por ejemplo, la generación de espacios de concertación, los intentos de Reforma de Estado, el proceso de descentralización en marcha, el afianzamiento de la participación ciudadana, así como la elaboración de políticas que buscan reducir los niveles de pobreza.

En ese contexto, tras capitalizar el resultado de nuestras experiencias institucionales, la Defensoría del Pueblo ha adoptado una estrategia de actuación sustentada en un enfoque de derechos y orientada hacia las personas en situación de mayor pobreza y exclusión. En tal sentido, considerando que los derechos económicos, sociales y culturales integran un ámbito poco protegido –debido a las particularidades que se requieren para su satisfacción y a que son los que contribuirían a lograr la igualdad y equidad social de aquellos grupos sociales más excluidos y vulnerables–, la Defensoría del Pueblo se ha propuesto como línea prioritaria de acción la defensa y protección de éstos.

Un enfoque basado en derechos¹ supone que se atienda a particulares y comunidades desfavorecidas, que se posea

¹ Paul Hunt. Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. E/CN.4/2006/48. págs. 5 y 9.

mecanismos para una participación activa y documentada de dichos individuos y comunidades en las normas y políticas que los afectan, así como el establecimiento de mecanismos de supervisión y rendición de cuentas que sean eficaces, transparentes y accesibles para todos. Aplicado al derecho a la salud, ello supone contar con un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención en salud y los denominados factores determinantes de la salud,² que se estructure con relación a las prioridades nacionales y locales³ y sea accesible a todos.

Por todo ello, el derecho a la salud constituye una de las líneas de acción prioritarias para la Defensoría del Pueblo y, dentro de éste, aquellos temas que tienen como objetivo el servicio de salud de las personas en situación de pobreza y exclusión. El derecho a la salud incluye el deber de prevención y promoción de la salud, así como los aspectos restauradores de la atención que se brinda a los usuarios, con el objetivo de poder lograr la expansión y universalización del derecho a la salud, en especial a los grupos vulnerables en condiciones de pobreza y pobreza extrema, a fin de obtener el mejoramiento de su nivel de salud.

Debido a la escasez de recursos en el sector público, el financiamiento y la prestación de servicios de salud dependen en buena parte de los recursos económicos de

² De conformidad con el documento citado del Relator Especial, los factores determinantes abarcan aspectos tales como saneamiento adecuado, agua potable, educación en materia de salud, así como la pobreza y el desempleo.

³ Con relación a las prioridades de cada lugar, el Relator Especial de la Organización para las Naciones Unidas ha señalado que la participación inclusiva puede contribuir a garantizar que los sistemas de salud respondan a las necesidades de los grupos más vulnerables.

cada persona. Ello limita el acceso a la salud a quienes pueden afrontar parte de los costos, en tanto que quienes viven en pobreza y pobreza extrema carecen de la posibilidad de acceder a dichos servicios, lo que convierte a la salud, en el Perú, en un privilegio de pocos. En ello radica la importancia de un aseguramiento público, como el que brinda el Seguro Integral de Salud (SIS) ya que es un modo de superar la barrera de acceso económico en beneficio de los más pobres.

De esta manera, el SIS es una de las políticas más importantes para avanzar hacia el aseguramiento público de la población más pobre del país que presenta los mayores índices de enfermedad y mortalidad. Su creación respondió al reconocimiento de la necesidad de que el Estado abordase su obligación de proteger el derecho a la salud de la población más pobre y vulnerable.

I. El Seguro Integral de Salud (SIS)

En tal sentido, en enero del año 2002 se creó el Seguro Integral de Salud (SIS) como un Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, con personería jurídica de derecho público interno y autonomía económica y administrativa. El SIS surgió de la integración del Seguro Escolar Gratuito y del Seguro Materno Infantil, a fin de evitar duplicidades. Sin embargo, el SIS pretendió ser un subsidio más equitativo y completo, para lo que se incorporaron cambios en la población-objetivo.

Su misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual (en forma de subsidio público), de conformidad con la política

del sector,⁴ buscando beneficiar a los más pobres. Para ello, el SIS ha desarrollado un proceso de identificación y categorización de los potenciales beneficiarios, para luego asignarlos y afiliarlos en el plan de beneficios que les corresponde,⁵ y así tengan acceso a los servicios de salud. Es decir, se trata de una estrategia contra la pobreza que permite reducir las barreras económicas de acceso a los servicios de salud, en favor de la población que se encuentra en situación de pobreza y pobreza extrema.

Para ello, dentro de la población que vive en situación de pobreza, el SIS considera como prioridad al binomio Madre–Niño y a los adultos focalizados. Sus estrategias de apertura–cobertura dependen de la capacidad de identificar con la mayor exactitud posible su población–objetivo, reduciendo las filtraciones y su refinanciamiento.

En razón de las prioridades, mencionadas anteriormente, la Defensoría del Pueblo a partir de las quejas, petitorios y consultas formuladas ante las Oficinas Defensoriales a nivel nacional, ha constatado que, en la actualidad, se están presentando problemas relacionados con el SIS que abarcan problemas de tipo normativo, falta de accesibilidad de los sectores más vulnerables, demanda de mayor calidad en la atención, entre otros.

Asimismo, teniendo en cuenta que uno de los lineamientos de política presentados como parte del Plan de Gobierno 2006–2011 es trabajar por el aseguramiento universal en salud, la Defensoría del Pueblo considera que constituye una tarea importante dar cuenta de dichos problemas,

⁴ Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud. Artículo 33°, inciso c.

⁵ Directiva N° 030-MINSA-V.01. Aprobado por RM N° 186-2004/MINSA

recogerlos en el presente documento a fin de aportar diferentes perspectivas y recomendaciones, que deberían ser recogidas en las nuevas políticas que serán necesarias para lograr el referido acceso universal a los servicios de salud.

II. Competencia de la Defensoría del Pueblo y Objetivos del Informe

De conformidad con el artículo 162° de la Constitución y el artículo 1° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, este organismo se encuentra facultado como un órgano constitucional autónomo encargado de la defensa de los derechos constitucionales y fundamentales de las personas y de la comunidad, así como de la supervisión de la administración estatal. En tal sentido, el presente informe busca analizar el SIS con relación al servicio que se brinda a través de éste y si dicho servicio está llegando a quienes se ha propuesto como su objetivo.

Por su parte, el artículo 26 de la mencionada ley le confiere a la Defensoría del Pueblo atribuciones para emitir resoluciones con ocasión de sus investigaciones a efectos de formular, tanto a las autoridades como a los funcionarios y servidores de la administración del Estado, advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales y sugerencias para la adopción de nuevas medidas.

En razón de este marco normativo, corresponde a la Defensoría del Pueblo velar por la vigencia del derecho a la salud, contemplado en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, así como supervisar la labor del Estado en el cumplimiento de sus obligaciones relacionadas con

este derecho. Por consiguiente, en el marco de sus funciones y de acuerdo a las prioridades establecidas, la Defensoría del Pueblo considera necesario llevar a cabo la evaluación del SIS a fin de realizar las recomendaciones que considere pertinentes.

Sobre la base de tales consideraciones, los objetivos del presente informe son los siguientes:

1. Determinar los problemas que se producen en la calificación Socioeconómica que se produce a fin de poder acceder a una atención de salud a través del SIS en los tres niveles de atención.
2. Determinar si la atención brindada por el SIS respeta los elementos del derecho a la salud, analizando el proceso de afiliación al seguro y el servicio brindado a la población.

III. Estructura del presente Informe Defensorial

Para llevar a cabo el presente informe se ha reunido información procedente de diversas fuentes. En tal sentido, las Oficinas Defensoriales han informado sobre las quejas más importantes que han recibido relacionadas con el SIS, así como información que nos ha proporcionado el propio SIS con relación a aspectos generales, el número de afiliados, las atenciones que se brindan, así como con relación al presupuesto que maneja. Por otro lado, se consideró necesaria la realización de consultorías,⁶ que

⁶ “El Enfoque de Derechos en Salud y Pro Pobre Aplicado al Estudio de la demanda atendida por el Seguro Integral de Salud”. Perú, 2006. Consultor: Juan Alberto Ligarda Castro. “El Enfoque de Derechos en Salud y Pro pobres aplicado al Estudio de la Demanda Atendida por el

fueron posibles en el marco del Proyecto de Fortalecimiento Institucional de la Defensoría del Pueblo para la Protección de los Derechos Humanos en Salud apoyado por el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido.

Dichas consultorías forman también la base del presente informe. Aquí se recoge, sobre todo, la información de la consultoría denominada “El Enfoque de Derechos en Salud y Pro Pobre Aplicado al Estudio de la demanda Atendida por el Seguro Integral de Salud”, que evalúa la demanda atendida por el SIS desde un enfoque de derechos en las regiones calificadas con el mayor índice de población que vive en pobreza y pobreza extrema.⁷ Este estudio se llevó a cabo mediante el empleo de metodologías de evaluación Socioeconómica vigentes, tales como el Índice de Bienestar Económico de Hogares (IBEH) y un estudio descriptivo, cuantitativo, cualitativo y comparativo realizado a partir de una serie de entrevistas a personas subsidiadas por el SIS en diferentes establecimientos de salud del MINSA. Bajo el mismo

Seguro Integral de Salud – Perú 2004”. Febrero, 2005. Consultor: Dra. Lourdes Martínez Ramos. “El enfoque de Derechos en el análisis de coherencia de la normatividad y los instrumentos de gestión del Seguro Integral de Salud (SIS), Perú 2004”. Noviembre, 2004. Consultor: Juan José Figueroa. “Enfoque de Derechos y de Pobreza en el análisis del financiamiento del Seguro Integral de Salud, 2003”. Febrero, 2005. Consultor: Janice Natalie Seinfeld Lemlig.

⁷ El estudio realizado por la consultoría abarca, en un primer momento, la demanda atendida por el SIS en los departamentos de Puno, Huancavelica y Lima. Los resultados sirvieron como referencia para ampliar el estudio en un segundo momento a los departamentos de Cajamarca y Huánuco. Otra consultoría utilizada en el presente informe es “El Enfoque de Derechos en el Análisis de Coherencia de la Normatividad y los Instrumentos de Gestión del Seguro Integral de Salud (SIS), Perú 2004”, realizada por Juan José Rosales Figueroa, con asesoría y revisión de Danilo Fernández Borjas.

esquema, este análisis se realizó en el 2004 y posteriormente en el 2006, lográndose una comparación de sus resultados.

En tal sentido, el estudio examina la demanda atendida por el SIS desde el enfoque de Derechos en Salud y pro pobres, mediante la evaluación Socioeconómica y la identificación de las percepciones de protección, promoción y respeto al derecho en salud de una serie de casos atendidos por el SIS en los tres niveles de atención: Centros–Puestos de Salud, Hospitales Regionales–Departamentales y Hospitales Nacionales.

En razón de toda esta información recopilada, el presente informe presenta en un primer capítulo un análisis sobre la situación de la pobreza en el Perú, en el cual se enmarca la política que establece el SIS, así como el marco legal tanto internacional como nacional del derecho a la salud. Luego, en el segundo capítulo se presenta el análisis del proceso de afiliación al SIS, de su normativa y aspectos relacionados con su presupuesto, centrándose en ciertos problemas que se advierten en el sistema con la ejecución de sus fondos.

Los siguientes tres capítulos incluyen el análisis de los resultados de la consultoría “El Enfoque de Derechos en Salud y Pro Pobre Aplicado al Estudio de la demanda Atendida por el Seguro Integral de Salud”: en el tercer capítulo se detalla la metodología utilizada. El cuarto capítulo da cuenta, a partir de la muestra, de la evaluación realizada sobre la evaluación Socioeconómica que lleva a cabo el SIS y los problemas que de ello se desprenden, determinando a su vez la proporción de pobres y pobres extremos que son atendidos. En el quinto capítulo se analizan las entrevistas realizadas, a partir de los

elementos del derecho a la salud, algunos problemas referidos al proceso de afiliación y a la atención recibida, lo cual se complementa con algunos de los casos que se han presentado a la Defensoría del Pueblo.

Así, pues, el presente informe pretende evidenciar aquellos problemas que estarían afectando el buen funcionamiento del SIS, no permitiendo que cumpla con su función y los objetivos para los que fue creado. Por otro lado, en el informe se evalúan algunas de las causas de las deficiencias del servicio de atención de salud que ofrece el SIS y que reflejan problemas en el servicio que presta el Ministerio de Salud.

CAPÍTULO I

DERECHO A LA SALUD

El deterioro de las condiciones de vida y los altos índices de pobreza hacen necesario tener políticas a favor de esta población tan afectada. Es imprescindible que estas políticas sean diseñadas y ejecutadas en un marco de derechos, a partir de las cuales se cumpla con las obligaciones que los Estados han asumido a nivel internacional. En un esfuerzo por llevar ello a cabo, el SIS es la respuesta del Estado peruano a la necesidad de brindar atención de salud a quienes viven en situación de pobreza.

En tal sentido se debe tomar en consideración, para dichas políticas, que el derecho a la salud es un estado indivisible y constitutivo de la persona. Es decir, se trata de un estado consustancial, que implica tanto un derecho de las personas a que se respete su salud como un deber del Estado de defenderla, protegerla y promoverla.

Tanto la pobreza como el concepto del derecho a la salud y las obligaciones que de éste devienen son elementos de vital importancia para una política como la del SIS y suponen el marco conceptual y legal del cual, según consideramos, debe partir. Por ello, a continuación presentamos algunas consideraciones al respecto.

1.1. Salud, pobreza y desarrollo humano

Definir la pobreza es una tarea compleja en vista de que depende del análisis de una serie de factores como la

situación Socioeconómica del área o región, los patrones culturales que expresan el estilo de vida, y la definición incluso puede ser hasta subjetiva; es decir, es relativa. En forma general, la pobreza se puede definir como la carencia de recursos para satisfacer las necesidades de una persona, o personas específicas, que no tengan la capacidad y oportunidad de producir esos recursos necesarios. En tal sentido, la pobreza se puede medir en función del ingreso de las familias, de su gasto o consumo tomando como referencia una canasta mínima, o carencias o necesidades de aspectos tales como infraestructura, acceso a servicios, etc.

Este fenómeno se traduce, sobre todo, en las grandes brechas que se observan en el acceso a bienes y servicios básicos, y es consecuencia en los procesos económicos del Estado. Es decir, se puede considerar que el concepto de pobreza alude a la insatisfacción de un conjunto de necesidades consideradas esenciales por un grupo social específico y que reflejan el estilo de vida de esta sociedad.⁸

Según el Banco Mundial, 1,100 millones de personas –la quinta parte de la población mundial– viven con menos de un dólar al día, y que 2,600 millones de personas viven con menos de dos dólares diarios. Sin embargo, la pobreza tiene más dimensiones que la mera falta de ingresos. Los pobres son vulnerables a las crisis económicas, los

⁸ Cabe subrayar que, para efectos del presente informe, como se explicará más adelante, los elementos que se toman en cuenta para la calificación de pobreza se han utilizado a partir del sistema que el propio SIS aplica para determinar la condición Socioeconómica de los afiliados. En tal sentido, se evalúan tres parámetros fundamentales: (i) tenencia de bienes; (ii) características sociodemográficas; (iii) características de la vivienda. Este se denomina Índice de Bienestar Económico de Hogares (IBEH).

desastres naturales, la violencia y la delincuencia y, a menudo, se les niega acceso a la educación, vivienda, servicios adecuados de salud, agua limpia y saneamiento. Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a cumplir en el 2015 es reducir a la mitad la extrema pobreza a nivel mundial a partir del nivel alcanzado en 1990, lo que significa que en el 2015 sólo el 10% de la población de los países en desarrollo vivirá con un dólar al día o menos, comparado con el 28% de 1990.⁹

Para definir la pobreza se deben considerar dos categorías: puede ser relativa o absoluta. Cuando se habla de a pobreza relativa se debe circunscribirla a situaciones geográficas, ambientales, sociales, etc., pues en ella inciden varios factores significativos con los que se evalúan diferentes niveles y estándares, subdividiéndola en pobreza educativa, pobreza de servicios, pobreza de salud, etc. En cambio, se estipula que en el ámbito de la pobreza absoluta se debe diferenciar a los pobres de los no pobres, estableciendo una canasta mínima, de consumo representativo de las necesidades de la sociedad que se pretende analizar. Esta metodología permite detectar la pobreza crítica y, dentro de ella, a la pobreza extrema.

La línea de pobreza crítica se determina en base al costo total de la canasta de consumo, que incluye los gastos de alimentación, vivienda, salud, vestido y otros, mientras que la línea de pobreza extrema considera sólo los gastos de alimentación. Esta metodología utiliza el porcentaje de pobreza de una población, el cual indica qué proporción de los hogares tienen ingresos que están por debajo de la Línea de Pobreza. Un hogar estará en condición de pobreza si sus ingresos no logran cubrir el costo de esta

⁹ Véase <http://www.bancomundial.org/> En Noticias–pobreza.

canasta básica de consumo, y en pobreza crítica cuando no cubre su canasta básica alimentaria, necesaria para satisfacer los requerimientos calóricos y proteicos de los individuos que conforman un hogar.¹⁰

El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) ha implicado un importante aporte para la identificación de ciertas carencias críticas de la población y la caracterización de la pobreza. Las propuestas de medición de la pobreza a partir del NBI son: 1. El enfoque bidimensional y el método integrado, y 2. El método NBI y la estimación de ingresos a partir de los censos. Existen ciertas variables censales que aparecen en forma recurrente en los mapas de pobreza de América Latina, y que se consideran como las mejores opciones dentro de la información disponible para representar las necesidades de vivienda, condiciones sanitarias, educación y capacidad económica. Por ejemplo, para medir el acceso a una vivienda apropiada se utilizan dos variables: los materiales de construcción empleados y el grado de hacinamiento de los miembros del hogar. Para evaluar las condiciones sanitarias se requiere utilizar dos variables: el acceso al agua potable y la disponibilidad de un sistema de eliminación de excretas. La inasistencia de algún miembro en edad escolar a un establecimiento educativo es la variable generalmente utilizada para dar cuenta del acceso a educación en el hogar. Por último, el indicador que muestra la capacidad económica del hogar se suele construir en base a una combinación entre el nivel educativo del jefe de hogar y la relación numérica entre perceptores y no-perceptores de ingresos.¹¹

¹⁰ Riutort, Matías. La pobreza en el trienio 1999-2001.

¹¹ Fuente: CEPAL/ PNUD (1989).

Como es evidente, la medición de la pobreza ha resultado ser una actividad compleja, haciendo la tarea del Seguro Integral de Salud (SIS) sumamente difícil, por lo que es imprescindible, a fin de focalizar adecuadamente los escasos recursos, contar con criterios claros para la clasificación, así como mecanismos de supervisión con la capacidad de advertir filtraciones.

Así, se utilizan preferentemente dos aproximaciones metodológicas: el método de ingreso (o de las líneas de pobreza) y el método directo de los indicadores sociales, cuya modalidad más difundida en los últimos años ha sido la de los denominados “mapas de necesidades básicas insatisfechas”.¹² Estos se estiman en los censos de población y vivienda, en tanto que las estimaciones por las líneas de pobreza se elaboran sobre la base de las encuestas de hogares. En ambos casos se cuenta con un esquema metodológico y una cierta matriz operacional.¹³

Sin embargo, para algunos autores, la pobreza va más allá de lo anteriormente citado. La definición de pobreza es considerada como una condición más general de privación humana, de seres humanos que viven en condiciones que consideramos inadecuadas, y que tales condiciones de privación no se limitan a los ingresos. Por ello, el nuevo concepto de pobreza, o mejor dicho ‘Pobreza Humana’, está relacionado con capacidades y pretende abordar el problema de la pobreza más allá de cuestiones redistributivas del ingreso o cuestiones de explotación. Depende, más bien, de las capacidades que requieren los seres humanos para desenvolverse en la sociedad, lo que

¹² Pérez, Juan Carlos. Notas sobre la medición de la pobreza según el método del ingreso.

¹³ Miraval-Rojas, Edgar J. La Salud Pública y la Pobreza en el Perú 2005.

involucra cuestiones tales como: qué tan sanos son, cuánto conocimiento tienen, qué ingresos perciben, a qué espacios de participación social acceden, entre otras. Aunque estos conceptos pueden parecer un tanto abstractos y difíciles de medir, Amartya Sen, premio Nobel de Economía 1998, quien formuló este concepto de pobreza por capacidades, sostuvo que *“la pobreza debe concebirse como la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos...”*¹⁴

Cuando se habla de pobreza se debe hablar del **desarrollo humano**, entendido como el proceso de ampliación de las opciones de la gente y el nivel de bienestar que logra como resultado de una serie de factores que inciden en el nivel de desarrollo social. Se considera tres opciones esenciales: vivir una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para obtener un nivel decente de vida. El **desarrollo humano** no concluye ahí. Otras opciones a las que muchas personas asignan gran valor son tanto la libertad política, económica y social como las oportunidades para tener una vida digna, sana, saludable, creativa, productiva, y disfrutar del respeto por sí mismo y de la garantía de los Derechos Humanos.

En 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publicó por primera vez el Informe de Desarrollo Humano en respuesta a la necesidad de ampliar la visión del desarrollo y medir los avances de las naciones en el bienestar de su población en aspectos básicos para el ser humano. En este primer informe se presentó el concepto y la medición del Desarrollo Humano:

¹⁴ En http://www.eumed.net/cursecon/economistas/textos/Sen-capacidad_y_bienestar.htm. (Sen 2000: 106).

- Un desarrollo que no sólo busca generar crecimiento económico, sino que distribuye sus beneficios en forma equitativa.
- Un desarrollo que fortalece a los más pobres y no los margina.
- Un desarrollo que guarda armonía con la conservación del medio ambiente.
- Un crecimiento que prioriza a los más pobres, aumentando sus capacidades y oportunidades y dándoles participación en las decisiones que los afectan.
- Un desarrollo que es pro-pobres, pro-naturaleza, pro-empleo y pro-mujeres.

El Informe de Desarrollo Humano introduce también el Índice de Desarrollo Humano, que es una medición por país, basado en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable (medida según la esperanza de vida al nacer), educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria) y nivel de vida digno (medido por el PIB per cápita en USD). Según el informe sobre Desarrollo Humano 2005, uno de los principales obstáculos para el desarrollo humano es la extrema desigualdad existente entre los países y al interior de ellos, situación que además constituye un poderoso freno al progreso más acelerado en favor de los ODM.

Desde entonces, el Informe de Desarrollo Humano se ha convertido en un espacio de reflexión y debate para Gobiernos, Agencias internacionales, Agencias No Gubernamentales y sociedad civil. Asimismo se ha convertido en un instrumento de monitoreo que ha permitido medir los progresos en el desarrollo humano a

nivel mundial o fijar metas a este respecto en los países. De una lista de 177 países a nivel mundial, el Perú ocupa el puesto 82 con un Índice de Desarrollo Humano medio de 0,767. En América Latina nos encontramos por encima de países como Guatemala, Bolivia y Ecuador, y por debajo de Cuba, México, Brasil, Colombia, entre otros.

El desarrollo es el proceso hacia el bienestar. Implica un crecimiento hacia el mejoramiento del nivel de vida o bienestar de los seres humanos. Las características del Desarrollo Humano son:

1. Elevada capacidad productiva, determinada por una compleja estructura de producción industrial, competitiva y rápida en la readecuación de su producción;
2. Elevados niveles de ingreso y consumo per cápita, así como bienestar social extendido a la mayor parte de los sectores sociales;
3. Grado de utilización (y eficiencia en el uso) de las llamadas modernas tecnologías de producción disponibles;
4. Elevado nivel de la población económicamente activa.

A partir de estas características surge la clasificación muy conocida por la cual existen países desarrollados y otros que serían subdesarrollados o tercer mundistas, es decir, aquellos que no cumplen con las características del desarrollo.

Table 1: Peru's human development index 2004¹⁵

HDI value	Life expectancy at birth	Adult literacy rate	Combined primary, secondary and tertiary gross enrolment ratio	GDP per capita
	(years)	(% ages 15 and older)	(%)	(PPP US\$)
1. Norway (0.965)	1. Japan (82.2)	1. Georgia (100.0)	1. Australia (113.2)	1. Luxembourg (69,961)
80. Armenia (0.768)	90. Samoa (Western) (70.5)	64. Dominica (88.0)	35. Singapore (87.3)	90. Lebanon (5,837)
81. China (0.768)	Thailand (70.3)	65. Malta (87.9)	36. Bolivia (86.5)	91. Cape Verde (5,727)
82. Peru (0.767)	92. Peru (70.2)	66. Peru (87.7)	37. Peru (86.4)	92. Peru (5,678)
83. Ecuador (0.765)	93. Bahamas (70.2)	67. Turkey (87.4)	38. Poland (86.0)	93. Dominica (5,643)
84. Philippines (0.763)	94. Egypt (70.2)	68. Dominican Republic (87.0)	39. Switzerland (85.7)	94. Swaziland (5,638)
177. Niger (0.311)	177. Swaziland (31.3)	128. Mali (19.0)	172. Niger (21.5)	172. Sierra Leone (561)

Por ello es importante que el Estado adopte acciones integradas e interrelacionadas en los diferentes focos de desarrollo, transformándolo en espirales ascendentes, utilizando como punto de partida las potencialidades y los activos de la comunidad, reforzados por los Derechos Humanos y, por ende, por el Derecho a la Salud, con principios de democracia, equidad, igualdad, solidaridad, acceso a la información y participación social.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el objetivo del desarrollo humano es ampliar las libertades y las opciones. La pobreza y la discriminación restringen la libertad y privan a las personas de oportunidades de ejercer sus derechos humanos fundamentales. Por ello, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas se basa en el enfoque de los derechos humanos para eliminar la pobreza y las privaciones. Debido a que los derechos humanos son interdependientes y se refuerzan mutuamente, pueden establecer un círculo

¹⁵ Véase Human Development Report 2006 en http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/countries/country_fact_sheets/cty_fs_PER.html

virtuoso que impida superar la pobreza, pero también puede facultar a las personas para superarla.¹⁶

Al respecto, el Banco Mundial, en su estudio *A New Social Contract: An Agenda For Improving Education, Health, and the Social Safety Net In Peru*, ha afirmado que “la evidencia de desigualdad en el acceso de los pobres a la salud es abundante y variada. El acceso a la atención de salud es proporcional al nivel de ingreso: un pobre tiene 4,8 veces más probabilidad de no ser atendido que un rico. Más aún, la población sin protección de un seguro de salud alcanza el 48,4 por ciento, y el ciudadano financia con su bolsillo el 32,9 por ciento del sistema; de este monto, la mayor parte va a medicamentos”.¹⁷

Un enfoque basado en los derechos humanos asigna prioridad a los grupos más empobrecidos y marginados. La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos proporciona a los países las guías que se requiere para aplicar el enfoque basado en los derechos humanos al formular políticas de reducción de la pobreza, para lo cual es necesario ampliar los medios de acción de los pobres. Un enfoque basado en los derechos humanos reconoce que las personas son **titulares de derechos**, y esto implica la existencia de otras personas **obligadas a asegurar la vigencia de los derechos**. Los Gobiernos, responsables de asegurar la vigencia de esos derechos, también son responsables del cumplimiento de las normas internacionales de derechos humanos. Para ello establecen leyes, políticas, programas y sistemas equitativos que posibiliten el ejercicio de sus derechos por las personas,

¹⁶ Véase <http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch3/index.htm>

¹⁷ Banco Mundial. *A New Social Contract: An Agenda For Improving Education, Health, and the Social Safety Net In Peru*. Enero, 2006, p. 191.

así como el recurso a la justicia, en caso de vulneración de esos derechos.¹⁸

En el Perú, la pobreza limita las oportunidades y el acceso a los servicios de salud. El estudio “**Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud Perú 1985-2002**”¹⁹ muestra que, en el año 2000, del total de personas con síntomas de enfermedad y necesidad de consulta que no lograron acceder a los servicios de salud, el 82% señala que la falta de recursos económicos constituye el principal motivo de la no consulta. Asimismo, indica que no sólo existe una relación casi lineal y directa entre el nivel de ingreso de las personas y su utilización de servicios de salud, sino que la población pobre que accede a la consulta del MINSA lo hace mayormente en el primer nivel de atención, es decir, en postas y centros de salud, y en mucha menor medida en los niveles de mayor complejidad, es decir, hospitales de mayor nivel. Por otro lado, el nivel de pobreza en el Perú, en tanto factor que limita el acceso a los servicios de salud de una parte mayoritaria de la población, da origen a una significativa demanda reprimida oculta.

Se debe tener en cuenta que la responsabilidad de la salud no sólo le concierne al Ministerio de Salud, sino también a otros sectores que tienen gran incidencia en la determinación de las condiciones sanitarias de la población (educación, provisión de agua, entre otros), por lo que se requiere que el Estado en su conjunto formule políticas saludables con enfoque de derechos, que garanticen el pleno ejercicio de este derecho.

¹⁸ Véase <http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch3/index.htm>.

¹⁹ Ministerio de Salud–Organización Panamericana de la Salud. **Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud. Perú 1985-2002**. Lima, septiembre del 2003. Citado en: OPS/OMS. **Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000**. Noviembre, 2003.

En este marco, y con el propósito de hacer frente a la imposibilidad de acceder a los servicios de salud de la población más pobre es que se creó el Seguro Integral de Salud (SIS), que busca atender a esa población, brindándoles un servicio de calidad y con ello hacer frente a esta problemática. No obstante ello, como veremos en el transcurso del presente informe, los escasos recursos con que se cuenta no cubren todas las necesidades y, si se analizan los problemas desde un enfoque de derechos, se tornan evidentes las deficiencias que existen en el sistema de atención de salud, y queda claro que quienes sufren dichas falencias son los más pobres. En ello radica la importancia de buscar soluciones a mediano y largo plazo de los problemas por los que atraviesa el sector y no sólo trabajar para que todos los peruanos y peruanas gocen de un acceso formal a la referida atención.

1.2. Marco legal

El concepto de salud abarca, pues, la dimensión central de la calidad de vida y es por ello que la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la que recoge de modo más integral estos aspectos, al identificar a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente debe ser entendido como la ausencia de afecciones o de enfermedad”*.²⁰ En tal sentido, *“la salud involucra entonces actividades de prevención, promoción y protección e implica un enfoque integral en donde se incluyen los entornos físico y social y los demás factores relacionados con la existencia”*.²¹

²⁰ En <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/hppDefinition.htm>.

²¹ Oscar Parra. **El Derecho a la Salud en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales**. Bogotá: Defensoría del Pueblo de Colombia, 2003, p. 38.

De conformidad con lo señalado en el Informe Defensorial N° 87, para analizar el derecho a la salud, en primer lugar debemos referirnos al marco normativo internacional. En éste contamos con diversos instrumentos ratificados por el Estado, de donde nace una serie de obligaciones y responsabilidades. En tal sentido, cabe destacar que entre dichos instrumentos se encuentran la Declaración Universal de los Derechos Humanos,²² el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales,²³ así como la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos,²⁴ entre otros.²⁵

²² La Declaración Universal de derechos Humanos establece, en su artículo 25.1, que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”.

²³ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala, en su artículo 12.1, que “Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

²⁴ En el ámbito regional, mediante el artículo 24° de la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos se establece: “*Cumplir y hacer cumplir los derechos y las obligaciones consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en particular el de adoptar las medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que se disponga, para lograr progresivamente, a través de los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos humanos reconocidos en el Pacto, entre ellos: (...)7. Al más alto nivel posible de salud física y mental. (...)*”

²⁵ Asimismo, se encuentra reconocido en el artículo 11° de la Declaración Americana de Derechos Humanos y Deberes del Hombre; en el artículo 10° del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (DESC); en el artículo 10° del Protocolo de San Salvador, establecido en la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (DESC), y demás organizaciones en este ámbito.

En tales normas se define el contenido del derecho a la salud, del cual se desprenden las obligaciones estatales. Ello, a su vez, ha sido desarrollado con mayor detalle por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.²⁶ Estas disposiciones son las directrices para la interpretación de nuestro ordenamiento interno de conformidad con la Cuarta Disposición Final y Transitoria en la Constitución Política del Perú.

Así, tal como se indica en la referida observación general, el derecho a la salud, como los demás derechos, impone tres niveles de obligaciones a los Estados: la obligación de respetar, proteger y cumplir. Las obligaciones de respetar suponen que los Estados se abstengan directa o indirectamente de acciones que vayan contra el disfrute del derecho, en tanto que las de proteger suponen la adaptación de todas las medidas necesarias para prevenir violaciones del derecho por parte de terceros, por ejemplo, tomar las medidas para que una privatización del sector no genere una vulneración. Por último, las obligaciones de cumplir o realizar (facilitar, proporcionar y promover) requieren que el Estado adopte las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y de otra índole que se requiera para lograr la efectividad del derecho.

Este marco de obligaciones se ve delimitado por el contenido de cada derecho. En tal sentido, para lograr la realización –en este caso, del derecho a la salud–, el “*punto de partida [es] el sistema que organice el Estado para responder a la demanda de servicios de la comunidad (...)*,”

²⁶ Comentarios Generales. Para el derecho a la salud, Comentario General 14.

*lo cual significa que requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura”.*²⁷

De lo señalado anteriormente se desprende que, entre las obligaciones a cargo del Estado con relación al derecho a la salud, entre otras, hay que mencionar la de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud, los cuales deben ser brindados con calidad y de manera integral. En la medida en que dicho acceso debe ser equitativo y que se requiere poner énfasis en aquellos grupos de la población que se encuentran en situación de vulneración, se deben diseñar e implementar políticas en su favor.

En lo que corresponde al ordenamiento interno, la protección del derecho a la salud abarca:

La Constitución Política del Perú, que reconoce y protege este derecho y establece en su artículo 7° lo siguiente:

“Todos tiene derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa (...)”.

Además, los artículos 9°, 10° y 11° contienen claras obligaciones que orientan la labor del Estado para garantizar la efectividad del derecho a la salud. Así tenemos, por ejemplo, que aquél es responsable de diseñar la política nacional de salud, así como regular y supervisar su aplicación.²⁸

²⁷ Parra, Oscar. **Op. cit.**, p. 39.

²⁸ Artículo 9.– *“El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”.*

La Ley General de Salud N° 26842 establece que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley, señalando el carácter irrenunciable del derecho a la protección de la salud, así como la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. Menciona también la reforma de prestación de servicios del sector del sector a través de modificaciones en los procesos de asignación del gasto y de descentralización de los servicios de atención primaria. En este marco se iniciará los programas de acceso a los servicios de salud para atender prioritariamente a madres y niños.

Asimismo, el artículo I del Título Preliminar de la misma norma precisa que la salud es indispensable para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y su artículo 1 reconoce el acceso libre de toda persona a las prestaciones de salud.

Por todo ello, *“el derecho a la salud implica tanto un derecho de las personas a que se respete su salud, como un deber de defenderla. (...) En el caso del Estado, [supone] deberes positivos como los que implica la política nacional de salud y el facilitar a todos el acceso equitativo a estos servicios”*.²⁹ En tal sentido, el SIS supone una política que busca poner un servicio a disposición de un grupo de la población que, de otro modo, no podría acceder a él debido a barreras económicas. Consideramos que

Artículo 10.– *“El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social para su protección frente a las contingencias que precise la ley para la elevación de su calidad de vida”*.

Artículo 11º.– *“El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento”*.

²⁹ Informe Defensorial N° 87: “El Derecho a la Salud y a la Seguridad Social: Supervisando establecimientos de salud”, p. 21.

dicha política y dicho servicio deben ser evaluados desde la normativa aquí presentada y de los elementos del derecho a la salud, a fin de precisar cómo se está avanzando para lograr el referido acceso equitativo.

En este orden de ideas, el Ministerio de Salud creó el SIS, destinado a garantizar el acceso a la atención de los grupos vulnerables que se encuentran en pobreza y pobreza extrema, a los que resulta imposible acceder a servicios de salud de otro modo. Por todo ello, consideramos de gran importancia, en el marco de las funciones de la Defensoría del Pueblo, realizar un balance de esta política desde el enfoque del derecho a la salud, a fin de mostrar cómo está siendo vulnerado este derecho y evidenciar la necesidad de políticas claras que mejoren el servicio de atención de salud.

1.3. Elementos esenciales del derecho a la salud

El contenido de la salud, como derecho reconocido y protegido en normas internacionales y en nuestra Constitución Política, está conformado por elementos esenciales contenidos en documentos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), y con ciertos principios orientadores³⁰ de la política de salud, que constituyen la base del ordenamiento jurídico y deben estar presentes en toda política. Estos elementos son:

- **Disponibilidad.** Se refiere al número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de

³⁰ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006.

programas. Todos los servicios en mención deben contar con la implementación necesaria para posibilitar un adecuado funcionamiento de los usuarios y “(...) exige, entonces, la construcción, el mantenimiento y el desarrollo tanto de un sistema como de una infraestructura que hagan posible la efectividad del derecho a la salud a través de instituciones y procedimientos.”³¹ En buena cuenta, supone todas aquellas medidas que se requiere para satisfacer la demanda de necesidades de salud.

- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado–Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - No discriminación
 - Accesibilidad física
 - Accesibilidad económica (asequibilidad)
 - Acceso a la información

- **Aceptabilidad.** Con la idea de que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser culturalmente apropiados y respetuosos de la ética médica. Asimismo, el acceso a la información debe ser adoptado de manera restrictiva, situación que permitirá a los usuarios acceder a cualquier tipo de información. Así, la *aceptabilidad* “toma en cuenta los condicionamientos éticos y culturales que la sociedad, en un momento determinado, asume frente al bienestar físico y mental”.³²

³¹ Parra, Oscar. **Op. cit.**, p. 65.

³² **Ibid.**, p. 261.

- **Calidad.** Además de aceptables, desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Para ello se demanda una adecuada capacitación a los profesionales de la salud, y contar con el equipo indispensable para operar en el trabajo. Este es el elemento que garantiza la realización plena del derecho a la salud, por lo que es indispensable que se posean mecanismos de control, evaluación y seguimiento de los servicios y que ellos se vean retroalimentados por la opinión de los usuarios.

Como se puede apreciar, sobre todo en los dos últimos elementos, la participación ciudadana es importante para actualizar las necesidades de la población. En el caso de la participación colectiva se requiere de la organización de la sociedad civil activa que permita adoptar decisiones relativas a los temas de salud. La participación individual se refleja en aspectos como el consentimiento informado. Dicha participación debe ser regulada a fin de que se dé organizadamente.

1.4. Principios orientadores de las políticas de salud

Ahora bien, con relación a los principios orientadores de las políticas de salud, debemos mencionar los siguientes, de conformidad con su aplicación al presente informe, que son:

- a) **Solidaridad.** La política de salud promueve la solidaridad del conjunto de la sociedad con los sectores más empobrecidos. De esta manera, alienta todas aquellas actividades que generen un beneficio

al mayor número de personas, satisfaciendo así sus intereses y promoviendo el bienestar.

Mediante este principio fundamental, la sociedad en su conjunto garantiza y asume la responsabilidad de cubrir las necesidades de las personas que poseen recursos para que éstas puedan acceder a un seguro de salud.

- b) Universalización del acceso a la Salud.** Se busca asegurar una cobertura real de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a toda la población, con vistas a lograr que los servicios satisfagan las condiciones de accesibilidad económica, geográfica y cultural para todos los habitantes, asegurando la disponibilidad y la suficiencia de recursos físicos, humanos y financieros, así como la aceptación del servicio por parte de la población.
- c) La Integridad de la Persona y la atención.** Afirmamos la necesidad de integridad en el modelo de atención, en el sistema de salud y en el cuidado de la salud. En el primer caso, el principio implica comprender a la persona como un todo; en el segundo caso, integrar a los subsectores públicos y el subsector privado; en el tercer caso, integrar los aspectos preventivos y asistenciales como centro del sistema del cuidado de la salud.
- d) La eficacia y eficiencia de la salud.** Se busca un sector Salud eficaz en el cumplimiento de sus funciones y eficiente en el uso de los recursos públicos y privados, además de las mejoras en la atención de la salud.

- e) **La calidad de la atención.** La política de salud promueve como eje prioritario la satisfacción de los usuarios y la protección de la dignidad humana. Una expresión de la calidad de la salud es la integridad de la atención, en tanto que las acciones relativas a la promoción, prevención y atención son necesarias para garantizar la eficacia y eficiencia de la atención.

- f) **La equidad.** Principio elemental de la justicia social que busca reducir la brecha que existe entre los sectores pobres y ricos del país. Esto significa priorizar acciones entre los sectores más pobres del país. Asimismo se requiere un compromiso de equidad para favorecer, mediante el SIS, el acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones de menores ingresos.

Estos elementos y principios permiten hacer efectivo el derecho a la salud, constitucionalmente protegido, asegurando que la población de menores recursos pueda acceder a un seguro que le brinde los servicios necesarios para su atención.

Dicha situación ha sido reconocida, como se verá más adelante, en el Acuerdo Nacional del 22 de julio del 2002, al reconocer que el desarrollo humano integral, la superación de la pobreza y la igualdad de acceso a las oportunidades para todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, constituyen el eje principal de la atención del Estado.

1.5. Política estatal

Asimismo, respecto de los lineamientos de Política 2002-2012 que orientan las políticas de salud en el país es importante mencionar el segundo de ellos:

“Atención Integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (Seguro Integral de Salud- SIS, EsSalud, otros). “Refiere que para lograr el aseguramiento universal de los ciudadanos, para garantizar el acceso a los servicios de salud y prevenir la desatención de las familias de contingencia, es que se justifica un mecanismo estatal de aseguramiento orientado a la población pobre y extremadamente pobre que no tiene como acceder a los servicios de salud, particularmente niños y mujeres en edad fértil. Esto es precisamente lo que busca lograr el Seguro Integral de Salud”.

Por último, en el Plan de Gobierno 2006-2011³³ se señala algunos lineamientos de políticas importantes con relación a la temática del presente informe, tales como la universalización de la seguridad social, el acceso oportuno a los servicios de salud, la atención a poblaciones dispersas y excluidas (el cual constituye también un objetivo del SIS) y medicamentos de calidad para todos. Todas estas políticas, trazadas como prioritarias para este Gobierno, contribuirán al desarrollo adecuado y eficiente del mejoramiento del sistema de salud. En tal sentido, esperamos que el presente informe contribuya al diseño e implementación de dichas políticas.

³³ MINISTERIO DE SALUD, Plan de Gobierno 2006-2011 presentado por el Ministro de Salud, Doctor Carlos Vallejos Sologuren.

CAPÍTULO II

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

2.1 Antecedentes de la creación del SIS

En 1997, el Ministerio de Salud puso en marcha un programa de subsidio a la demanda, denominado Seguro Escolar Gratuito, que debía cubrir a los escolares matriculados en escuelas públicas a nivel nacional. Sin embargo, el mecanismo de focalización en función de las escuelas públicas tuvo importantes limitaciones, produciéndose considerables filtraciones, aunque se logró una alta cobertura de ese grupo. Adicionalmente, la asimetría de la información y los recursos remesados no favorecieron particularmente a los más pobres del país.

Durante 1998 se creó otro programa de subsidio, denominado Seguro Materno Infantil, que cubría a gestantes y niños menores de cinco años. En estrategia de lanzamiento se implementó en sólo cinco regiones del país, ampliándose luego a ocho regiones durante el año 2000. De acuerdo con las evaluaciones efectuadas, tuvo menor filtración que el Seguro Escolar, pero baja cobertura.

Ambos programas se fusionaron en el año 2001 en el Seguro Integral de Salud (SIS), luego de la conformación de una instancia transitoria denominada Unidad de Seguro Público, haciéndose efectiva su creación mediante Ley del Ministerio de Salud N° 27657 en enero del 2002. Se constituyó como un Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, siendo aprobado su Reglamento de Organización y Funciones mediante el D.S. N° 009-2002-SA.

La misión del SIS es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del sector Salud, en tanto que, según su visión, aspira a ser la institución que integra y contribuye al sistema de aseguramiento universal que garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud, así como la atención integral de las personas.³⁴

De esta manera, la finalidad del SIS es lograr la protección de las poblaciones que no cuentan con seguro de salud, sobre todo de aquellos grupos poblacionales vulnerables que se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema, en cumplimiento del sistema de aseguramiento universal de salud, orientado a resolver el problema de acceso que sufre la población.

El SIS amplía la cobertura del componente materno infantil a todas las regiones aún no cubiertas, incorporando así a un grupo de gran magnitud y vulnerabilidad. Adicionalmente, al independizar a las escuelas públicas del proceso de adscripción se logró que la cobertura se ampliase a todos los niños menores de 18 años, fuesen o no escolares, en cuanto pudiesen probar su condición de pobres o extremadamente pobres.

2.2 Objetivos

El objetivo del SIS es proteger a la población que no cuenta con un seguro de salud –como se ha señalado en líneas anteriores–, a los sectores más vulnerables, es decir, a aquellos que se encuentren en pobreza o pobreza

³⁴ Artículo 6° del Decreto Supremo N° 009-2002-SA. Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud. 2002.

extrema como consecuencia de las barreras de tipo económico, cultural o geográfico.

Los objetivos funcionales en el ámbito sectorial son:³⁵

- Construir un sistema de aseguramiento público sostenible, que financie servicios de calidad para el mejoramiento del Estado de Salud de las personas.
- Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, atendiendo, con sentido prioritario, a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y pobreza extrema.
- Implementar políticas que generen cultura de aseguramiento en la población.

Los objetivos funcionales en el ámbito institucional³⁶ son:

- Evaluar el nivel de calidad de la oferta de los prestadores de servicios y la satisfacción de los beneficiarios.
- Facilitar servicios de calidad a los beneficiarios del SIS.
- Dirigir los procesos de afiliación y operación del SIS en todos los niveles.
- Proponer políticas y normas que permitan garantizar el logro de los objetivos funcionales.

Los objetivos estratégicos generales 2002-2006 del SIS³⁷ son:

³⁵ Decreto Supremo N° 009-2002-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud (SIS), publicado el 17 de agosto del 2002.

³⁶ Artículo 8° del Decreto Supremo N° 009-2002-SA.

³⁷ Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012, Agosto 2001– julio 2006.

- **Desarrollo de la demanda.** Cubrir de manera secuencial al 100% del público objetivo de los estratos extremadamente pobres, en los diferentes planes.
- **Desarrollo de la oferta.** Mejorar la capacidad operativa del SIS en un plazo de cuatro años.
- **Sostenibilidad del SIS.** Incrementar la participación de la cooperación internacional y/o los recursos propios, en un rango del 50% de nuestro presupuesto anual en un lapso de cuatro años.
- **Gestión de la calidad.** Implementar la filosofía y la práctica de la calidad en las actividades internas y externas del SIS, logrando de manera directa el mejoramiento del manejo económico, financiero e institucional.

2.3 Proceso de afiliación al SIS

Los beneficiarios del SIS son aquellas personas que no cuentan con un seguro de salud, y que se encuentran en una condición de pobreza y pobreza extrema. El SIS establece algunas diferencias entre ellos,³⁸ que es necesario tener en cuenta para definir claramente sus respectivos perfiles:

- a) **Asegurados.** Se considera a los afiliados que tienen contrato de afiliación vigente en el período en estudio. No se incluye a las gestantes debido a que su permanencia en el sistema de seguro de salud es temporal (42 días posteriores al parto).
- b) **Afiliados.** Se considera a aquellas personas que suscribieron un contrato de afiliación con el SIS y

³⁸ Los conceptos señalados fueron tomados del Oficio N° 0245-2007-SIS/J, del Seguro Integral de Salud, enviado con fecha 9 de febrero del 2007.

reúnen las condiciones para contar con cobertura de aseguramiento público en salud, es decir menores de 18 años y adultos focalizados, que no necesariamente tienen un contrato vigente o renovado. Respecto de las mujeres gestantes se considera sólo a aquellas que mantengan el contrato de afiliación vigente en el período en estudio.

- c) **Atenciones.** Son las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del SIS en establecimientos de salud y mediante los equipos itinerantes, en un período determinado.

Los planes del Seguro Integral de Salud, a partir de los grupos poblacionales priorizados, son cinco:

- a) Plan A: niños de 0-4 años de edad, 11 meses y 29 días.
- b) Plan B: niños y adolescentes entre 5 y 17 años de edad.
- c) Plan C: gestantes o puérperas, hasta 42 días post-parto.
- d) Plan D: mayores de 18 años de edad, que se encuentren en una situación de emergencia de acuerdo a Ley, siendo éste el único caso en el que no se afilian, sino que deben ser atendidos de inmediato.
- e) Plan E: conformado por nueve grupos poblacionales de escasos recursos, determinados por la Resolución Ministerial N° 591-2006/MINSA, que son:
 - Organizaciones Sociales de Base y Wawa Wasis- Lustradores de calzado y su cónyuge / conviviente.
 - Indultados/as inocentes y familiares directos (cónyuge /conviviente e hijos menores de 18 años).
 - Víctimas y/o familiares de violación de Derechos

Humanos contemplados en las Recomendaciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

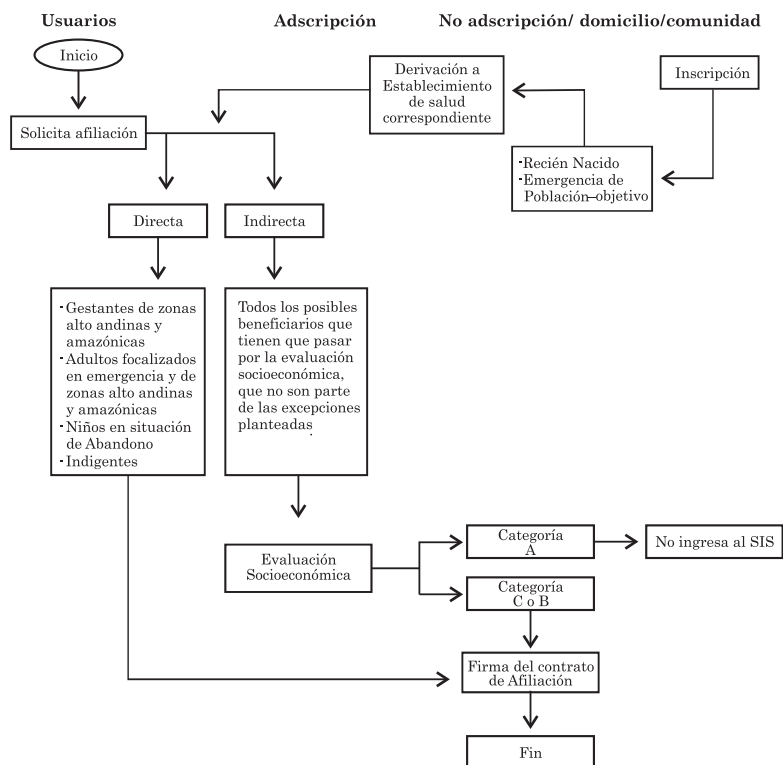
- Víctimas de la violencia social: mujeres víctimas de esterilización forzada (incluye cónyuge e hijos menores de 18 años).
- Víctimas de la violencia política 1980-2000 (personas que, según la CVR, han sufrido actos u omisiones que violan normas de derecho internacional de derechos humanos: desaparición forzada, secuestro, ejecución extrajudicial, asesinato, absueltos inocentes, desplazamiento forzoso, tortura, violación sexual y heridas, lesiones o muerte en atentados violatorios al derecho internacional humanitario).
- Población amazónica dispersa y excluida.
- Población Alto Andina dispersa y excluida.
- Agentes comunitarios: promotor o promotora de salud, partera o partero, vigía de salud, delegado de salud, voluntario de salud, agentes pastorales de salud, visitantes de enfermeros/as.

Por otro lado, cabe precisar que, con fecha 17 de marzo del 2007, se publicó el Decreto Supremo N° 004-2007-SA que establece el Listado de intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamientos del SIS, que crea un nuevo componente del SIS denominado Semi-Contributivo (SISSALUD) a fin de dar acceso a los servicios de salud dirigidos a individuos que perciben ingresos, la clasificación adoptada se realiza mediante afiliación individual y afiliación familiar. Con relación a la afiliación individual; la aportación mensual es de S/.10 nuevos soles para aquellos que reciben ingresos menores de S/. 700.00 nuevos soles y el aporte es de S/. 20. 00 nuevos soles para

aquellos que reciban ingreso mensuales iguales o mayores de S/.700.00 hasta S/.1000.00 nuevos soles.

Asimismo, con relación a la afiliación familiar el aporte es de S/. 30.00 nuevos soles para aquellas familias que reciban ingresos mensuales menores a S/.1000.00 nuevos soles. Este Decreto Supremo no será incluido en el análisis de este Informe Defensorial, ya que la información en la que está basado se recogió y elaboró antes de su publicación.

PROCESO DE AFILIACIÓN GENERAL AL SIS



El presente cuadro grafica el proceso de afiliación al SIS en tres grandes etapas que se encuentran relacionadas entre sí de manera horizontal. La primera supone la solicitud de afiliación del usuario al sistema de salud, la segunda establece el proceso de evaluación por el que debe pasar el usuario para el ingreso al SIS (afiliación directa o indirecta); para, finalmente, a la luz de los resultados obtenidos, determinar si pertenecen a los sectores B o C, es decir, pobres o pobres extremos, quienes pueden acceder al SIS y por ende firmar el contrato de afiliación.

a) La inscripción

Para desarrollar este proceso se requieren dos etapas: por un lado, un procedimiento de carácter obligatorio; por otro, existen casos particulares en los cuales no es necesaria la inscripción.

En el primer caso, el requisito fundamental es el Documento de Identidad (DNI, LE u otro) y, si es menor de edad, el padre, la madre o el apoderado deberán presentar algún documento que identifique al menor. Asimismo, el responsable SIS del establecimiento donde se solicite la afiliación deberá llenar el formato de inscripción, luego desglosará el talón del formato y lo entregará a la persona solicitante como constancia. Este talón tiene una validez de 30 días calendarios, durante los cuales se deberá llevar a cabo la evaluación de la condición socioeconómica del postulante, período en el que sólo será posible acceder a atenciones de urgencia o emergencia.

Por último, en los casos particulares³⁹ es necesario destacar algunas situaciones que requieren de conocimiento:

- (i) Todo recién nacido en un establecimiento de salud debe ser inscrito inmediatamente y referido a su establecimiento de adscripción geográfica para su correspondiente afiliación.
- (ii) Los niños de cinco a 17 años, tanto los que pertenecen a colegios particulares como los que no estudien, tienen que pasar por la fase de inscripción. Están excluidos de la inscripción en los distritos con población mayor a 65% de pobreza y pobreza extrema,
- (iii) En el plan C, las gestantes están excluidas de la inscripción.
- (iv) En el plan D, de adultos en emergencia. Después de atendida la emergencia, se realiza la evaluación socioeconómica para determinar su situación de pobreza y acceso al SIS.
- (v) En el Plan E, de adultos focalizados, definidos por Ley, estos están excluidos de la inscripción.

Durante esta etapa se han suscitado problemas, tal como se muestra en detalle en el capítulo V del presente informe. Sin embargo es importante mencionar que el SIS es uno de los seguros de salud que ha logrado inscribir a un gran número de personas con bajos recursos,

³⁹ MINISTERIO DE SALUD, Manual Operativo del Seguro Integral de Salud. Gerencia de Operaciones, capítulo relativo a Afiliaciones y Prestaciones. Agosto del 200, pág. 7.

permitiéndoles con ello el acceso a servicios de salud y logrando que el establecimiento acceda a un presupuesto por dicha atención.

b) La evaluación socioeconómica

Lo importante en este punto es remarcar que el procedimiento se lleva a cabo en los establecimientos de salud y está a cargo del trabajador o la trabajadora social de éste. Para ello se aplica la ficha de evaluación socioeconómica familiar a los potenciales afiliados al SIS con el propósito de determinar su condición de pobreza y, por ende, su posibilidad de acceso a este sistema. Esta evaluación determina tres categorías:

- Pobre Extremo (C)
- Pobre (B)
- No pobre (A)

La evaluación socioeconómica se aplica al jefe de familia, mediante una entrevista. Por tratarse de una evaluación familiar, los resultados otorgan acceso al SIS a todos sus integrantes. Asimismo, la evaluación se aplica de acuerdo a criterios técnicos y, a fin de verificar la información brindada, en lo posible, se lleva a cabo una visita domiciliaria.

c) La afiliación

Este proceso es el que define la afiliación al sistema de salud, en el cual la persona que solicita ser afiliada al SIS presenta su documento de identidad (DNI, LE, u otro) si es adulto. Si es menor de edad, presentará el documento que lo identifique, además del talón desglosado del formato de inscripción (aquellos que lo requieren previamente).

Una vez identificada la persona, el responsable SIS del establecimiento aplica el Formato del Contrato de Afiliación al titular o a la madre, al padre o al apoderado o apoderada del menor de edad, y consigna toda la información requerida con la finalidad de poder determinar quiénes son las personas que requieren verdaderamente de un seguro para su atención.

A su vez, la etapa de solicitud de afiliación al seguro se clasifica en dos categorías: directa e indirecta. La primera agrupa a quienes no necesitan ser evaluados con la Ficha de Evaluación Socioeconómica (FESE), toda vez que son poblaciones que requieren una afiliación inmediata por su condición de pobreza extrema. En la segunda se requiere la evaluación socioeconómica por parte de los representantes del SIS, a fin de constatar la situación de necesidad de la persona y que ésta puede ingresar al Plan que le corresponda (B o C) de acuerdo a la categorización.

Por último, la etapa de no adscripción implica básicamente seleccionar quiénes ingresan o no al SIS como afiliados, y para ello se han establecido tres categorías (A, B, y C), pudiendo ingresar sólo los que se encuentren en las categorías B o C, constituidas por personas de escasos recursos que no cuentan con un seguro de atención. Los comprendidos en la categoría A no ingresan toda vez que se trata de sectores de clase media y alta.

Cabe subrayar, con vistas a que el afiliado goce de todos sus derechos, que el contrato debe consignar su firma/huella digital, así como del responsable SIS del establecimiento. Asimismo se debe indicar al afiliado las condiciones generales de su Plan de beneficios. Por último, el afiliado recibe su carné y a partir de ese momento puede identificarse como beneficiario

2.4 Labor del SIS a partir de lo evaluado por el Ministerio de Salud

En su segundo Lineamiento General de Política 2002-2012,⁴⁰ y en su condición de ente rector de la salud, el Ministerio de Salud (MINSA) plantea la necesidad de la atención integral mediante la extensión y la universalización de la salud con la finalidad de lograr que se garantice el acceso a los servicios de salud, lo cual se está llevando a cabo a través del SIS. En tal sentido, el MINSA registra grandes avances del SIS durante el transcurso de sus actividades,⁴¹ acciones que han permitido desarrollar una política de aseguramiento de cobertura a los usuarios. A continuación se expone un resumen de dichas acciones:

a) Promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

El SIS está trabajando en forma continua otorgando prioridad a la calidad de atención de los sectores con mayor índice de pobreza, incentivando el logro de la universalización de la salud. Se han realizado acciones para disminuir la prevalencia de la desnutrición en los casos de gestantes con la finalidad de garantizar la salud y el bienestar del niño al nacer.

Se ha implementado, asimismo, el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, mediante

⁴⁰ MINSA. Lineamientos de Política Sectorial de Salud para el período 2002-2012.

⁴¹ Evaluación Anual del Desempeño Sectorial 2005. MINSA Con fecha 16 de febrero del 2007 se envió el Oficio N° 036-2007-DP/AAE al SIS solicitando, entre otras cosas, la evaluación anual correspondiente al 2006, información que, hasta la fecha, no ha sido remitida.

la suscripción de los convenios regionales para el desarrollo del programa del Ministerio de Educación y las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), habiéndose logrado la incorporación del programa a través del Plan Nacional de Educación para todos 2005-2015.

Por último, el Seguro está trabajando en la implementación de Programas de salud en Municipios, fortalecimiento de la cultura de la salud, elaboración de planes regionales estratégicos de intervención en salud mental y ambiental, etc. Sin embargo, estas acciones no son suficientes y no logran cubrir de manera oportuna al sector poblacional con escasos recursos, situación que se verá más adelante.

b) Suministro y uso racional de los medicamentos.

El Ministerio de Salud ha implementado la política de conducción y monitoreo del Sistema Nacional de Fármaco-Vigilancia, por medio de evaluaciones y supervisiones a establecimientos que expenden medicamentos. Asimismo se están realizando acciones destinadas al fortalecimiento del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos (SISMED)⁴² a nivel nacional.

⁴² www.sismed.minsa.gob.pe El Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos e Insumos (SISMED), es una estrategia de salud pública que tiene como objetivo mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales por parte de la población de escasos recursos económicos, contribuyendo así a mejorar la calidad de atención de los establecimientos de salud.

c) Atención Integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento. Impulsar un nuevo modelo de Atención Integral

La finalidad de la Atención Integral es revertir la situación de los principales indicadores de salud, en especial de aquellos grupos vulnerables que cuentan con distintas características biológicas y sociales. Una de ellas es la relación madre–niño (a), con indicadores que en la actualidad muestran grandes desigualdades entre la población.

El trabajo realizado con este grupo poblacional corresponde a la cobertura de partos atendidos en los establecimientos de salud. Entre los avances logrados en este ámbito se debe mencionar el reconocimiento internacional de la Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural, que rescata la práctica étnica de la realidad cultural de nuestro país.

Por otro lado se deben destacar los Acuerdos Binacionales entre el Perú y otros países (Ecuador, Chile, Bolivia), diseñados para responder a la política sanitaria local, con la finalidad de contribuir, en especial, con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población fronteriza.

La prevención de enfermedades como Malaria, Dengue, Bartonelosis (o Enfermedad de Carrión) es el producto de estrategias conjuntas con las Direcciones de Salud.

d) Desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad

Con relación a este tema, el SIS ha intervenido en la elaboración de los Lineamientos de Política Nacional para

el Desarrollo de los Derechos Humanos, así como en la elaboración y promoción de directivas que aprueban la capacitación al personal de salud en esos temas. Obviamente, su objetivo es fomentar las investigaciones y programas para el desarrollo de los recursos humanos.

De esta manera, la evaluación del MINSA con relación al SIS muestra grandes avances y resultados alcanzados en el desempeño sectorial, enfatizando los resultados de las principales acciones sanitarias que han contribuido efectivamente al cumplimiento de algunos objetivos estratégicos de la institución, si bien están pendientes algunos objetivos en la búsqueda de la universalización de la salud.

2.4.1 Afiliados: incremento cuantitativo

De la información remitida por el SIS,⁴³ a partir de nuestro requerimiento, podemos apreciar que, tal como muestra el cuadro a continuación, el número de afiliados al 31 de diciembre del 2006 asciende a 10' 389. 607, en la red asistencial del MINSA y los equipos itinerantes (oferta fija y flexible, respectivamente), tanto del seguro subsidiado como del SISALUD⁴⁴.

⁴³ La información fue brindada vía correo electrónico con fecha 11 de abril del 2007.

⁴⁴ EL SISALUD, es un seguro que amplía la cobertura del SIS y brinda atención en diversas especialidades médicas. Posteriormente con el Decreto Supremo N° 004-2007-SA, publicado el 17 de marzo de 2007, el SISALUD se denomina Aseguramiento Semi- Contributivo (SISALUD).

**VARIACION ANUAL DE AFILIACIONES-ATENCIONES Y
TRANSFERENCIAS
2002-2006**

Conceptos	2002	2003	2004	2005	2006 (*)	2002-2006
Afiliación	5'863, 687	7'571,302	9'188,828	11'026,607	10'389,190	10'389,607

Fuente: Informe Ejecutivo de a Evaluación del SIS 2006.⁴⁵

(*) Se señala que ante la necesidad de medir la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de la población pobre y extremadamente pobre del país, se ha visto por conveniente revisar y mejorar los fundamentos metodológicos referentes a: definiciones, conceptos y procedimientos que permitan una adecuada información con mayor precisión los avances en el proceso de aseguramiento del público objetivo del Seguro Integral de Salud.

Como se puede observar, el número de los afiliados al SIS se ha ido incrementando paulatinamente hasta el año 2005. Posteriormente, sufrió una caída en el 2006, llegando al total de 10' 389, 607 millones de personas afiliadas. De lo señalado por el personal del SIS,⁴⁶ dicha cifra engloba a todos los afiliados, incluyendo los denominados 'asegurados regulares e irregulares', categoría utilizada por el propio SIS. Además se informó que los asegurados 'regulares' son aquellos que asisten con frecuencia para ser atendidos, en tanto que los 'irregulares' son quienes asisten de manera esporádica para su atención mediante el seguro.

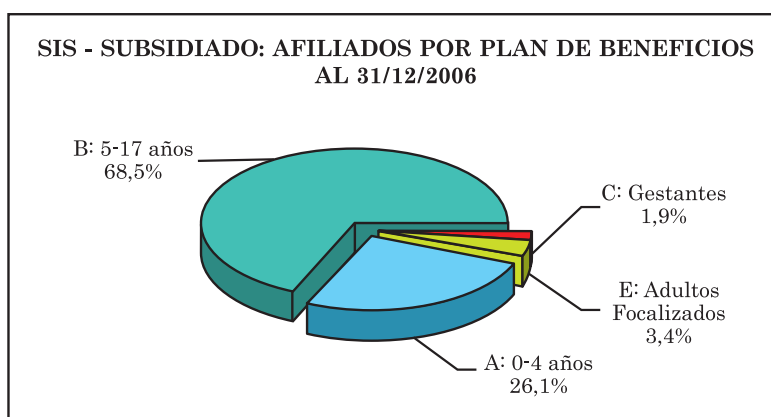
En tal sentido, el número de personas calificadas por el SIS como asegurados regulares ascienden a 3' 500,000. Si tenemos en cuenta que, como se aprecia en el cuadro

⁴⁵ El referido informe fue remitido vía correo electrónico con fecha 11 de abril del 2007.

⁴⁶ De lo conversado telefónicamente con el Dr. Ricardo Corcuera Rodríguez, Jefe de Planeamiento y Desarrollo del Seguro Integral de Salud.

siguiente, la mayoría de los afiliados está constituida por niños y adolescentes, la regularidad del grueso de afiliados con relación a la periodicidad de sus atenciones debe variar mucho con relación a las edades y sus necesidades de atención de salud. En tanto que las necesidades de atención más compleja aparecen, normalmente, en la etapa adulta y que el Perú tiene un alto porcentaje de pobreza, el SIS no está llegando de modo regular a la mayoría de los peruanos que realmente lo necesitan.

A continuación se puede apreciar el porcentaje de afiliados según el plan de beneficios al que pertenecen, según cifras correspondientes al 31 de diciembre del 2006.

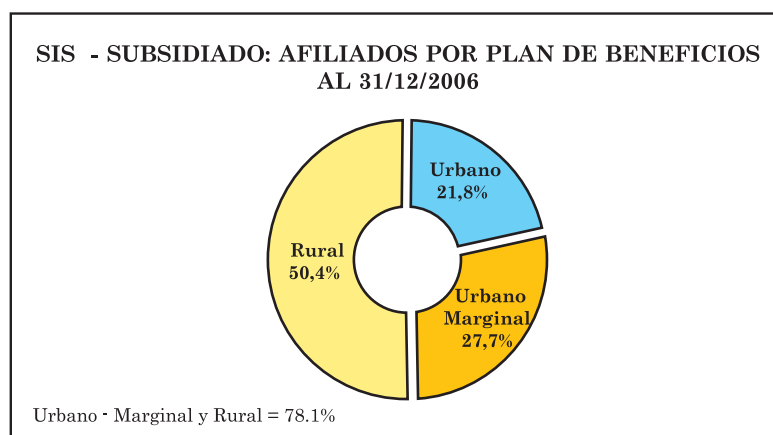


Fuente: Informe Ejecutivo de la Evaluación del SIS 2006.

Como es evidente, el mayor número de personas afiliadas al SIS está representado por los niños y adolescentes, quienes representan más del 90% del total, seguido del grupo de adultos focalizados y, posteriormente, por el grupo de gestantes que varía constantemente de acuerdo con el período de gestación y puerperio de la madre.

Como se ha indicado anteriormente y aunque deben tomarse en cuenta las limitaciones que aún existen para su afiliación, en el plan E –donde están comprendidos los grupos determinados por el Decreto Supremo N° 006-2006-SA desde hace un año– aún no se aprecia un cambio significativo en el porcentaje de sus afiliados, observándose un limitado crecimiento: 2,1% en el 2005 en contraste con un 3,4% en el 2006.

Con relación al grupo de afiliados, según la categoría ámbito geográfico, podemos observar:



Fuente: Informe Ejecutivo de la Evaluación del SIS 2006

Es posible apreciar que el mayor número de afiliados al SIS corresponde al sector rural del país, con más del 50% de afiliados y, como se verá más adelante, a las zonas que integran el mapa de pobreza con la población de escasos recursos. Esto es de suma importancia ya que refleja el esfuerzo del SIS por llegar a quienes se encuentran más alejados de obtener acceso a los servicios de salud. Desde la Defensoría del Pueblo, esperamos que ello se mantenga, ampliándose la cobertura para dichas poblaciones.

Luego, el grupo de afiliados en mayor número es el del sector urbano marginal. Ambos sectores constituyen el 78, 1% del total, superando la cifra del sector urbano, integrado mayoritariamente por las personas de la ciudad de Lima.

2.4.2 Reporte de atenciones y transferencias que brinda el SIS

El SIS también nos remitió la información con relación al número de atenciones brindadas por el SIS y transferencias, presentadas durante los años 2002 al 2006. Las llamadas transferencias se refieren al dinero que el SIS paga por las atenciones que se llevan a cabo.

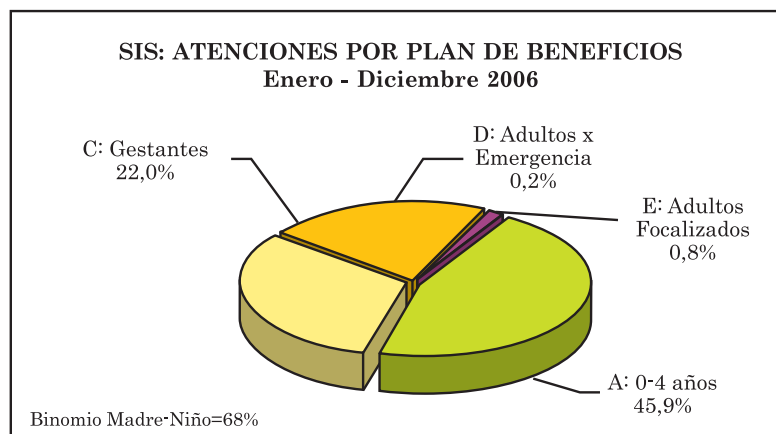
VARIACIÓN ANUAL DE AFILIACIONES - ATENCIONES Y TRANSFERENCIAS 2002 - 2006

Conceptos	2002	2003	2004	2005	2006 (*)	2002-2006
Afiliación	15'170,607	18'603,827	13'068,769	14' 915, 217	17'294,366	79'052,786
Transferencias	166'229,736	207'294,102	280'366,257	251' 053, 415	266'481,036	1,171'424,546

Fuente: Informe Ejecutivo de la Evaluación del SIS 2006.

Según los datos del cuadro anterior, el número de atenciones realizadas durante los años 2002–2006 es de 79' 052, 786, en tanto que el número de transferencias realizadas por dichas atenciones asciende a S/.1, 171' 424, 546 nuevos soles. En ambos casos se considera al número de afiliados al sistema y a las atenciones generales que se realizaron durante esos años.

Por otro lado, con relación al número de atenciones por plan de beneficios de enero a diciembre de 2006, tenemos:



En este cuadro es posible apreciar que la mayor atención es la que recibe el binomio Madre–Niño, de acuerdo con los objetivos y prioridades que se ha trazado el SIS. Por último, es posible apreciar que el mayor número de atenciones corresponde a los grupos que comprenden un mayor número de afiliados tiene.

Asimismo, los montos que se han utilizado a fin de cumplir con las necesidades de la población en las transferencias no son pequeños. Sin embargo, las necesidades no cubiertas son aún muchas más, no sólo de quienes aún no gozan de un mecanismo de acceso a los servicios, sino de los adultos que sufren de enfermedades complejas, que demandan un costo más elevado. En tal sentido, las necesidades económicas que deben ser cubiertas para lograr la universalización de la salud son considerablemente mayores. Por ello, más adelante veremos aspectos relacionados con el presupuesto del SIS.

2.5 La Política de Salud adoptada por el SIS

2.5.1 Ficha de Evaluación Socioeconómica (FESE-SIS)

La Resolución Jefatural N° 0056-2005/SIS, de fecha 10 de mayo del 2005, establece las normas para la aplicación del Sistema de Evaluación Socioeconómica del SIS, a través de la ficha denominada FESE-SIS, que se puede apreciar en el Anexo 1 del presente informe. Su aplicación es de carácter obligatorio en los centros de salud, de manera que se puede identificar a los potenciales usuarios. Como se ha señalado, existen algunas excepciones, como en el caso de las personas indigentes o en situación de abandono, o de personas pobres albergadas en instituciones públicas o privadas de carácter social.

La FESE se aplica en (i) establecimientos de salud autorizados, (ii) en hospitales regionales, y (iii) en hospitales nacionales e institutos especializados. Sin embargo, existen restricciones en los establecimientos de mayor complejidad, por ser establecimientos de referencia y no del nivel al que acude en primera instancia la población.

En tal sentido, los puestos y centros de salud constituyen la puerta de ingreso al SIS. Sin embargo, la normativa del SIS no considera obligatoria la visita domiciliaria en estos establecimientos. La visita domiciliaria, como se podrá apreciar en el capítulo IV del presente informe, es el único mecanismo que tiene el SIS para determinar si la persona reúne las condiciones de pobreza o pobreza extrema para ser su beneficiario y limitar así las posibles filtraciones (personas que no deben formar parte del SIS por su condición de no pobre o pobre extremo). Por un lado, si bien es comprensible que esta excepción exista

en los casos en que la población es mayoritariamente pobre o que la determinación de su condición socioeconómica sea evidente, se deben establecer mayores limitaciones a ésta para evitar las referidas filtraciones. Por otro lado, cabe subrayar que el personal del seguro no se da abasto para llevar a cabo las mencionadas visitas domiciliarias a todas las personas que solicitan su afiliación al SIS.

Por lo tanto, es evidente que el SIS encara problemas internos de orden administrativo que limitan su actuación y, como consecuencia –como veremos en el capítulo IV del presente informe–, no permite que se priorice y beneficie a la población que forma parte de sus objetivos.

También se presentan problemas externos con relación a la falta de información a favor de los beneficiarios, ya que, como se verá en el capítulo V, no conocen las normas y directivas que lo regulan y, por ende, no saben a qué tienen derecho. Asimismo se perciben problemas de desinformación acerca del estado de salud de los beneficiarios, falta de consentimiento informado de éstos y, en cuanto al derecho a la participación –es decir, a tomar parte de las decisiones en los procesos del SIS– se encuentra sumamente limitado. Todo ello evidencia un problema de inaccesibilidad administrativa y de información, que propicia la vulneración del derecho a la salud.

Es necesario, en consecuencia, generar mecanismos que permitan que la evaluación socioeconómica no deje a ninguna persona pobre y pobre extrema fuera de la atención del SIS, y que limite las filtraciones, ya que de lo contrario se puede desvirtuar su naturaleza.

2.5.2 La expansión del SIS: nuevos grupos pobla-

cionales incorporados

El Decreto Supremo N° 006-2006-SAL del 21 de marzo del 2006, publicado en el diario oficial *El Peruano* el 21 de marzo del 2006, establece la ampliación de las prestaciones de salud del SIS a la población de la Amazonía y Alto Andina, dispersa y excluida, a los Agentes Comunitarios de Salud⁴⁷ y a las Víctimas de la Violencia Social que incluye al sector de la población que soportó violaciones a sus derechos humanos durante la época de violencia política en el Perú (1980-2000) y a las afectadas por las intervenciones anticonceptivas quirúrgicas (AQV) y sus familiares directos. Asimismo, la referida ampliación involucra a las personas que viven en los lugares más alejados de la ciudad, con el objetivo de brindarles una atención prioritaria.

Por medio de este Decreto, en el plan que incluye a la figura de Adulto Focalizado –definido como aquella población afiliada al SIS de conformidad con la normativa vigente– se integra a la población señalada, la cual pasa a formar parte de la población beneficiaria del SIS por mandato legal.

Para tal efecto, las normas establecen las prestaciones al SIS, las exclusiones, las condiciones generales para la afiliación al sistema y los reembolsos en caso de que se

⁴⁷ El Agente Comunitario en Salud (ACS) es un miembro de la comunidad, elegido o reconocido por su comunidad, y acreditado por el establecimiento del Ministerio de Salud. Está capacitado y comprometido con el desarrollo de acciones de prevención, promoción y vigilancia comunitaria de la atención de salud. Cumple funciones no remuneradas y coordina permanentemente con el establecimiento de salud. Los tipos de ACS reconocidos por el MINSA son: Promotor o Promotora de salud, Partero o Partera, Vigía de Salud, Delegado de Salud, Voluntario de Salud, Agente Pastoral de Salud, Visitadores de Enfermos/as.

deduzcan, de acuerdo con la categorización de hospitales realizados por el MINSA, de conformidad con la vigencia del contrato de afiliación al SIS que se supedita al cambio de Plan elegido y al cumplimiento de los requisitos para cada Plan.

Ciertamente, esta norma, señala la atención de enfermedades prevalentes para el caso de los adultos focalizados, con excepción de enfermedades congénitas y otras, como la hipertensión arterial, por ejemplo. Asimismo se pone énfasis en la recuperación de enfermedades de capa compleja y capa simple, y además se amplía la atención en este grupo para salud mental (enfermedades tales como trastornos, psicóticos agudos y transitorios).

A su vez, uno de los beneficios cubiertos por el SIS que se menciona en la referida norma es el transporte del asegurado, necesario cuando un afiliado en situación de emergencia requiere ser trasladado a un establecimiento de capacidad resolutive, es decir, traslados de un nosocomio del interior del país a uno regional, o de uno regional a un hospital nacional. No cabe duda de que esta norma restituye la vulneración de derechos a la que estuvieron sometidos durante épocas difíciles en nuestro país. Además, propicia la integración a servicios estatales en las zonas más alejadas, optimizando la prestación de salud, acercando la presencia del Estado a estas zonas del país, lo cual fue establecido como una de las consecuencias del conflicto armado.

Sin embargo, en ocasiones, los beneficios estipulados pueden terminar convirtiéndose en problemas, toda vez que –continuando, por ejemplo, con el tema del transporte–, en algunos casos, el costo del traslado excede el límite

de dinero a ser cubierto por el SIS, generándose costos adicionales. Estos son elevados para los usuarios del seguro, que no tienen cómo cubrirlos, lo que da por resultado la imposibilidad de concretarse la atención requerida. Lo mismo ocurre con relación a los costos de sepelio de los asegurados fallecidos, dentro o fuera de los establecimientos de salud. Estas dificultades deben tenerse en cuenta, analizando las necesidades de las poblaciones a las que se pretende atender, a fin de poder lograr un verdadero acceso a los servicios de salud y obtener un verdadero beneficio.

En consecuencia, la mencionada resolución reorienta el sentido del SIS, centrando sus actividades también en grupos especiales de población vulnerable que, además, en la mayoría de los casos, viven en pobreza o pobreza extrema. Con ello, el SIS aporta un gran avance toda vez que focaliza a un sector de la población para anexarlo en la política de salud.

2.5.2.1 Poblaciones afectadas por la violencia política

Entre los años 1980 y el 2000, nuestro país vivió una época de violencia, lo que dio por resultado que miles de personas vieran afectados sus derechos fundamentales. Los asesinatos, desapariciones, torturas, violaciones sexuales, secuestros, desplazamientos forzados se convirtieron en el dramático escenario cotidiano de miles de peruanos, principalmente de aquellos que vivían en las comunidades más pobres y alejadas de nuestro país. La Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) dio cuenta de todo ello y propuso un Plan Integral de Reparaciones en el que contemplaron una serie de Programas de Reparación para las víctimas y familiares de las víctimas de estas violaciones. Uno de dichos

programas es el de reparaciones en salud que, entre otras propuestas, contiene la de incluir a las víctimas de la violencia en el SIS.

La Ley 28592 crea el Plan Integral de Reparaciones que hace suyas muchas de las propuestas de las CVR, contemplando un programa de reparaciones en salud que, al ser desarrollado por el reglamento de la referida ley,⁴⁸ especifica como una de sus modalidades de reparaciones en salud a la atención integral de las víctimas de la violencia en los servicios públicos de salud.

En tal sentido se incorpora al SIS a las víctimas de la violencia ocurrida durante el período comprendido entre mayo de 1980 y noviembre del 2000. El Decreto Supremo N° 006-2006-SA señala que la acreditación de las víctimas estará a cargo de la Comisión Multisectorial de Alto Nivel para el seguimiento de las recomendaciones de la CVR.

Como se precisó anteriormente, las víctimas de la violencia se encuentran comprendidas en el denominado Plan E del SIS, que incluye, además, a otros grupos poblacionales. Ello no permite contar con información sobre cuántas de estas personas se afiliaron por ser víctimas o familiares de víctimas de la violencia política 1980–2000, ya que sólo se cuenta con el número global de este plan que, hasta septiembre de 2006, representaba sólo el 2,5%.⁴⁹

Respecto al número de atenciones a la que accedieron

⁴⁸ D.S. 015-2006-JUS

⁴⁹ El total de afiliados que de enero a septiembre del 2006 ascendieron a 10'674,742, es decir las personas afiliadas durante este período al Plan E, fueron casi 267,000 personas

las personas de este Plan, éstas representaron el 0,7% del total de atenciones, hecho que coincide con el problema indicado en el párrafo anterior porque no se cuenta con información desagregada de los grupos poblacionales que se atienden. Ello impide efectuar una evaluación respecto de cómo está llegando esta política a la población—objetivo, a fin de saber cuántas personas tienen acceso, si tienen información sobre los beneficios a los que pueden acceder, entre otros aspectos importantes, a fin de que el Estado cumpla con las reparaciones a las que tienen derecho.

Por otro lado, cabe señalar que aún es necesario llevar a cabo la capacitación del personal de salud, que desconoce los procedimientos de afiliación para esta población, lo cual limita la posibilidad de facilitar información a la población y de llegar a cumplir con el objetivo del SIS con relación a estas poblaciones.

Por todo ello, la Defensoría del Pueblo, a través de sus oficinas distribuidas en el territorio nacional, está recibiendo un gran número de quejas respecto a la afiliación de esta población al SIS. Las quejas se centran principalmente en problemas respecto a la acreditación de las víctimas, a la exigencia de requisitos no contemplados en la norma y a la negativa en la entrega de medicinas que, como veremos en el capítulo V, la disponibilidad de medicinas para los beneficiarios del SIS constituye un problema.

a) Respetto a la acreditación

Con respecto a la acreditación, el referido Decreto Supremo, como señalamos anteriormente, la deja en manos de los organismos creados con relación al Plan

Integral de Reparaciones.⁵⁰ Sin embargo, aún no existe un Registro Único de Víctimas en el que figuren todas las víctimas afectadas por la violencia política 1980– 2000, afectando el proceso de acreditación y afiliación al SIS.

No obstante, como se verá más adelante, la Resolución N° 591-2006/MINSA contempla una solución transitoria a este problema al aceptar como acreditaciones las constancias que entregan FONCODES, la Defensoría del Pueblo y los Gobiernos Regionales. A pesar de ello, la Defensoría del Pueblo ha recibido quejas de personas a quienes no se les ha admitido dicha constancia de ausencia por desaparición forzada de la Defensoría del Pueblo, y se les ha exigido presentar adicionalmente la constancia emitida por FONCODES.

b) Respecto a la exigencia de requisitos no contemplados en la norma

El desconocimiento por parte de las instituciones de salud sobre este plan se hace evidente en la exigencia de requisitos no contemplados en la norma, tanto para la afiliación como para la atención. En el caso de la afiliación, uno de los problemas que se presentan en forma reiterativa es la exigencia de la aplicación de la Ficha de Evaluación Socioeconómica (FESE), a pesar de que la norma señala expresamente que este requisito no se exige a las personas afectadas por la violencia.

Hemos tomado conocimiento, asimismo, que en ciertos lugares se han establecido límites al número de afiliados. En efecto, en algunos centros de salud se ha informado a las personas que existe un número máximo de afiliaciones

⁵⁰ Véase D.S. N° 011-2004-PCM.

y, habiéndose cubierto, no se puede proceder a afiliar a más personas. Esto está sucediendo, por ejemplo, en el centro de salud de Manchay, donde se ha informado a las personas que ya existen demasiados inscritos como víctimas de la violencia y que, por lo tanto, no se pueden recibir más afiliaciones.

Otro de los problemas presentados ante la Defensoría del Pueblo está relacionado con la llamada referencia⁵¹ a otros centros de salud. En muchos de estos casos, los hospitales solicitan a las personas requisitos no contemplados para proceder a la atención, tales como la renovación de las hojas de referencia o la afiliación a otro seguro.

2.5.2.2 Normas complementarias en salud para las Víctimas de la Violencia Política

Por último, la Resolución Ministerial N° 591-2006/MINSA, de fecha 23 de junio del 2006, “Normas complementarias para la Aplicación del Decreto Supremo N° 006-2006-SA”, complementa el avance de la ampliación del derecho a la salud de los sectores vulnerables.

Las normas complementarias para la aplicación de este Decreto Supremo, entre otras disposiciones, contemplan una solución transitoria, como se indicó anteriormente, al aceptar como acreditaciones las constancias que entregan las referidas entidades estatales. Así se hace posible que las personas afectadas por la violencia puedan contar con una acreditación temporal a cargo de estas

⁵¹ El proceso de referencia supone la derivación del paciente a otro establecimiento de mayor nivel porque la atención del paciente así lo requiere.

instituciones para los casos de familiares de personas desaparecidas, mediante las constancias de Ausencia por Desaparición Forzada. Sin duda, ello constituye un gran avance para la salud de estas personas, que en adelante podrán contar con un seguro de salud para su atención.

Por su parte, dicha norma expande el acceso de la atención de salud de acuerdo a las necesidades de sectores en total desamparo, tomando como base el principio de equidad. Cabe destacar que estas poblaciones incluidas en el SIS son poblaciones calificadas como ‘vulnerables’ no sólo por sufrir problemas con relación a sus necesidades socioeconómicas, sino por la violencia vivida o porque han estado excluidas durante mucho tiempo, con lo cual no se desvirtúa el objetivo del SIS. Sin embargo, es necesario que se tome en cuenta que ello no siempre es así, y que se debe calificar adecuadamente a los grupos a los que se otorga este beneficio.

2.6 Financiamiento del SIS

En esta parte del presente informe se analizará aspectos relacionados con el presupuesto que maneja el SIS a fin de mostrar problemas con relación a las tarifas que cobra, las que difieren entre los establecimientos de salud y que, desde la perspectiva de la población que atiende el SIS, son altas, lo que supone una barrera de acceso a los servicios de salud. Por otro lado, se presentará el presupuesto asignado al SIS que, como se podrá apreciar, es limitado, así como algunos de los problemas que se enfrentan para la ejecución de recursos, sobre todo a nivel regional.

2.6.1 Con relación al Presupuesto asignado al SIS

El servicio de salud que brinda el Estado a la población en su calidad de organismo protector de los derechos fundamentales de las personas presenta graves problemas. Como se sabe, el Estado es el encargado de facilitar los recursos necesarios (presupuesto) para que el derecho a la salud de los ciudadanos sea ejercido de manera efectiva. Sin embargo, el presupuesto asignado al sector Salud no hace posible que este derecho sea garantizado, y no permite que se pueda lograr la universalización del derecho a la salud.

En ese sentido, antes de plantear los problemas en este capítulo es necesario señalar que el Presupuesto Nacional es aprobado por el Poder Legislativo, que en los últimos años ha asignado al sector Salud aproximadamente un 4% de fondos anuales. A su vez, se encarga al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) su distribución al sector Salud⁵² y a los Gobiernos Regionales, que gozan de autonomía administrativa con relación a su presupuesto y ejercen funciones de gestión acordes con el mandato constitucional.

La Resolución Jefatural N° 0284-2006/SIS del 11 de diciembre del 2006 determinó el presupuesto requerido para el funcionamiento del SIS y la distribución de recursos señalada en la norma que responde a los reportes realizados por los establecimientos de salud de cada región; en el proceso de distribución del presupuesto se

⁵² Portocarrero Grados, Augusto. La Equidad en la asignación regional del financiamiento del Sector público de Salud 2000–2005. El Sector Salud esta compuesto por el Ministerio de Salud (MINSA), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto de Recursos Humanos (IDREH), la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) y el Seguro Integral de Salud (SIS).

pueden apreciar diversos problemas.

Del análisis de la norma se puede colegir que la distribución económica adoptada responde a diversos factores. Como se sabe, el presupuesto asignado se realiza de acuerdo a lo solicitado por los Gobiernos Regionales y ello puede ser solicitado, por un lado, en atención a las necesidades o demandas derivadas de la cantidad de afiliados. Por otro lado, puede ser solicitado para la atención de enfermedades que demanden mayores gastos, u otros factores. Lo cierto es que todo ello genera incertidumbre, toda vez que el presupuesto termina siendo no proporcional.

En esa medida, para la evaluación del presupuesto se solicitó información relacionada con el presupuesto asignado a algunas regiones⁵³ con la finalidad de realizar una comparación y analizar cuáles son los problemas que se presentan con relación a este tema.

Ahora bien, mediante el análisis encontramos dos grandes problemas en el aspecto presupuestario del SIS: (i) la insuficiencia del presupuesto asignado al SIS por el Estado con relación a las necesidades de salud, toda vez que su monto no permite la satisfacción de la población; y, (ii) la existencia de una inadecuada gestión de las autoridades regionales respecto al presupuesto enviado por el SIS para su distribución a los establecimientos de salud en las regiones. Un ejemplo de ello se puede apreciar en la falta de ejecución del presupuesto del Gobierno Regional de

⁵³ Las Regiones a las que se solicitó información relacionada con su presupuesto son Ayacucho, Arequipa, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Puno y San Martín. Sólo remitieron lo solicitado los Gobiernos Regionales de Arequipa, Cajamarca, Huancavelica y San Martín.

Huancavelica, como se verá más adelante.

Estos problemas no permiten que el SIS pueda llegar a la población prioritaria en situación de pobreza y pobreza extrema con una atención de calidad, ocasionando diversas consecuencias, como se verá más adelante.

2.6.1.1 Con relación a la falta de presupuesto del SIS

Con relación a la falta de presupuesto del SIS, al aprobar el Presupuesto Nacional en el sector Salud, el Estado no toma en cuenta la diversidad de necesidades que requieren ser cubiertas con un mayor presupuesto como, por ejemplo, las dificultades en el acceso económico a los servicios de atención de la población más pobre o en pobreza extrema, que carece de los medios suficientes para comprar los medicamentos que requiere, no siendo posible brindar una atención adecuada a los usuarios del sistema debido a la falta de presupuesto asignado a este sector.

Es necesario señalar, además, que el presupuesto asignado para los años 2006 y 2007 ha sufrido una ostensible disminución. En el año 2006,⁵⁴ el SIS recibió un presupuesto aproximado de 271 millones de nuevos soles y, en lo que va de este año el presupuesto asignado consta de 267 millones de nuevos soles,⁵⁵ cifra preocupante sí consideramos la importancia del derecho a la salud de las personas.

~~Los escasos recursos del SIS no contribuyen a brindar~~
⁵⁴ www.mef.gob.pe Ley N° 28927 del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2006. Distribución de gasto por pliego y fuentes de financiamiento.

⁵⁵ *Ídem*. Año Fiscal 2007.

una atención eficaz y satisfactoria para los afiliados al sistema. Dicha situación se torna evidente al verificar la falta de capacidad por parte de los establecimientos de salud para brindar los medicamentos necesarios al afiliado, circunstancia que revierte en la economía del asegurado, perjudicando aún más su situación económica. Este es, pues, uno de los varios problemas que se aprecian con relación al presupuesto.

Es necesario mencionar que, según el SIS, no cuenta con recursos suficientes para brindar una atención adecuada a sus afiliados, lo que afecta en forma directa al derecho a la salud. Esta situación se torna irreparable con la nueva norma, Decreto Supremo N° 004-2007-SA, publicada el 17 de marzo del año en curso, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciben financiamiento del SIS. Dicha norma incorpora al SIS un nuevo grupo de atención prioritario mediante un componente de Aseguramiento Semi Contributivo (SISSALUD), denominado Plan G, dirigido a poblaciones con limitada capacidad adquisitiva.

Como se puede apreciar, este nuevo grupo de atención prioritario que ingresa al sistema no podrá ver satisfechas sus necesidades de salud, toda vez que el SIS cuenta con el mismo presupuesto asignado para este año, y aún deberá atender a un nuevo sector poblacional, con el mismo presupuesto. Dicha situación no hace más que agravar la demanda de atención a la población afiliada al sistema de salud, añadiendo a un nuevo sector que demandará mayores necesidades.

Este análisis no debe ser interpretado de manera errónea

como sí la Defensoría del Pueblo estuviera en contra de dicha norma. Por el contrario, consideramos que es contraproducente atender la demanda de un sector cuando no es posible brindar la atención requerida por un número poblacional de afiliados a este sistema.

Por ello consideramos que antes de incrementar la población—objetivo a este sistema es necesaria una evaluación de la política actual que dirige este sector, así como una evaluación de la gestión que desarrollan los Gobiernos Regionales con el presupuesto asignado por el SIS para los establecimientos de salud que brindan atención a la población en condición de pobreza y pobreza extrema.

Por otro lado, mediante Oficio N° 036-2007DP/AAE, de fecha 16 de febrero del 2007, dirigido al SIS, se solicitó información correspondiente a la disponibilidad presupuestaria asignada al SIS por recursos ordinarios y otras fuentes durante los años 2004-2007, así como la distribución presupuestal por establecimientos de salud. Dicha información fue remitida a nuestras oficinas⁵⁶ el 4 de abril del presente año.

Del análisis de la información se puede apreciar que, según el Informe Ejecutivo de la Evaluación Presupuestal del 2005⁵⁷ para ese año, el SIS contaba con un presupuesto de S/. 277' 569, 794.00 nuevos soles, que le fueron

⁵⁶ La información solicitada fue remitida vía correo electrónico y, luego de un recordatorio mediante oficio N° 050-2007-DP/AAE, de fecha 23 de marzo del 2007, aún nos encontramos a la espera de la información física de la solicitud.

⁵⁷ MINISTERIO DE SALUD. Seguro Integral de Salud: Informe Ejecutivo de la Evaluación Presupuestal del 2005. Oficina de Planeamiento y Desarrollo.

suministrados por tres fuentes: a) recursos ordinarios, b) recursos directamente recaudados y c) donaciones y transferencias. De la ejecución de los recursos durante el año, el gasto anual asciende a S/. 269' 583, 893.38 nuevos soles, obteniendo un saldo de S/. 7' 976, 900.62 nuevos soles.

Luego de verificar esta información podemos señalar que no es posible referirse del todo a una falta de presupuesto del SIS, toda vez que existen saldos que no se han distribuido o que han sido devueltos por falta de ejecución. En razón de esta situación podemos preguntarnos: ¿es posible que no existan necesidades que ameriten gastos en el sistema de salud? ¿Que fue de ese monto que no se ejecutó?

Asimismo, con relación a la distribución de fondos del SIS a los Gobiernos Regionales podemos señalar que ésta se efectuó teniendo como referencia las zonas de afiliaciones por quintiles de pobreza, según las Direcciones de Salud (DISAS), entre las que se encuentran algunas zonas de nuestro estudio, tales como Arequipa Cajamarca, Loreto y San Martín.

Con relación a la información del presupuesto correspondiente al año 2006, éste asciende a la suma de S/. 301' 188, 224.00 nuevos soles, incluyendo los recursos ordinarios, los recursos directamente recaudados y las donaciones y transferencias. El gasto ejecutado durante este año es de s/. 290' 866, 821.22 nuevos soles, y el sobrante o saldo asciende a S/. 10' 321, 402.78 nuevos soles.

Como se puede apreciar en los dos años transcurridos, se han obtenido saldos que representan grandes cantidades no ejecutadas, situación que permite inferir que el SIS

cuenta con un presupuesto que no está siendo ejecutado de manera seria y que, por lo tanto, no se están tomando en cuenta las necesidades de la población en materia de salud.

Por último, en lo que corresponde a la distribución del presupuesto a los Gobiernos Regionales durante este período, se presenta a continuación un cuadro que detalla lo asignado, ejecutado y devuelto en los departamentos de Cajamarca, Huancavelica, Puno.

Presupuesto SIS 2006			
Departamento	Monto enviado	Monto Ejecutado	Monto no Ejecutado
Cajamarca	17'823,714	17'462,163	361,551
Huancavelica	981,901,12	72,504,72	25,685,40
Puno	19,398,52	7'293,066	646,786

En el presente cuadro se verifica que, en tres departamentos, los montos no ejecutados son grandes cantidades. Por consiguiente, es necesario preguntarse qué sucedió con el presupuesto. A continuación veremos la respuesta de los Gobiernos Regionales señalados.

2.6.1.2 La inadecuada gestión del presupuesto en los Gobiernos Regionales

La falta de presupuesto del SIS es uno de los problemas que atraviesa el sistema de salud. Sin embargo, no es el único. La incorrecta gestión de los Gobiernos Regionales para administrar los fondos del SIS es otro de los problemas que hacen imposible la universalización del derecho a la salud como principal objetivo del sector

Salud.

Debemos señalar, asimismo, que no es nuestro propósito pronunciarnos en este Informe sobre el presupuesto que los Gobiernos Regionales reciben como parte del presupuesto nacional en su condición de entidades autónomas. El presente Informe abarca lo relativo a la asignación que le es remitida por el SIS para su distribución a los establecimientos de salud, acorde con los fines del seguro. Es allí donde, en el curso de la evaluación, se han encontrado diversos problemas de gestión en lo referente a la administración de dichos fondos, y ello se analizará en casos precisos que se presentaran más adelante.

En esa línea, los Gobiernos Regionales, como bien hemos señalado, son los que distribuyen al interior de sus organismos el presupuesto que se le asigna a cada DIRESA. En otras palabras, es el mismo Gobierno Regional la entidad que asigna el presupuesto que solicitan los establecimientos de salud –de acuerdo, por ejemplo, al número de atenciones que se realizan en cada región–. Esa situación no permite conocer con certeza, a través del MINSA, la ejecución del presupuesto, tema que se vera más adelante.

Como se sabe, el presupuesto público debe asegurar que las Regiones estén en capacidad de poder garantizar este derecho a quienes no tienen acceso. Sin embargo, una de las principales causas de que la población no tenga acceso a servicios de salud es la falta de recursos. En tal sentido, como se ha indicado desde diversos sectores, el Estado debería estar en capacidad de poder brindar dicho acceso a las personas que más lo requieren.

Para ello requerimos información a algunos Gobiernos

Regionales con la finalidad de conocer cuáles son las deficiencias del sistema de salud en sus localidades, pudiendo obtener como resultado, la falta de presupuesto en algunas zonas, además de la mala administración de los gastos en salud por parte de las autoridades del lugar. Uno de los problemas identificados es la falta de ejecución del presupuesto asignado a su Región, por lo que los referidos recursos se devuelven por no haberse ejecutado lo previsto.

A continuación presentamos algunos ejemplos de la distribución de presupuesto asignado a los Gobiernos Regionales de Cajamarca, Huancavelica y Puno, durante los años 2004-2006, los cuales serán analizados verificando el presupuesto asignado, así como el presupuesto ejecutado en cada región.

a) Cajamarca

La Dirección de Desarrollo del Gobierno Regional de Cajamarca nos remite, mediante Oficio N° 758-2007-GR.CAJ/DRSC-A.J.-AAA, con fecha 19 de marzo del 2007, la información referente al presupuesto de los años 2005-2006.

El presupuesto entregado al Gobierno Regional de Cajamarca por el SIS en el año 2005 ascendió a S/. 4' 683, 371.70 nuevos soles, siendo ejecutado el mismo monto, de acuerdo a los solicitado por cada DIRESA.

En el año 2006, el monto entregado por el SIS al Gobierno Regional no fue señalado; sin embargo, lo ejecutado asciende a S/. 4' 376, 089.10. Como se puede apreciar, existe una disminución en lo que correspondiente al presupuesto del año anterior.

Por último, en lo que corresponde a la ejecución del

presupuesto de los establecimientos de salud no es posible identificar los gastos realizados por cada establecimiento de salud. La razón reside en que no se ha identificado de manera adecuada la información brindada, lo que hace imposible poder deducir los gastos por cada establecimiento de salud.

b) Huancavelica

La Dirección de Desarrollo del Gobierno Regional de Huancavelica nos remite la información al presupuesto asignado y ejecutado correspondiente a los años 2005-2006.

Durante el año 2005, el presupuesto remitido al Gobierno Regional ascendió a S/. 5' 415, 834.00 nuevos soles, cifra baja considerando que Huancavelica es una de la zonas con una población con mayor índice de pobreza extrema. Asimismo, el presupuesto ejecutado por el Gobierno Regional fue de S/. 1' 839, 632.2 nuevos soles, verificándose además la existencia de un reembolso que ascendió a S/. 3' 341, 157.10, con que lo que es posible señalar la existencia de una deficiente administración por parte de las autoridades locales, situación que genera no sólo la falta de atención de personas de escasos recursos, sino que además imposibilita que los establecimientos de salud puedan abastecerse de lo necesario para la atención de los afiliados.

A su vez, cabe resaltar del análisis realizado la existencia de un faltante que asciende a S/. 235,044.7 nuevos soles, monto que no hemos podido determinar si fue ejecutado o no fue devuelto al SIS, ni tampoco en qué pudo haber sido utilizado, toda vez que no se nos precisa dicha información.

Con respecto a la ejecución del presupuesto en los

establecimientos de salud es necesario señalar la existencia de tres rubros: (i) gastos administrativos, (ii) Referencias y Contra referencias⁵⁸ (RCR), (iii) medicamentos. En lo que corresponde a gastos administrativos, no es posible identificar cuáles son dichos gastos. Sin embargo, hemos podido verificar que, en algunos establecimientos de salud, los gastos son mucho mayores que en otros. A manera de ejemplo podemos señalar que, en el Centro de Salud Ascensión (código 090101 A 201), dichos gastos ascienden a S/. 8, 481.5 nuevos soles, mientras que en el Puesto de Salud Marcas (090404 A 302) el gasto es de S/. 23.20 nuevos soles.

En lo que corresponde a medicamentos en Huancavelica, podemos determinar que existen lugares en los que no se realizaron compras de medicamentos; sin embargo, existe el reembolso al SIS. Consideramos necesario mencionar, a manera de ejemplo, que en el Centro de Salud Huando (código 090708 A 205) no se realizó ningún gasto en medicamentos. Sin embargo, le reembolsó al SIS S/. 121, 101.6 nuevos soles, cifra que es 14 veces mayor que el monto gastado entre gastos administrativos y referencias y contra referencias (RCR).

Por otro lado, en lo que corresponde al presupuesto enviado por el SIS al Gobierno Regional durante el año 2006, éste asciende a S/. 5' 421, 187.58 nuevos soles, de los cuales fueron ejecutados S/. 1' 709, 343.85 nuevos soles entre gastos administrativos y compra de

⁵⁸ La Norma Técnica N° 18-MINSA/DGSO-V.01, referente al Sistema de Referencias y Contrarreferencias de los establecimientos de salud del MINSA, señala en su artículo 5.2: “*El sistema de referencias y contrarreferencias (SRC) es el conjunto ordenando de procedimientos asistenciales y administrativos a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios (..)*”

medicamentos.

De manera similar al año 2005, la Región de Huancavelica realizó el reembolso de S/. 2' 777, 022.55 nuevos soles. Asimismo, existe un faltante de S/. 934, 821.18 nuevos soles, monto que no es posible determinar en qué fue utilizado.

c) Puno

Mediante oficio N° 264-1007-GR-PUNO/GRPPAT, la Dirección Regional de Puno nos remite una información parcial, toda vez que se nos envía lo relativo a la distribución presupuestal asignada por el SIS a este Gobierno Regional, mas no se señala el presupuesto asignado a cada establecimiento de salud, de acuerdo a lo solicitado.

Del análisis realizado a la información proporcionada, podemos apreciar que para el año 2005, el Gobierno Regional recibió del SIS la suma de S/: 6, 946, 773 nuevos soles, del cual sólo ejecutó durante el año la suma de S/: 5, 523, 578. 74 nuevos soles. El saldo restante es S/: 1, 4223, 194.26 nuevos soles, diferencia que no es posible identificar su destino de la información brindada.

Ahora bien, algo que es importante precisar con relación al presupuesto es que durante los meses de enero a abril del 2005 el presupuesto no fue ejecutado, por lo que cabría preguntarse cuál fue el motivo de dicha situación. La ejecución se inicia a partir de mayo hacia adelante. En ese sentido, podríamos señalar que el saldo que se dejó de ejecutar corresponde a lo que debía ser distribuido para esos meses, y no se realizó, perdiéndose así dicha

suma de dinero.

Por último, el presupuesto asignado por el SIS para el año 2006 ascendió a S/. 9' 747, 172 nuevos soles, habiéndose ejecutado sólo S/. 7' 732, 723.00 nuevos soles, quedando un saldo de S/. 2' 014, 449.00 nuevos soles sin ejecutar, situación contradictoria con el mapa de pobreza, si consideramos que Puno es uno de los departamentos con un índice de pobreza alto.

Finalmente, con relación a la distribución del presupuesto a los establecimientos de salud, esta información no ha sido remitida por el Gobierno Regional en ninguno de los dos años mencionados.

En consecuencia, podemos apreciar, en lo que corresponde a la asignación presupuestaria en las regiones analizadas, que el presupuesto en cada una de ellas es escaso tomando en cuenta que se trata de regiones que albergan población en extrema pobreza y, sin embargo, existen situaciones donde los Gobiernos Regionales reembolsan una parte del presupuesto de regreso al SIS. Dicha situación demuestra la mala gestión que realizan las autoridades del lugar, situación que debe ser tomada en cuenta por el Ministerio de Salud como ente rector del sector Salud.

CAPÍTULO III

ESTUDIO DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD: METODOLOGÍA

Como se ha explicado anteriormente, la Defensoría del Pueblo consideró necesario llevar a cabo una evaluación del SIS, para lo cual se solicitó una serie de estudios, los cuales son la base del presente Informe Defensorial. Los siguientes capítulos presentarán los resultados de las consultorías llevadas a cabo en el 2004 y el 2006, referidas al Estudio de la Demanda Atendida por el SIS. En razón de ello, a continuación se presenta la metodología utilizada para su realización.

Estos estudios evalúan la demanda atendida por el SIS desde un enfoque de derechos en las regiones calificadas con el mayor índice de población que vive en pobreza y pobreza extrema, destacando su evaluación socioeconómica (pro pobre) y el análisis cualitativo de percepciones acerca de problemas y restricciones del SIS a partir de los elementos esenciales del derecho a la salud (accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y/o calidad), haciendo una comparación entre los resultados obtenidos en el 2004 con los del 2006 con el propósito de observar su evolución.

3.1. Tipo y diseño del estudio

El presente estudio es descriptivo, cuantitativo, cualitativo y retrospectivo. Debido a la naturaleza del problema y los objetivos a lograr, se plantearon diseños diferenciados, pero interrelacionados.

Objetivo Específico 1: Estudio Descriptivo y Retrospectivo:

Aplicación del Sistema de Evaluación Socioeconómica Familiar (SESE-SIS), basado en tres parámetros fundamentales: tenencia de bienes, características sociodemográficas y características de la vivienda, el cual se denomina Índice de Bienestar Económico de Hogares (IBEH). Esta metodología es de aplicación vigente en el SIS y se usa en el estudio del presente año. Es necesario resaltar que los resultados han sido comparados con los encontrados en el año 2004, donde la evaluación del nivel socioeconómico se producía en base al Sistema de Identificación del Usuario (SIU), el que fue reemplazado en los últimos meses del año 2004 por el Sistema de Evaluación Socioeconómica (SESE), por lo cual es un estudio retrospectivo.

Objetivo Específico 2: Estudio Descriptivo, Cuantitativo, Cualitativo y Retrospectivo: Los datos obtenidos se tabularon para cuantificar los resultados, así como su interpretación. De igual manera se transcribieron relatos relevantes que permiten percibir, deducir e interpretar la percepción de las variables de estudio. Estos datos fueron comparados por departamento y nivel de complejidad de los establecimientos de salud, siendo comparados con los obtenidos en el año 2004, en vista de que se usaron las mismas variables e instrumentos similares. El análisis de tipo cualitativo se realizó con el propósito de descubrir dimensiones subyacentes y esquemas de relaciones importantes entre las variables, pudiendo establecerse la frecuencia relativa para cada uno de sus valores.

Objetivo Específico 3: Estudio Descriptivo, Cuantitativo, Cualitativo y Retrospectivo: Los resultados obtenidos se cuantificaron e interpretaron con relación a la percepción de los usuarios sobre la protección, la promoción y el

respeto de los derechos en los casos estudiados, según departamento y nivel de atención de los establecimientos de salud. Estos resultados también fueron comparados con los obtenidos en el año 2004, en vista de que se usó un instrumento similar.

3.2. Muestra

Para seleccionar los departamentos donde aplicar el presente estudio, a excepción del departamento de Lima, nos basamos en aquellos con mayor índice de pobreza, mayor porcentaje de pobreza extrema y mayor brecha de pobreza del país,⁵⁹ en los tres niveles de atención. Las variables utilizadas para el presente estudio se pueden revisar en el Anexo 5.

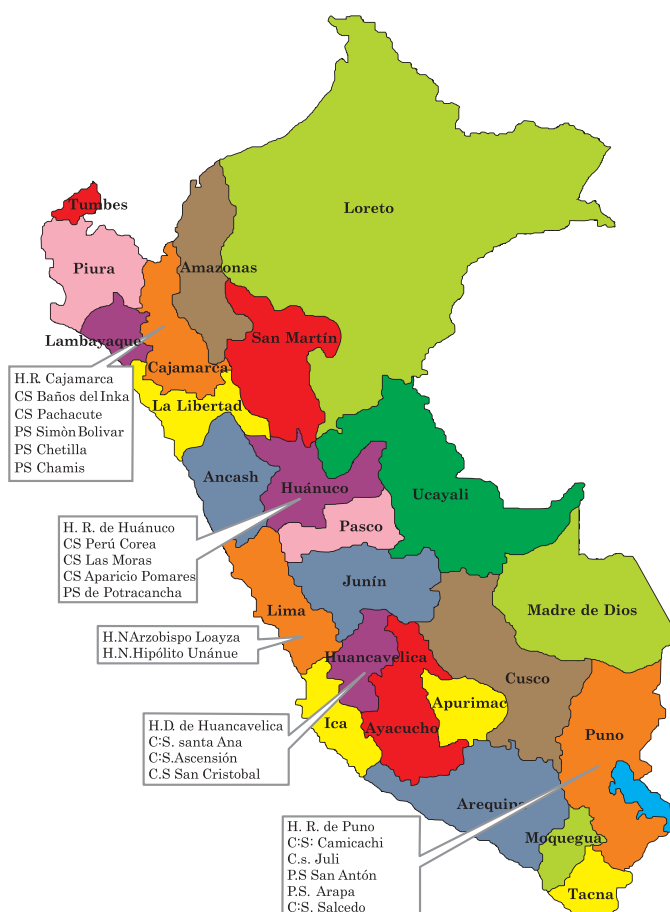
A continuación se presentan los criterios de selección y detalles de la muestra.

Establecimientos Nacionales

La ciudad de Lima fue seleccionada para evaluar la atención en los hospitales nacionales y, con ello, poder obtener una muestra en los tres niveles de atención. Las características de procedencia de los hospitales nacionales considerados en el estudio, que se pueden apreciar gráficamente en el mapa que se presenta a continuación, son las siguientes,

⁵⁹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares anual Mayo 2003–abril 2004.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL ESTUDIO



En el tercer nivel de atención se consideró a los siguientes hospitales:

a) Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La demanda atendida por éste procede principalmente del Cono Norte (42.89%), específicamente de los distritos San Martín de Porres, San Juan de Lurigancho, Comas, Los

Olivos e Independencia, cuyos porcentajes de población pobre son 21%, 41,2%, 26.5%, 28.4% y 29.9%, respectivamente;⁶⁰ de los distritos de Cercado de Lima, Breña y La Victoria, de donde procede el 26.71% de su demanda, cada una de ellos con porcentajes independientes de población pobre de 20.7%, 14.2% y 21.9%, respectivamente.⁶¹

b) Hospital Nacional Hipólito Unanue. La población del área de influencia de este establecimiento se encuentra en el estrato II de pobreza. Es decir, tiene entre 40.1% y 60% de hogares con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha.⁶²

Establecimientos en las regiones

Como se ha indicado anteriormente, las regiones fueron seleccionadas de acuerdo al índice de pobreza. En tal sentido, el estudio se llevó a cabo en Huancavelica, Puno, Huánuco y Cajamarca.

En el segundo y primer Nivel de Atención se consideraron establecimientos de salud de los departamentos con los indicadores de pobreza más alarmantes del país, siendo sus características las siguientes:

⁶⁰ DISA Lima Norte. ASIS 2003.

⁶¹ DISA Lima Ciudad. ASIS 2002.

⁶² HNHU. Plan Estratégico Institucional 2004-2006.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN EN EL I Y II QUINTIL DE POBREZA



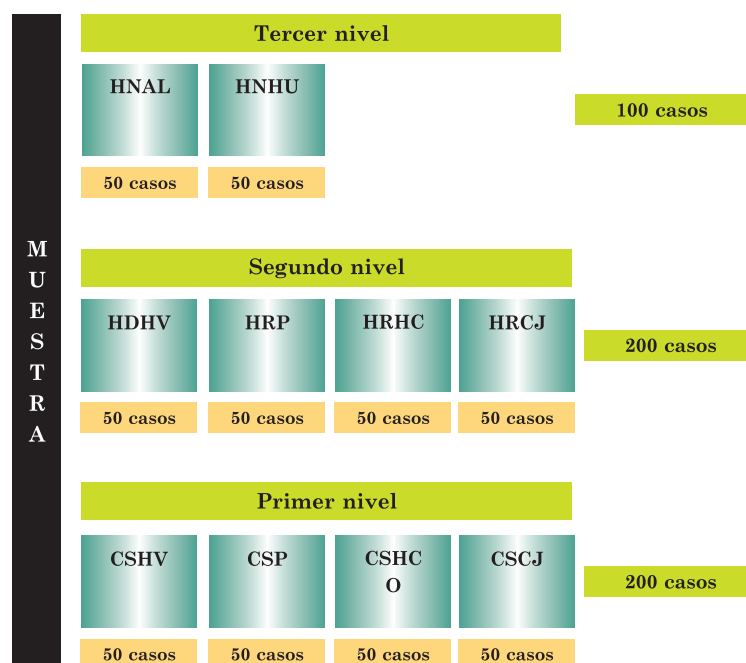
Detalles de la muestra

La muestra, según los niveles de atención de los establecimientos de salud, de pacientes atendidos por el SIS en los servicios de hospitalización, de consulta externa y de emergencia entre marzo y agosto del 2006, seleccionados al azar simple, es la siguiente:

- a. 50 pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- b. 50 pacientes del Hospital Nacional Dos De Mayo.
- c. 50 pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica.
- d. 50 pacientes del Hospital Departamental de Huánuco.
- e. 50 pacientes del Hospital Departamental de

Puno.

- f. 50 pacientes del Hospital Departamental de Cajamarca.
- g. 50 pacientes atendidos en puestos y centros de salud del departamento de Huancavelica. Para efectos del muestreo se consideró como una unidad a los centros de salud escogidos: Santa Ana, Ascensión y San Cristóbal, de la provincia de Huancavelica
- h. 50 pacientes atendidos en puestos y centros de salud del departamento de Huánuco. Para efectos del muestreo, se consideró como uno sólo a los centros de salud Perú-Corea, Las Moras, Aparicio Pomares y el Puesto de Salud de Potracancha, provincia de Huánuco.
- i. 50 pacientes atendidos en puestos y centros de salud del departamento de Puno. Se seleccionó a los centros de salud Juli-provincia de Juli y Camicachi, provincia Collao, Salcedo, provincia de Puno, y los puestos de salud San Antón y Arapa, en la provincia de Azángaro. Para efectos del muestreo, dichos centros de salud fueron considerados como uno.
- j. 50 pacientes atendidos en puestos y centros de salud del departamento de Cajamarca. Para efectos del muestreo se consideraron como uno solo los centros de salud seleccionados: Baños del Inca, Pachacútec y los puestos de salud Simón Bolívar, Chetilla y Chasis, provincia de Cajamarca.



Para seleccionar los establecimientos de salud para el estudio se consideró a todos aquellos ubicados aproximadamente a dos horas de la capital del departamento, a excepción de los establecimientos de San Antón y Arapa, en el departamento de Puno. Así se dispuso en razón de que fue el primer departamento seleccionado para el estudio e inicialmente se pensó trabajar también con establecimientos lejanos a la capital.

Sin embargo, luego de la primera aplicación quedó demostrado que dicho criterio planteaba problemas por cuestiones de tiempo, dificultad en el acceso geográfico y problemas logísticos. Por ello se adoptó la decisión de trabajar en el resto de departamentos con establecimientos más accesibles desde la capital.

3.3. Técnica y método de trabajo

Tras la selección de las muestras, según lo establecido, se procedió a:

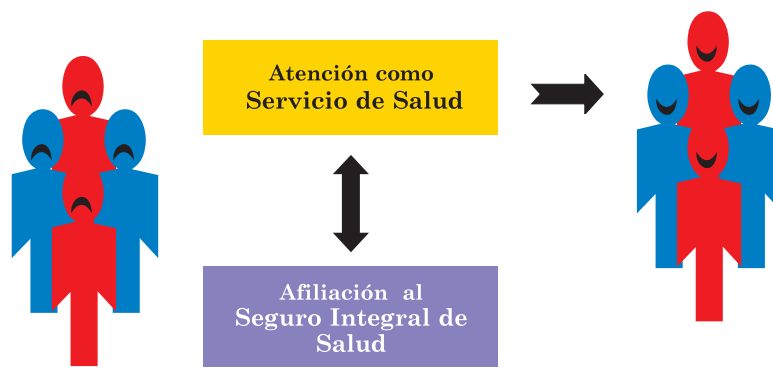
- a. Recopilar copias de las Fichas de Evaluación Socioeconómica (FESE) en los establecimientos de salud seleccionados, que sirvieron para la ubicación del domicilio y la comparación FESE aplicada en el establecimiento de Salud (CSEAS - SIS).
- b. Realizar visitas domiciliarias a cada usuario seleccionado y aplicar la ficha de entrevista y la ficha de evaluación socioeconómica.
- c. Sistematizar los datos obtenidos de la ficha de evaluación socioeconómico y categorizarlos según nivel socioeconómico.
- d. Comparar los resultados de la FESE aplicada por el encuestador (CSEAE) con la obtenida en el establecimiento de salud de origen (CSEAS - SIS).
- e. Comparar los resultados del 2006 con los del 2004 mediante la utilización del Sistema de Identificación del Usuario (SIU).
- f. Evaluar el cuestionario semi estructurado aplicado a los casos de estudio visitados.
- g. Comparar los resultados con los del estudio realizado en el año 2004.

3.4. Organización del estudio

Desde la perspectiva de los usuarios, el SIS ofrece dos servicios: por un lado, la atención que se brinda para afiliarse a la persona y/o familia brindada por las unidades

de seguros o sus homólogos en los establecimientos de salud y, por el otro, la prestación del servicio de salud donde el afiliado SIS hace uso efectivo de los beneficios prestacionales a que tiene derecho como asegurado.

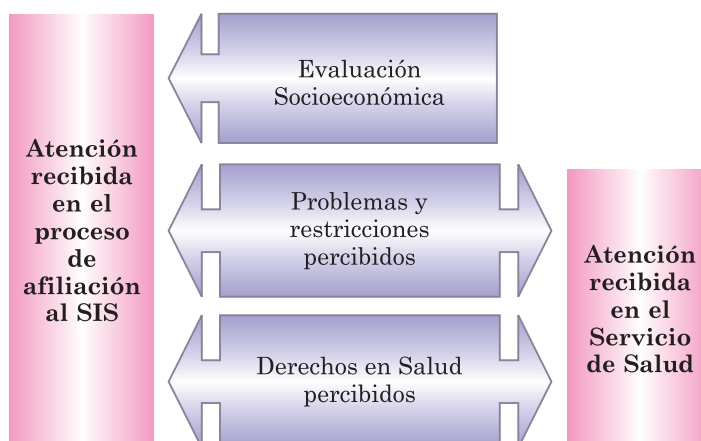
Ello se puede graficar de la siguiente manera:



Los pacientes suelen vincular los servicios de salud que el establecimiento les brinda con las acciones administrativas o de financiamiento que el SIS les impone. De esta manera, sus percepciones se entremezclan y transmiten sus experiencias, en ambos sentidos, de manera indistinta. En tal sentido, esta diferenciación es importante a fin de poder organizar la información recopilada y que ésta pueda ser comparada.

Tomando en cuenta lo expuesto, el presente estudio se organizó, desde la perspectiva de la demanda, en dos áreas: (i) atención recibida en el proceso de afiliación en los establecimientos de salud; y (ii) atención recibida como servicio de salud. Cada una de las áreas definidas se vinculó a cada variable del estudio, lo que se aprecia en el gráfico siguiente:

DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS



Por otro lado, ha sido necesario considerar lo siguiente:

- a. El proceso de afiliación comprende, como se ha explicado anteriormente, la inscripción, la evaluación socioeconómica y la afiliación propiamente dicha, siendo en esta última donde se genera el contrato que da al beneficiario el derecho a ser atendido en forma gratuita en los establecimientos de salud del MINSA. En casos de emergencia y descarte de embarazo, sólo se puede atender con la ficha de inscripción de su respectiva FESE.
- b. Los establecimientos de primer nivel de atención y hospitales de apoyo están autorizados a llevar a cabo el proceso de afiliación. Sólo en situaciones de emergencia se puede ser atendido por cualquier establecimiento de salud de cualquier nivel de atención.
- c. Los tipos de servicios a que acceden los beneficiarios

pueden ser: (i) emergencia, (ii) hospitalización, (iii) consulta externa, (iv) unidad de cuidados intensivos, (v) cirugías, (vi) servicios dentales, (vii) exámenes de ayuda al diagnóstico, (viii) medicamentos, (ix) traslados y (x) sepelios. Con relación a este aspecto, cabe remarcar que, con fecha 17 de marzo de 2007, se publicó el Decreto Supremo 004-2007-SA, que tipifica los tipos de servicios que cubrirá el SIS, pero para efectos del presente estudio, dicha norma no se ha tomado en cuenta ya que la muestra se tomó antes de su publicación.

- d. La variable ‘condición socioeconómica’ se estudió como una acción inherente al proceso de afiliación, en tanto que las variables referidas a la atención, a partir de los elementos del derecho a la salud, fueron estudiadas con relación al proceso de afiliación y al servicio de salud, de manera independiente.
- e. Para efectos del estudio se utilizará la denominación ‘pobres extremos’ para los de la categoría socioeconómica “C” y ‘pobres no extremo’ para los de la categoría “B”. Este último es conocido en alguna bibliografía sólo como ‘pobre’, incluso en el glosario del SIS.

3.5. Principales limitaciones del estudio

El desarrollo del presente estudio ha tenido algunas limitaciones, tanto metodológicas como operativas, las que se presentan a continuación:

a) Limitaciones Metodológicas

- El número y la distribución de los casos a ser estudiados en cada nivel de atención fueron preestablecidos. Ello limitó las opciones de selección y distribución de la muestra, con relación a la proporción de atendidos en cada nivel y por servicio brindado.
- El diseño cualitativo encontró su limitación en la poca predisposición de las personas a dar sus opiniones sin temores y a ser grabados.
- Las conclusiones del estudio no se pueden generalizar. Son válidas para los lugares de estudio, y la muestra se debe analizar como una serie de casos.

b) Limitaciones Operativas

Obtención de las Fichas de Identificación Socioeconómica.

La confirmación documentaria de la muestra fue aportada por las copias de las Fichas de Identificación Socioeconómica de los pacientes atendidos por el SIS en los establecimientos seleccionados. Con relación a ello, las limitaciones fueron:

- **Hospitales Nacionales.** Hubo demora en la autorización para sacar copia a las FESEs.
- **Hospitales Regionales.** Se encontró ausencia de fichas en la Oficina de Seguros. Al respecto indicaron que los establecimientos de salud no refieren a los pacientes con la copia de la ficha correspondiente, algunas veces porque las envían a la Oficina Descentralizada del SIS.⁶³

- **Centros y Puestos de Salud.** La alternancia de los profesionales en la responsabilidad del manejo del SIS y el ausentismo de los jefes del establecimiento para la autorización del fotocopiado de las fichas limitaron la obtención de éstas (Puno, Huánuco, Cajamarca).⁶⁴
- En los establecimientos de estudio, al presentarnos con la carta de la Defensoría del Pueblo para obtener las fichas, se percibió desconfianza, preocupación y recelo para proporcionar la información. Al respecto, los prestadores indicaron que dicha actitud se debía a la influencia que ejerce la Defensoría del Pueblo en la zona, temiendo que se les pudiera sancionar.

A partir de la calidad del llenado de las Fichas de Identificación Socioeconómica de los Usuarios se encararon algunas limitaciones, a saber:

- El llenado de las fichas es manual, por lo que muchos de los datos son poco legibles, no han sido consignados o están incompletos y las fotocopias no ayudan a entenderlos.
- Algunas FESE no consignan la categoría

⁶³ En el Hospital Regional de Puno hubo problemas para obtener las fichas de identificación socioeconómica ya que requerían documentos adicionales de la Oficina Defensorial de Puno, lo que ocasionó retrasos. En el hospital de Cajamarca, la ausencia del responsable en la Oficina de Seguros, por tener otras actividades que cumplir, ocasionó trámites y tiempos de respuesta prolongados a nuestra solicitud, sobre todo cuando se trató de proporcionarnos las fichas de evaluación socioeconómica para sacarles copia.

⁶⁴ Así, por ejemplo, en el caso del centro de salud de San Antón, se le encontró cerrado ya que tenían actividad deportiva los días 29 y 30 de agosto por la celebración de Santa Rosa de Lima. Por ello, se demoró siete días en conseguir las FESE.

socioeconómica.

- Algunas FESE registraban en el recuadro de la categoría dos sellos distintos, dificultando saber a qué categoría pertenecen.
- Existen dificultades para identificar las direcciones, por estar incompletas, poco claras, equivocadas, inexistentes o por no encontrarse al paciente por traslado de residencia, por viaje o por encontrarse en otro domicilio.

CAPÍTULO IV

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD CON ENFOQUE PRO POBRES

En virtud de lo expuesto, el SIS es una estrategia básica en la ruta hacia el aseguramiento universal al facilitar el financiamiento de las prestaciones de los servicios de salud a la población con mayores carencias del país, mediante la focalización de la población en pobreza y extrema pobreza. Las prestaciones financiadas por el SIS se orientan hacia la atención de grupos poblacionales cuyas necesidades de salud son las más urgentes, existiendo planes de beneficios en atenciones preventivas, de promoción y recuperativas.

En razón de ello, se recogió, como ya se ha mencionado, información sobre la condición económica a partir de una muestra de beneficiarios del SIS a fin de analizar si el proceso de evaluación socioeconómica que se utiliza permite determinar adecuadamente las categorías de pobres y pobres extremos y los problemas que se puedan estar produciendo en dicho proceso con el propósito de analizar si se está cumpliendo con los objetivos del SIS.

En tal sentido, la evaluación de la condición socioeconómica de la Demanda Atendida por el SIS se realizó por establecimiento de salud, considerando el porcentaje de personas atendidas según la Categoría Socioeconómica Asignada por el SIS (CSEAS-SIS) y la Categoría Socioeconómica Asignada por el Estudio (CSEAE). El estudio, en todos los casos, incluso en aquellas localidades rurales donde la incidencia de

pobreza es absoluta, verificó los datos de las FESE con vistas a determinar los posibles problemas en la calificación de pobreza.

Esta verificación es la que, en muchos casos, permitió tener una categorización diferente a la realizada por el SIS y advertir casos de filtraciones,⁶⁵ problemas con la calidad del llenado de las Fichas de Evaluación Socioeconómica (FESE) y comparar los resultados de los estudios realizados en el 2004 con el del 2006. Por otro lado, cabe señalar que se identificaron ciertos aspectos que por no haberse definido en la ficha FESE un ámbito donde incorporarlos, no se pudo incluirlos a pesar de que podrían haber ayudado a la categorización.

A continuación se presentan dichos resultados y un análisis concernientes a los problemas encontrados. El detalle de los resultados por establecimientos de salud involucrados en el estudio, de conformidad a los niveles en los que se recogió la muestra, se podrá apreciar en el Anexo 8.

4.1 Perfil socioeconómico de la Demanda Atendida por el SIS

El estudio realizado ha verificado que, en el 94% de los casos de nuestra muestra, el SIS logra dar acceso a servicios de salud a su población - objetivo, la población pobre y extremadamente pobre. Sin embargo, de los resultados que se presentan a continuación, queda claro que el predominio de atención que brinda el SIS no se encuentra focalizado en la población que vive en pobreza

⁶⁵ Se refiere a alguien que hizo uso del beneficio del SIS sin ser parte de la población - objetivo del SIS (PE y PNE).

extrema, de conformidad con los objetivos que se ha planteado para convertirse en una política eficiente de lucha contra la pobreza.

Por otro lado, es importante destacar que el presente estudio se ha realizado en la población atendida por el SIS y que durante el trabajo de campo se ha podido evidenciar que existe un gran sector de dicha población, principalmente rural, que no ha tenido la oportunidad o simplemente todavía no accede a los servicios de salud, lo cual también sería motivo de otro estudio.

Si nos preguntamos por qué los establecimientos de salud presentan variabilidad en el perfil socioeconómico de la población atendida, las respuestas no son muy claras. Si nos centramos, por ejemplo, en lo sucedido en los CSHV ubicados en Huancavelica –el departamento más pobre del país, con un alto porcentaje de población rural⁶⁶ y que forma parte del primer nivel de atención–, en el año 2004 hubo predominio de atenciones a pobres extremos. Sin embargo, en el año 2006, el resultado fue antagónico, existiendo predominio de atenciones de no pobres.⁶⁷ Cuando queremos identificar alguna causa, nos preguntamos si es posible señalar un cambio en la situación socioeconómica de la población de Huancavelica, cómo se manifiesta la disminución de la pobreza en Huancavelica,⁶⁸ o si existe algún factor no identificado que explique esta variación en dos años.

⁶⁶ De acuerdo al censo 2005, la población de Huancavelica consta de 464 277, correspondiendo el 26% a la población urbana y el 74% a la población rural. ENAHO 2004.

⁶⁷ Para más información, véase el Anexo 8.

⁶⁸ Incidencia de pobreza en Huancavelica en el 2004, 84.4, y pobreza extrema, 59.9, con disminución de 1.8% con relación al año 2003. ENAHO 2004.

No obstante que la coincidencia de la categorización entre las CSEAS-SIS y la CSEAE fue al 100%, en los CSHV, no queremos dejar de mencionar que existieron algunos ítems de algunas pocas FESEs, cuyas respuestas se enunciaron en igual forma tanto al centro de salud como al encuestador del estudio. Al verificarse los datos, los resultados fueron diferentes, aunque esto no forzó la alteración o cambio de la categoría. Las razones de ello fueron explicadas por los entrevistados, quienes indicaron que no habían dado los datos correctamente porque les daba vergüenza decir que no tenían un desagüe y que sus necesidades las tenían que hacer a campo abierto. En tal sentido, respondieron con datos no ajustados a la realidad, sabiendo que ello podía perjudicarlos al momento de la evaluación, siendo considerados en una categoría que no les correspondía y por ende no calificando para ser beneficiarios del SIS.

No deja de llamar la atención que siendo tan alta la incidencia de pobreza total en los departamentos de Huancavelica, Puno y Cajamarca,⁶⁹ se atiende predominantemente a pobres no extremos, considerando que la prioridad del SIS es, precisamente, atender a la población más pobre. Creemos que si se aplican políticas sectoriales específicas en salud, diseñadas desde enfoque de derechos, equidad e interculturalidad, se podría mejorar la focalización y actuar concertadamente en los territorios más pobres, pero eso es todavía una ilusión. Tampoco debemos dejar de mencionar que se están realizando esfuerzos en la tarea de focalizar a las familias y ampliar su cobertura en beneficio de los planes I y II del SIS.

⁶⁹ Incidencia de Pobreza en Huancavelica, 84.4; Puno, 79.2; y Cajamarca 74.2. ENAHO 2004.

Por lo tanto, es necesario un compromiso sectorial a mediano plazo que garantice un crecimiento sostenido de las políticas de salud y, por parte del Estado, un crecimiento sostenido de las políticas sociales integradas que reduzcan la inequidad y la desigualdad para alcanzar las metas propuestas.

4.1.1 Resultados según departamentos

El Cuadro N° 01 resume las categorías socioeconómicas asignadas por el SIS y por el estudio al total de casos evaluados en cada establecimiento seleccionado, tanto del año 2004 como del 2006. De acuerdo a la CSEAE, en el 2004 fueron 12 los casos de no pobres detectados entre los 200 casos evaluados, cantidad que equivale al 6% de la muestra total. Según el estudio del año 2006, de los 500 casos evaluados, se detectaron 29 ocurrencias de no pobres, lo que equivale al 5.8% del total.⁷⁰ En ambos años, en el departamento de Huancavelica, el número de no pobres atendidos por el SIS fue cero, tanto en el Hospital Departamental como en los Centros de Salud, en ambos estudios, del 2004 y del 2006, lo que demuestra una alta eficacia en la evaluación socioeconómica de sus afiliados y refrenda la orientación pro pobre del SIS en dicha región.

⁷⁰ Para más información, véase el Anexo 8.

**CUADRO N° 1
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL SIS Y POR EL
ESTUDIO SEGÚN DEPARTAMENTOS DE ESTUDIO 2004 - 2006**

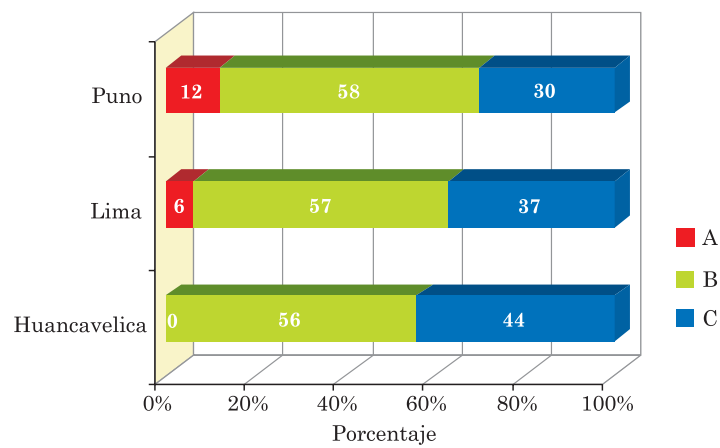
CSEAS 2004																			
Categoría Socioeconómica	Lima			Huancaavelica			Puno			Huánuco			Cajamarca						
	ESES		Total	ESES		Total	ESES		Total	ESES		Total	ESES		Total				
	HNALHNHU	N°	%	HDHVCSHV	N°	%	HRP	CSP	N°	%	HRHCO	CSHCO	N°	%	HRGJ	CSCJ	N°	%	
A	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	1	3	4	4	1	0	1	5
B	29	32	61	15	8	23	16	16	16	16	16	26	17	43	43	36	28	64	287
C	21	18	39	4	16	20	20	6	6	6	20	22	42	42	23	30	53	53	208
Total	50	50	100	19	24	43	24	0	24	24	50	50	100	100	50	50	100	100	500
CSEAE 2004																			
Categoría Socioeconómica	Lima			Huancaavelica			Puno			Huánuco			Cajamarca						
	ESES		Total	ESES		Total	ESES		Total	ESES		Total	ESES		Total				
	HNALHNHU	N°	%	HDHVCSHV	N°	%	HRP	CSP	N°	%	HRHCO	CSHCO	N°	%	HRGJ	CSCJ	N°	%	
A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	4	1	0	1	5
B	35	23	58	34	30	64	64	30	28	58	58	26	17	43	43	36	28	64	287
C	15	27	42	16	20	36	36	20	22	42	42	23	30	53	53	13	22	35	208
Total	50	50	100	50	50	100	100	50	50	100	100	50	50	100	100	50	50	100	500
CSEAE 2006																			
Categoría Socioeconómica	Lima			Huancaavelica			Puno			Huánuco			Cajamarca						
	ESES		Total	ESES		Total	ESES		Total	ESES		Total	ESES		Total				
	HNALHNHU	N°	%	HDHVCSHV	N°	%	HRP	CSP	N°	%	HRHCO	CSHCO	N°	%	HRGJ	CSCJ	N°	%	
A	4	2	6	0	0	0	4	2	6	12	4	6	10	10	4	2	6	6	29
B	26	31	57	20	8	28	56	13	16	29	58	23	16	39	39	35	27	62	273
C	20	17	37	5	17	22	44	8	7	15	30	23	28	51	51	11	21	32	198
Total	50	50	100	25	25	50	100	25	25	50	100	50	50	100	100	50	50	100	500

* A = No pobre, B = Pobre no extremo, C = Pobre extremo

En cuanto a los pobres no extremos atendidos, en el año 2004, el total alcanza la cifra de 114, es decir 57% de la muestra total evaluada. La mayor cifra de pobres no extremos atendidos se encontró en el departamento de Lima, con 57 casos, seguida por la del departamento de Puno (con 29 casos) y la de Huancavelica (con 28 casos). Este orden, dado por las cifras absolutas de los pobres no extremos, se modifica si consideramos su proporción individual con respecto al total de casos evaluados en cada departamento. Analizado así, el porcentaje de pobres no extremos es muy cercano en los tres departamentos: 58% en Puno, 57% en Lima y 56% en Huancavelica. Con relación a los pobres no extremos atendidos, en el año 2006, el total alcanza la cifra de 273, es decir, 54.6% de la muestra total evaluada, porcentaje menor en 2.4% al del año 2004. La mayor cifra de pobres no extremos atendidos se encontró en el departamento de Huancavelica, con 64%, seguida por la del departamento de Cajamarca con 62%, la de Puno con 57%, la de Lima con 51% y la de Huánuco con 39%. Este resultado es diferente a lo encontrado en el año 2004, llamando la atención sobre todo la característica socioeconómica del departamento de Huancavelica.

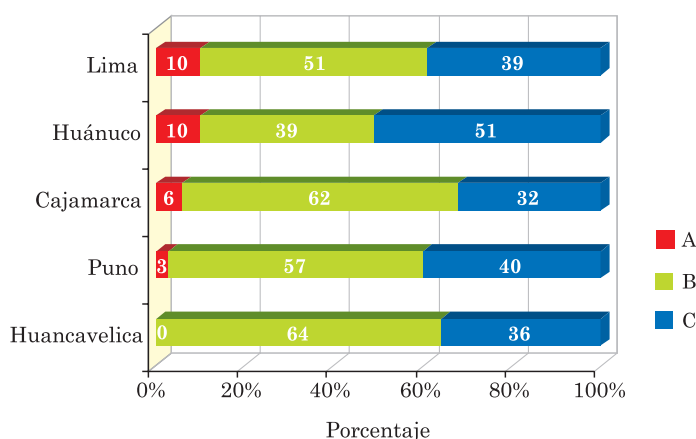
Con relación a los pobres extremos en el año 2004, éstos representan el 37% del total de casos evaluados en el estudio. El departamento con mayor porcentaje de pobres extremos atendidos por el SIS fue Huancavelica (44%), seguido de Lima (37%) y Puno (30%). En cambio, en el año 2006 constituyen el 39.6%, lo que indica un incremento de 2.9% de atención a la población en extrema pobreza con relación al año 2004. El departamento con mayor atención a la población en extrema pobreza es Huánuco (51%), seguido por Puno 40%), Lima (39%), Huancavelica (36%) y por último Cajamarca con el 32%, tal como se puede apreciar en el cuadro.

GRÁFICO N° 01.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CATEGORÍAS
SOCIOECONÓMICAS ASIGNADAS POR EL ESTUDIO SEGÚN
DEPARTAMENTOS 2004



En el Gráfico N° 02 se puede apreciar, con mayor claridad, la distribución porcentual de las CSEAE en el total de los casos evaluados por departamentos, tanto para el año 2004 como para el 2006. Esta comparación resulta de vital importancia al momento de evaluar al SIS:

GRÁFICO N° 02.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CATEGORÍAS
SOCIOECONÓMICAS ASIGNADAS POR EL ESTUDIO SEGÚN
DEPARTAMENTOS 2006



En esta evaluación se han considerado dos razones importantes:

- En primer lugar, el subproceso de evaluación socioeconómica se realiza en el establecimiento de salud a cuya jurisdicción pertenece el domicilio del inscrito y según niveles de atención.

En tal sentido, para el primer nivel, la visita domiciliaria no es obligatoria; para el segundo nivel, la visita domiciliaria se realiza según el criterio del profesional. En cambio, para el tercer nivel, la Ficha de Evaluación Socioeconómica debe ir acompañada de un informe social y se aplica en los casos de emergencia y en las referencias ambulatorias. Según lo anterior, los hospitales nacionales y regionales no necesariamente realizan la evaluación socioeconómica, especialmente en los

pacientes referidos por los centros del primer nivel. Cuando un paciente acude al hospital sin portar su FESE correspondiente, no es atendido por el SIS. Por el contrario, es “invitado” a regresar a su centro de salud de origen, para que obtenga una copia de su FESE y, con ella, obtener atención en el hospital.

En conclusión, las FESE son principalmente llenadas por el personal del puesto o centro de salud donde el solicitante debe acudir en primer lugar, para afiliarse al SIS. Por lo tanto, en realidad, nuestro estudio estaría evaluando la confiabilidad de un proceso de evaluación socioeconómica hecho principalmente en los niveles primarios de atención que, generalmente, no cuentan con personal profesional en servicio social o capacitado para ello.

La Directiva N° 003-2005/SIS-J señala el procedimiento y las normas para la aplicación del sistema de evaluación socioeconómica del SIS. En esa medida, los encargados del llenado de la FESE deben realizar los procedimientos de conformidad con dicha norma. De lo contrario se estarían realizando acciones que podrían conllevar a un inadecuado sistema de información para el SIS.

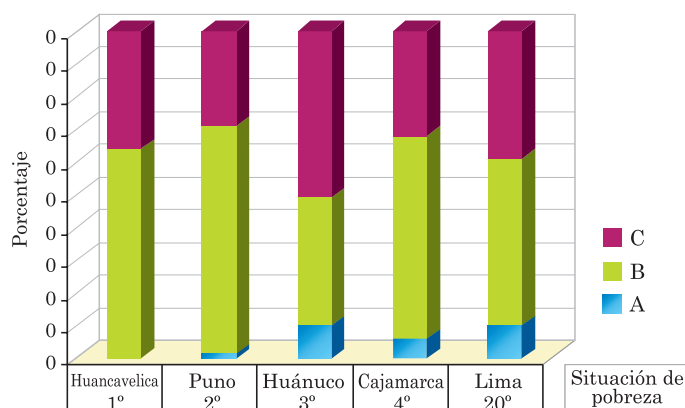
Esta virtual evaluación de los responsables del SIS en los niveles primarios de atención permite visualizar su nivel de preparación para desempeñar tan importante tarea. Además, estos Centros y Puestos de Salud confluyen, en último término, en áreas geopolíticamente definidas como los departamentos y cuyo sistema administrativo y operativo tiene, en cada uno de ellos, características

propias que requieren ser identificadas e incorporadas al análisis cualitativo de la problemática local. Además, estas características bien podrían determinar el grado en que el SIS llega a su población - objetivo, es decir, la orientación pro pobre que debe seguir.⁷¹

- En segundo lugar, el análisis por departamentos nos da una idea del grado de uso de los servicios de salud por parte de los pobres no extremos y pobres extremos a través del SIS, único medio que les permite romper las barreras económicas en el ejercicio de su derecho a la atención de salud. Es de esperar que este grado de uso de los servicios de salud por parte de la población - objetivo del SIS sea directamente proporcional al volumen de dicha población en la localidad. Por lo tanto, el análisis por departamentos cuyos niveles de pobreza son conocidos nos permite visualizar, desde otro punto de referencia, la orientación pro pobre del SIS (Gráfico 03).

⁷¹ Las características particulares de cada departamento influyen de modo especial en la forma de percibir el respeto al derecho a la atención de la salud de sus pobladores, como se verá en los próximos capítulos.

GRÁFICO N° 03.
PORCENTAJE DE ATENDIDOS SEGÚN NIVEL
DE POBREZA DE LOS DEPARTAMENTOS EN ESTUDIO - 2006

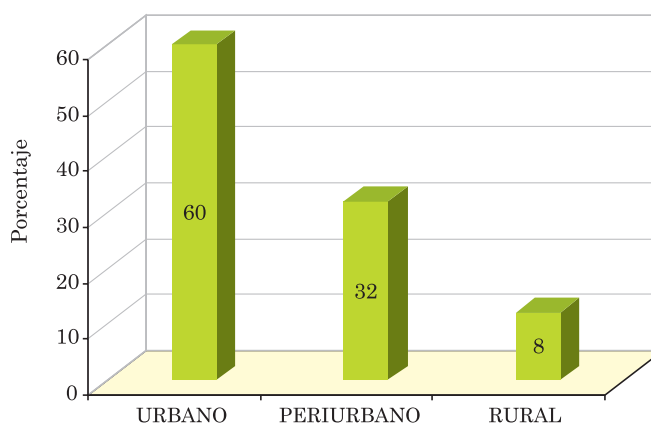


A partir de la ubicación geográfica del domicilio del total de casos estudiados en el año 2006 se observa que entre la población atendida predomina la del área urbana, a la que corresponde el 60%, seguida en menor porcentaje por la población periurbana con 32% ; sólo el 8% procede del área rural (Gráfico N° 04). El resultado se podría deber a que los establecimientos seleccionados estuvieran ubicados, como máximo, a dos horas de la capital de departamento, a excepción del departamento de Puno, donde se consideró, para el estudio, a establecimientos que se encontraban más lejos.

De todas maneras, el resultado no deja de ser alarmante debido el alto porcentaje de atención a la población urbana, ya que no debemos olvidar que en el estudio se incorpora a los hospitales nacionales y regionales que son referencia del primer nivel de atención, esperándose encontrar más casos de personas referidas. Con toda seguridad, estos resultados variarían si el estudio se hubiera realizado

íntegramente, en los Centros o Puestos de Salud del ámbito rural. Sin embargo, no deja de ser un factor a considerar en el análisis del tipo de población atendida por los establecimientos de salud del MINSA.

GRÁFICO N° 04
PORCENTAJE DE PROCEDENCIA SEGÚN UBICACIÓN
GEOGRÁFICA DEL TOTAL DE CASOS EN ESTUDIO - 2006



4.1.2 Resultados según Niveles de Atención de los Establecimientos de Salud

Con relación a las categorías socioeconómicas asignadas por el SIS y por el estudio al total de casos evaluados en cada nivel de atención –en los estudios de los años 2004 y 2006, como bien se puede apreciar en el Gráfico N° 02– se reporta que, en el año 2004, de acuerdo a la CSEAE, el mayor porcentaje de atención a no pobres se produjo en el II nivel de atención, con el 8%, seguido del III nivel de atención, con el 6%, y con el 4% en el primer nivel de atención. En cambio, en el año 2006 se reportó que el mayor número de casos atendidos, catalogados como no pobres según la CSEAE, se produjo en el III nivel de atención

Defensoría del Pueblo

(10%), seguido del II nivel de atención (5%) y del I nivel de atención (4.5 %).

En cuanto a los pobres no extremos atendidos en el año 2004, la mayor atención se proporcionó en el II nivel de atención (66%), seguida del I nivel (57%) y, en tercer lugar, por el III nivel (48%). Véase el Gráfico N° 02.

CUADRO N° 02
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL SIS Y
POR EL ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN 2004 - 2006

CSEAS 2004																
Categoría Socioeconómica	III Nivel de atención				II Nivel de Atención				I Nivel de Atención				TOTAL			
	EESS		Total		EESS		Total		EESS		Total					
	HNALHNHU	N°	%		HDHV	HRP	N°	%	CSHV	CSP	N°	%	N°	%		
A	0	0	0	0	0	2	2	4.651	0	0	0	2	1.20			
B	29	32	61	61	15	16	31	72.09	8	8	33.33	100	59.88			
C	21	18	39	39	4	6	10	23.26	16	16	66.67	65	38.92			
Total	50	50	100	100	19	24	43	100	24	24	100	167	100			
CSEAS 2006																
Categoría Socioeconómica	III Nivel de atención				II Nivel de Atención				I Nivel de Atención				TOTAL			
	EESS		Total		EESS		Total		EESS		Total					
	HNALHNHU	N°	%		HDHV	HRP	HRHCOHRCJ	N°	%	CSHV	CSP	N°	%	N°	%	
A	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	3	1.5		
B	35	23	58	58	34	30	26	36	126	63	30	28	17	28	103	51.5
C	15	27	42	42	16	20	23	13	72	36	20	22	30	22	94	47
Total	50	50	100	100	50	50	50	200	100	50	50	50	200	100	500	100
CSEAE 2004																
Categoría Socioeconómica	III Nivel de atención				II Nivel de Atención				I Nivel de Atención				TOTAL			
	EESS		Total		EESS		Total		EESS		Total					
	HNALHNHU	N°	%		HDHV	HRP		N°	%	CSHV	CSP	N°	%	N°	%	
A	4	2	6	6	0	4	4	8	0	2	2	4	12	6		
B	26	31	57	57	20	13	33	66	8	16	24	48	114	57		
C	20	17	37	37	5	8	13	26	17	7	24	48	74	37		
Total	50	50	100	100	25	25	50	100	25	25	50	100	200	100		
CSEAE 2006																
Categoría Socioeconómica	III Nivel de atención				II Nivel de Atención				I Nivel de Atención				TOTAL			
	EESS		Total		EESS		Total		EESS		Total					
	HNALHNHU	N°	%		HDHV	HRP	HRHCOHRCJ	N°	%	CSHV	CSP	N°	%	N°	%	
A	4	6	10	10	0	2	4	4	10	5	0	1	6	2	9	4.5
B	32	19	51	51	34	28	23	35	120	60	30	29	16	27	102	51
C	14	25	39	39	16	20	23	11	70	35	20	20	28	21	89	44.5
Total	50	50	100	100	50	50	50	200	100	50	50	50	200	100	500	100

* A = No pobre, B = Pobre no extremo, C = Pobre extremo

La misma característica aparece en el 2006, donde predomina la atención de pobres no extremos en el II nivel, seguida con iguales porcentajes (51%, cada uno) por el III y I nivel. En cuanto a la atención de pobres extremos según nivel de atención, es mayor en el primer nivel en los años 2004 y 2006 con 48% y 44.5%,

respectivamente. No obstante, cabe resaltar que, con relación al año 2004, la atención a los pobres extremos ha disminuido en 3.5%, en contraste con el aumento que se esperaba.

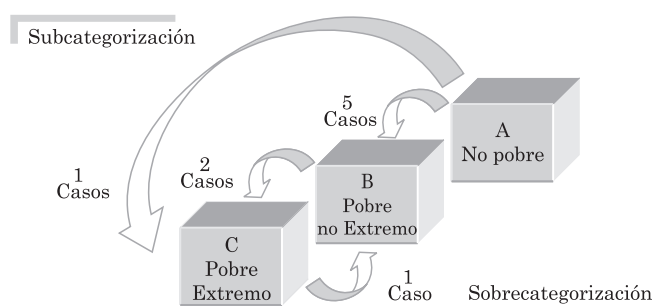
Asimismo es importante destacar las tendencias de categorización por niveles de atención. En el III nivel de atención, en el año 2004, se catalogaron nueve casos donde las CSEAS-SIS no coincidieron con la CSEAE. Los seis primeros casos fueron categorizados por el SIS como pobres no extremos. Sin embargo, según la CSEAE, cinco de ellos fueron no pobres (tendencia a la subcategorización), mientras que el sexto caso HNHU61 fue considerado como pobre extremo (único caso de sobrecategorización). Los tres casos restantes fueron categorizados por el SIS como pobres extremos. Uno de ellos, el caso HNAL 19, resultó ser no pobre, de acuerdo con la CSEAE.

Este hecho llama mucho la atención, pues los signos externos de pobreza están claramente diferenciados entre un no pobre y un pobre extremo. La naturaleza fortuita de este error es una incertidumbre que requiere ser esclarecida. Los otros dos casos fueron considerados como pobres no extremos de acuerdo con la CSEAE, lo que refuerza más aún la tendencia a la subcategorización en el proceso de evaluación socioeconómica del SIS, lo que explicaría, al menos en parte, la filtración de no pobres al SIS.

La calificación de subcategorización y sobrecategorización es utilizada para determinar si la categorización se realizó de manera adecuada o no. Un ejemplo de ello es cuando una persona se encuentra clasificada en el ítem B a pesar de que debería encontrarse en el ítem C, lo que es resultado de que la persona ha sido sobrecategorizada,

toda vez que ha ascendido a otra categoría no pudiendo ingresar a la cobertura del SIS, y viceversa (Gráfico N° 05).

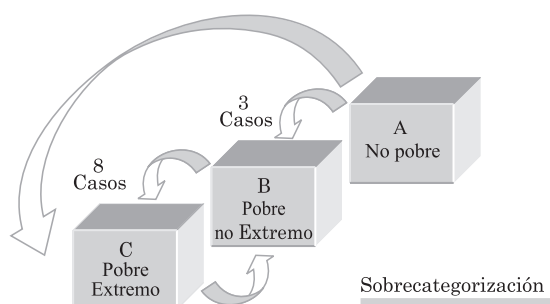
GRÁFICO N° 05
TENDENCIA DE CATEGORIZACIÓN SOCIOECONÓMICA
ASIGNADA POR EL SIS. HOSPITALES NACIONALES.
OCTUBRE DEL 2004.



En el año 2006, en los hospitales de nivel III se presentaron 11 casos de no coincidencia, de los cuales tres casos aparecieron en las CSEAS-SIS como pobres extremos en tanto que, de acuerdo con la CSEAE, fueron no pobres. De otro lado, ocho casos que en la CSEAS-SIS fueron calificados como pobres extremos resultaron ser pobres no extremos de acuerdo con la CSEAE. Ambos grupos esquematizan las calificaciones no coincidentes del SIS en la categorización, según las tendencias descritas. Es importante mencionar que los casos HNAL27, HNHU54 y HNHU56 no constituían filtración alguna, ya que la no coincidencia era de pobre extremo a pobre no extremo⁷² (Gráfico N° 06).

⁷² Para más información, véase Anexo 8.

GRÁFICO N° 06
TENDENCIA DE CATEGORIZACIÓN SOCIOECONÓMICA
ASIGNADA POR EL SIS. HOSPITALES NACIONALES.
OCTUBRE DEL 2006.



A diferencia de lo encontrado en los hospitales nacionales, en el estudio del año 2004, la tendencia predominante en el error de categorización en los hospitales regionales apuntó hacia la sobrecategorización, como se observa en el Gráfico N° 07. En cambio, en el año 2006, la tendencia predominante en el error de categorización es hacia la subcategorización en nueve casos, donde seis fueron considerados por la CSEAS-SIS como pobres no extremos y en la CSEAE resultaron ser no pobres, en tanto que tres casos fueron considerados como pobres extremos por la CSEAS-SIS y resultaron ser pobres no extremos en la CSEAE (Gráfico N° 08).

GRÁFICO N° 07
TENDENCIA DE CATEGORIZACIÓN SOCIOECONÓMICA
ASIGNADA POR EL SIS. HOSPITALES REGIONALES.
OCTUBRE DEL 2004.

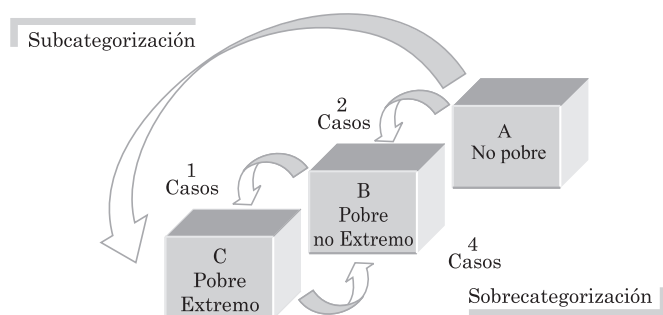
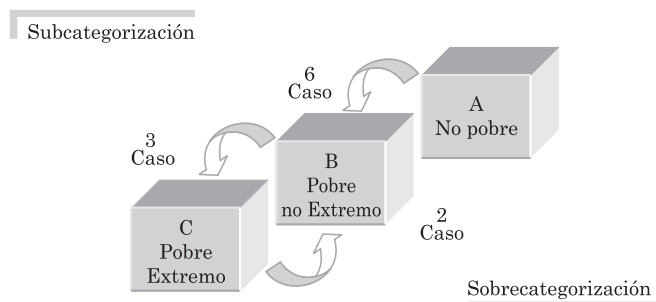


GRÁFICO N° 08
TENDENCIA DE CATEGORIZACIÓN SOCIOECONÓMICA
ASIGNADA POR EL SIS. HOSPITALES REGIONALES.
OCTUBRE DEL 2006.



Ahora bien, para convalidar la información planteada, a continuación presentamos algunos porcentajes de acuerdo con los niveles de atención I, II y III, es decir en los Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y los Centros de Salud.

4.1.2.1 Los Hospitales Nacionales

En la comparación porcentual entre las CSEAE, en el total de casos evaluados en los años 2004 y 2006 en hospitales nacionales, se verifica el predominio de los pobres no extremos sobre los pobres extremos entre los beneficiarios del SIS, en ambos años, existiendo un 12% más en el año 2006 que en el año 2004. Es decir que en el año 2006, luego de dos años, se han atendido más pobres no extremos en relación con el estudio realizado en el 2004, con lo cual cabe preguntarse si finalmente esta política está llegando a quienes más lo necesitan.

Ahora bien, a manera de ejemplo, con relación a la comparación de los estudios en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), podemos señalar que, comparando los estudios de los años 2004 y 2006, se observa que en el año 2006 se atendió un 16% más de beneficiarios de población en pobreza extrema (categoría “C”), lo que indicaría que existe una tendencia al incremento de la cobertura a esta población. Paradójicamente se encuentra también el incremento en un 8% de población no pobre (categoría “A”) atendida en este nosocomio, referida en su totalidad de establecimientos del primer nivel de atención con sus fichas de evaluación socioeconómica.

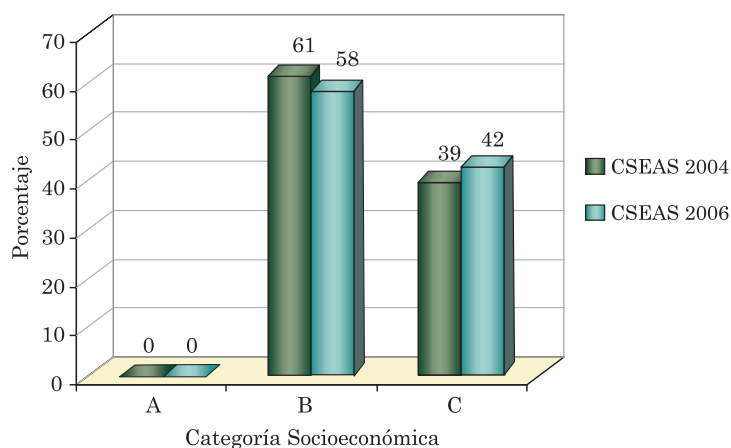
Asimismo, debemos señalar que la categorización socioeconómica de la demanda atendida por el SIS, en los hospitales nacionales estudiados, muestra claras diferencias entre ellos, aún cuando ambos se rigen por un mismo marco normativo que determina las

competencias de la Unidad de Seguros en tales centros.⁷³ En tal sentido, las diferencias encontradas estarían vinculadas directamente a los centros primarios de atención, principales encargados del proceso de afiliación, de conformidad con la normativa del SIS.

Por su parte, si considerásemos como un todo los casos estudiados en los hospitales nacionales seleccionados, obtendríamos el perfil socioeconómico de la demanda atendida por el SIS en tales hospitales, según las CSEAS-SIS y las CSEAE. En ello se puede observar, como muestra el Gráfico N° 09, que del total de casos estudiados en los hospitales nacionales (100), tanto en el año 2004 como en el 2006, según las CSEAS-SIS, el comportamiento de demanda de la población según categoría socioeconómica es muy similar, con una ligera tendencia a aumentar, en un 2%, la atención de la población en extrema pobreza (Gráfico N° 09).

⁷³ El DS N° 003-2002-SA establece las pautas generales para la prestación, señalando que el proceso de atención e ingreso al SIS es a través de los establecimientos de salud del primer nivel (Puestos y Centros de Salud). Precisa que, para la prestación en un nivel de atención de mayor complejidad, el beneficiario deberá presentar, además de su documento de identidad, el contrato de afiliación, la evaluación socioeconómica y el formato de referencia del SIS.

GRÁFICO N° 09
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL SIS
EN EL TOTAL DE CASOS DE LOS HOSPITALES NACIONALES
2004-2006



Es importante resaltar que la implementación del Sistema de Evaluación Socioeconómica (SESE-SIS), a partir de los últimos meses del año 2004, se llevó a cabo precisamente para disminuir los índices de filtración. No obstante, parece que existen otros factores determinantes para la filtración, antes que el sistema en sí mismo.

Así, en el estudio del año 2004, la evaluación socioeconómica se realizó mediante el Sistema de identificación del Usuario (SIU), por lo que se esperaba que en el presente estudio el porcentaje de filtración disminuyese, al contarse con un sistema cuyas variables permiten mejorar la detección y calificación de la pobreza. Sin embargo, como se comentó anteriormente, son otros los factores actuales que permiten que se produzcan casos de filtración.

Para finalizar, en el estudio se puede apreciar que se ha incrementado la demanda de la categoría socioeconómica

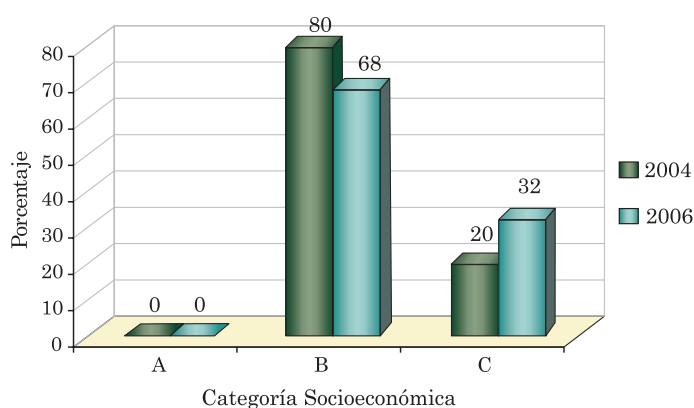
en extrema pobreza, siendo mayor en el 2006 (39%) con relación a la del año 2004 (37%). Sin embargo, ello no significa que sea la demanda predominante, ya que la población en situación de pobre no extremo sigue siendo todavía la que más accede a los servicios de salud en los hospitales nacionales.

4.1.2.2 Los Hospitales Regionales

Digamos, a manera de ejemplo, que en el departamento de Huancavelica se ha podido detectar el alto porcentaje de coincidencia de la categoría socioeconómica asignada por el SIS y por el estudio en los años 2004 y 2006, lo que se puede deber, básicamente, a dos aspectos: (i) por un lado, a que los prestadores estarían realizando un adecuado registro de los datos en las fichas socioeconómicas, logrando una calificación adecuada y cero errores en el proceso de digitación; y (ii) por otro lado, a que los usuarios informan sus datos reales.

En el año 2004 llamó la atención el gran predominio de pobres no extremos (80%) sobre los pobres extremos (20%) atendidos por el SIS, de acuerdo con las CSEAE. En el año 2006 prosigue el predominio de pobres no extremos (68%) frente a los pobres extremos (32%), pero la brecha es menor (36%).

GRÁFICO N° 10
BENEFICIARIOS ATENDIDOS POR EL SIS SEGÚN CATEGORÍA
SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL ESTUDIO EN EL
TOTAL DE CASOS EVALUADOS HOSPITAL DEPARTAMENTAL
DE HUANCVELICA. OCTUBRE 2004- 2006



Este hallazgo contrasta con lo esperado para un departamento considerado como muy pobre,⁷⁴ donde la proporción de la población en condiciones de pobreza extrema es considerablemente alta, de acuerdo con el gráfico presentado.

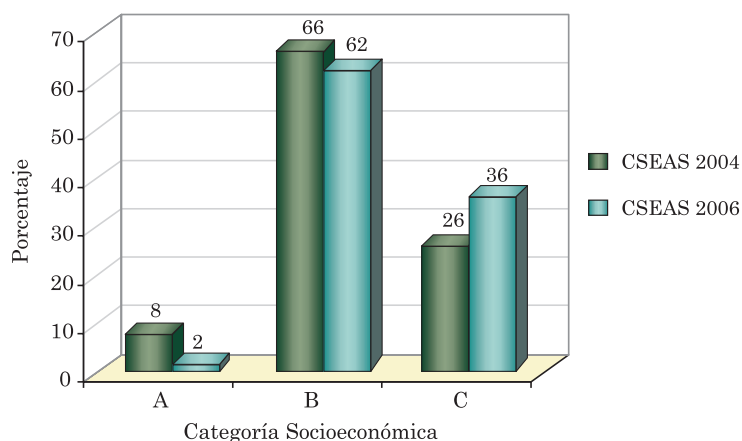
Ahora bien, considerando a los hospitales regionales estudiados en el año 2004 y 2006 de manera general, obtenemos el perfil socioeconómico de la demanda atendida por el SIS, según las CSEAS-SIS y las CSEAE. Dichos perfiles y la comparación entre ellos se muestran en el Gráfico N° 15. En éste se evidencia que, a diferencia del año 2004, no se ha consignado en la atención a ningún no pobre, y que existe una tendencia a incrementar la atención a la población de pobres extremos. De acuerdo con el estudio, el acceso a los servicios de la población -

⁷⁴ FONCODES. Perú: Mapa de Pobreza 2000.

objetivo del SIS ha aumentado en un 13% con relación al año 2004, lo cual demuestra que el acceso de los servicios de salud en los hospitales regionales y o departamentales es cada vez mayor, aunque todavía el predominio de atención favorece a los pobres no extremos.

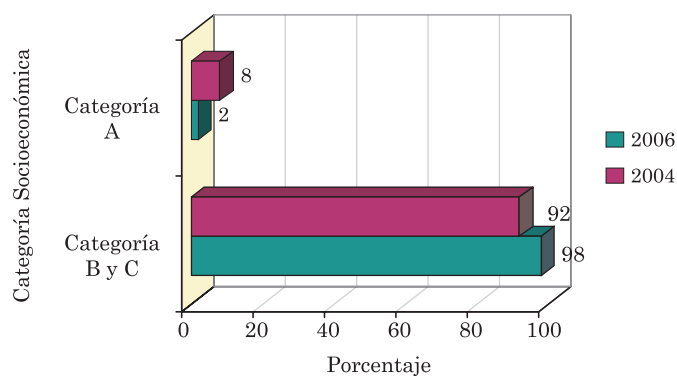
A manera de ejemplo, podemos contrastar los datos que arroja el estudio en los hospitales de Huancavelica y Puno, como se puede apreciar en el Gráfico N° 11.

GRÁFICO N° 11
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL ESTUDIO EN EL TOTAL DE CASOS DE LOS HOSPITALES REGIONALES ESTUDIADOS EN EL AÑO 2004-2006 (PUNO - HUANCAVELICA)



A su vez, en el Grafico N° 12 se puede observar el porcentaje de atención a pobres no extremos y pobres extremos, población que constituye el objetivo del SIS y que, con relación al año 2004, se ha incrementado gracias a la menor filtración de casos. Este incremento constituye un 6% más con relación al año 2004.

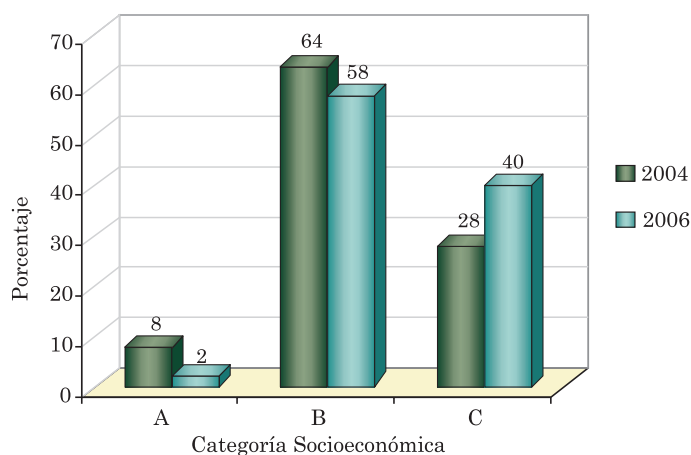
GRÁFICO N° 12
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL ESTUDIO EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE PUNO Y HUANCAMELICA. 2004-2006



4.1.2.3 Los Centros de Salud

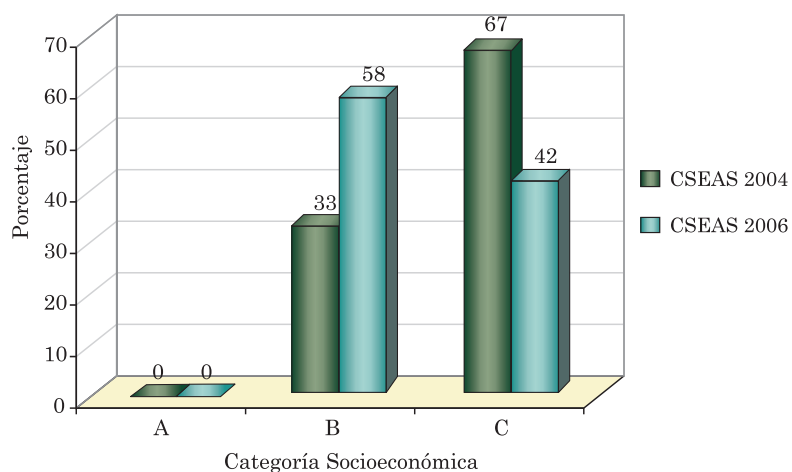
Del análisis de casos evaluados, a manera de ejemplo, podemos señalar que, en el departamento de Puno, la comparación porcentual entre las CSEAE, en el total de casos evaluados en los años 2004 y 2006, tal como se muestra en el Gráfico N° 13, se nota el predominio de los pobres no extremos sobre los pobres extremos entre los beneficiarios del SIS, en ambos años. Sin embargo, en el año 2006 se atendieron más pobres extremos que pobres no extremos, con relación al estudio realizado en el 2004.

GRÁFICO N° 13
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL
ESTUDIO EN EL TOTAL DE CASOS EVALUADOS
EN PS Y CS DEL DEPARTAMENTO DE PUNO. 2004 - 2006



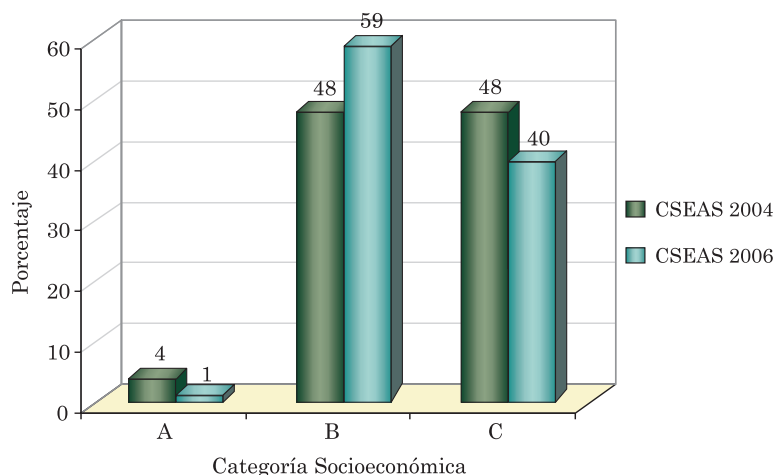
Por otro lado, de la comparación entre los departamentos de Huancavelica y Puno, los resultados del estudio 2006 indican que la proporción de pobres extremos atendidos por el SIS en los Centros de Salud de Puno (CSP) y Huancavelica (CSHV) fue menor a la esperada si se toman en cuenta las características socioeconómicas de la población de ambos departamentos. Puno y Huancavelica son departamentos considerados con los indicadores de mayor pobreza, por lo que era de esperar que la proporción de pobres extremos fuese mayor, sobre todo por tratarse del acceso al primer nivel de salud. Véase el Gráfico N° 14.

GRÁFICO N° 14
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA
POR EL SIS EN EL TOTAL DE LOS CASOS DE LOS CS Y PS
DEL DPTO. DE PUNO Y HUANCVELICA 2004-2006



Comparadas según las CSEAE en los estudios del 2004 y el 2006, dichas tendencias no varían (Gráfico N° 15) con relación a las CSEAS-SIS. Se muestra un incremento del 11% más en la población pobre no extrema y una disminución del 8% de atención a la población pobre extrema.

GRÁFICO N° 15
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL
ESTUDIO EN EL TOTAL DE LOS CASOS DE LOS CS Y PS
DEL DPTO. DE PUNO Y HUANCVELICA 2004-2006



Por último es necesario señalar que el estudio establece, en general, que en el total de casos estudiados en los Centros y Puestos de Salud en los años 2004 y 2006 se produjo la disminución de atenciones a la población pobre extrema –de un 67% a 52%– es decir un 15% menos que en el año 2004, de acuerdo con las CSEAS-SIS, pero 3.5% menos de acuerdo con las CSEAE. En cualquier caso, ese detalle denota que en los Centros y Puestos de Salud existe cierta tendencia a que aumente la atención a la población pobre no extrema, que a la población pobre extrema. Véase el Cuadro N° 03.

CUADRO N° 03
CATEGORÍAS SOCIOECONÓMICO ASIGNADA POR EL SIS Y
POR EL ESTUDIO EN LOS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD
2004-2006

EESS	CATEGORÍA ASIGNADA POR EL EESS					
	2004			2006		
	A	B	C	A	B	C
CSP	ND	ND	ND	0	28	22
	ND	ND	ND	0%	56%	44%
CSHV	0	8	16	0	30	20
	0%	33%	67%	0%	60%	40%
CSHCO				3	17	30
				6%	34%	60%
CSCJ				0	28	22
				0%	56%	44%
EESS	CATEGORÍA ASIGNADA POR EL EESS					
	2004			2006		
	A	B	C	A	B	C
CSP	2	16	7	1	29	20
	8%	64%	28%	2%	58%	40%
CSHV	0	8	17	0	30	20
	0%	32%	68%	0%	60%	40%
CSHCO				6	16	28
				12%	32%	56%
CSCJ				2	27	21
				4%	54%	42%

4.1.3 Resultados según Establecimiento de Salud

En cuanto a la atención de pobres no extremos en el año 2004, en el Hospital Departamental de Huancavelica (HDHV) predominó la atención, con el 80%, en tanto que en el año 2006 predominó la atención en el Hospital Regional de Cajamarca (HRCJ), con el 70%, seguido del HDHV con el 68%. Si bien es cierto que la atención de pobres no extremos ha disminuido en el HDHV, sigue obteniendo un alto porcentaje con relación a los otros establecimientos incluidos en el estudio.

El Cuadro N° 05 muestra los principales hallazgos del estudio en cada establecimiento seleccionado para los estudios de los años 2004 y 2006. En primer lugar, resaltamos los resultados obtenidos en el Hospital Departamental de Huancavelica (HDHV) y los Centros de Salud de Huancavelica (CSHV), establecimientos en los que ningún no pobre fue atendido en el 2004 ni en el 2006.

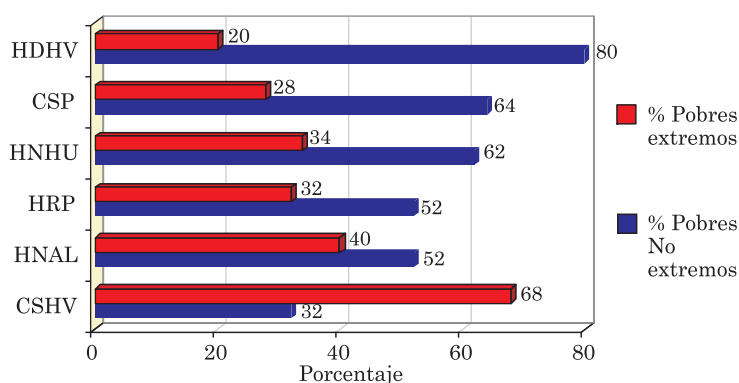
CUADRO N° 05
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA CATEGORÍA
SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL ESTUDIO.
ERROR DE FILTRACIÓN Y COINCIDENCIA ENTRE LAS
CSEAS Y LAS CSEAE, SEGÚN EESS 2004 - 2006

		% No Pobres	% Pobres No extremos	% Pobres extremos	% de Filtración	% de Coincidencia CSEAS y CSEAE
2004	CSHV	0	32	68	0	100
	HNAL	8	52	40	8	92
	HRP	16	52	32	16	84
	HNHU	4	62	34	4	90
	CSP	8	64	28	8	ND*
	HDHV	0	80	20	0	88
	2006	HNAL	8	64	28	8
HNHU		12	38	50	12	88
HDHV		0	68	32	0	100
HRP		4	56	40	4	84
CSHV		0	60	40	0	100
CSP		2	58	40	2	96
HRHCO		8	46	46	8	94
HRCJ		8	70	22	8	90
CSHCO		12	32	56	12	92
CSCJ		4	54	42	4	86

* ND: No determinado

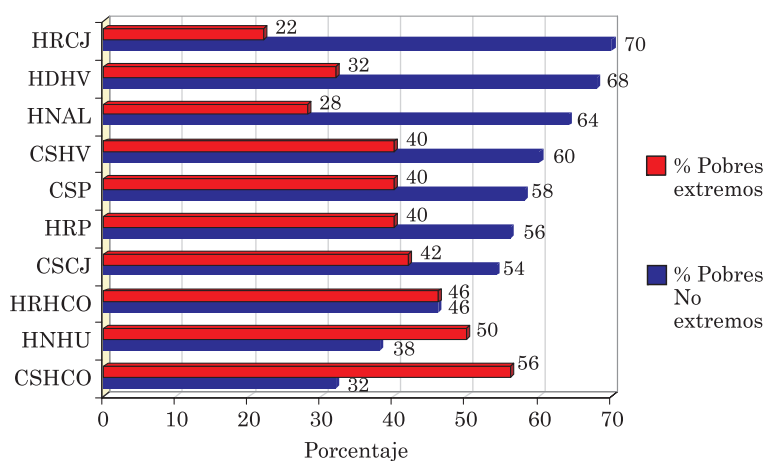
En el año 2004, el Hospital Departamental de Huancavelica (HDHV) presentó la más alta diferencia entre los pobres no extremos y pobres extremos, observándose que, de cada cinco atendidos, cuatro fueron pobres no extremos y uno fue pobre extremo. Por el contrario, en los Centros de Salud de Huancavelica (CSHV), el porcentaje de pobres extremos atendidos fue mayor al de pobres no extremos, resultando que, de cada cinco atendidos, tres son pobres extremos y dos son pobres no extremos (Gráfico N° 16).

GRÁFICO N° 16
PORCENTAJE DE POBRES EXTREMOS Y POBRES
NO EXTREMOS ATENDIDOS POR EL SIS SEGÚN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD 2004



En cambio, en el año 2006, la mayor diferencia se encontró en el Hospital Regional de Cajamarca (HRCJ) donde, de cada cuatro atendidos, tres fueron pobres no extremos y uno fue pobre extremo y, por el contrario, en los Centros de Salud de Huánuco (CSHCO), el porcentaje de pobres extremos atendidos fue mayor al de pobres no extremos, resultando que, de cada tres atendidos, dos fueron pobres extremos y uno fue pobre no extremo (Gráfico N° 17).

GRÁFICO N° 17
PORCENTAJE DE POBRES EXTREMOS Y
POBRES NO EXTREMOS ATENDIDOS POR EL SIS
SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD 2006



Comparando ambos resultados no es posible identificar al factor determinante para que en los Centros de Salud de una determinada zona se afilien los pobres extremos y, en el hospital, los pobres no extremos. Asimismo cabe preguntarnos en qué medida es posible diferenciar las patologías de los pobres no extremos y de los pobres extremos para brindar la atención requerida. En esa medida es necesario cuestionar la existencia de condicionamientos de tipo económico, social, geográfico y/o cultural que no permiten el desplazamiento de los pobres extremos a los hospitales, aún tratándose de una indicación médica. Si bien las respuestas a dichos cuestionamientos no podrán ser enunciadas en el presente estudio, ya que escapan a su ámbito, en el próximo capítulo se abordan algunos problemas que arrojan luces sobre este tema.

Un segundo aspecto a destacar es que no se determinó el porcentaje de coincidencia de las CSEAS respecto a las CSEAE en los Centros de Salud de Puno (CSP) debido a que, en los centros seleccionados, el llenado de la FESE no se realiza rutinariamente, lo que impide, por lo tanto, la evaluación socioeconómica propiamente dicha. Esta omisión es válida siempre que se realice en regiones consideradas como pobres, que formalmente están exceptuadas de realizar tal subproceso.

4.2 Filtraciones al SIS

Las filtraciones se producen cuando personas o familias acceden a los beneficios del SIS sin ser pobres o pobres extremos, desvirtuando con ello el objetivo de esta política. A partir del estudio realizado se pone en evidencia que el SIS favorece a personas no pobres, lo cual permite que los escasos recursos existentes beneficien a personas que no los necesitan, dejándose de focalizar y llegar a quienes sí los necesitan.

El SIS, enmarcado en un proceso de mejora continua, hace efectiva la implementación (últimos meses del año 2004) de un nuevo Sistema de Evaluación Socioeconómica (SESE) que clasifica a las familias, según niveles de pobreza, en no pobres (categoría "A"), pobres (categoría "B") y pobres extremos (categoría "C") a través de instrumentos tanto normativos como informáticos.

El primer aplicativo que el SIS empezó a utilizar fue denominado Sistema de Identificación del Usuario (SIU) con la finalidad de que este aplicativo informático fuese transferido como soporte a la Ficha de Evaluación Socioeconómica. Posteriormente surgió la Versión 3.1.1 SIS complementaria, que aportó una categorización alternativa al SIU.

El SIU fue cambiado por ser un sistema de focalización que no garantizaba la recopilación de información completa y con calidad que pudiera servir como fuente de datos para realizar la categorización de los pacientes de acuerdo con su condición socioeconómica, originando filtraciones o subcobertura. Por el contrario, el SESE, basado en el Índice de Bienestar Económico de Hogares (IBEH), permitiría mayor sensibilidad en el proceso de focalización.

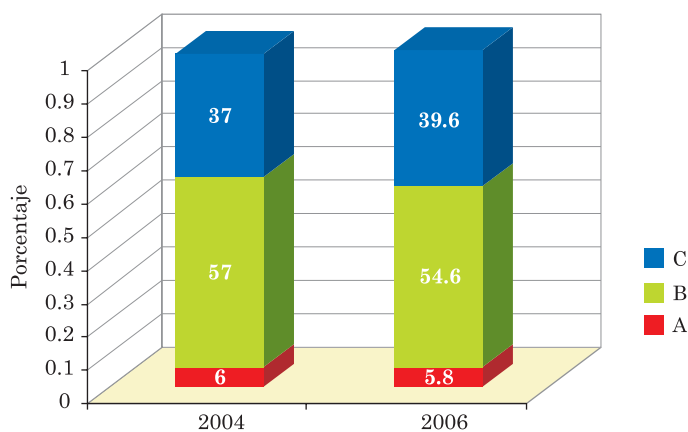
En los hallazgos de los años 2004 y 2006, con relación a la categorización socioeconómica de los afiliados al SIS, se identificó a una población atendida con capacidad de pago, es decir, casos de filtraciones que van en contra del cumplimiento de los objetivos del SIS, señalado en el capítulo II del presente informe. En el 2004 se atribuyó la condición de factor principal a la carencia de un adecuado instrumento de evaluación socioeconómica. En cambio, en el 2006 se consideró que las principales causas fueron el registro de datos erróneos, ya fuesen por parte de los responsables del llenado o de la digitalización de la FESE, y a la información falsa que aportaron los propios beneficiarios. Así, por ejemplo, se han identificado casos en los que los beneficiarios han proporcionado información falsa tanto en el 2004, en el Hospital Regional de Puno (HRP), como en el año 2006, en el Hospital Regional de Huanuco (HRHCO), los Centros de Salud de Huánuco (CSHCO) y el Hospital Regional de Cajamarca (HRCJ).

Asimismo, otras posibles causas serían actos de corrupción, toda vez que, durante el estudio, un responsable de llevar a cabo el llenado de la ficha indicó que el contenido de la FESE, que era parte de la muestra, no se ajustaba a la realidad ya que por orden del jefe del establecimiento consignó datos que favorecerían el acceso del beneficiario al SIS. En tal sentido, es necesario que se

adopten acciones para identificar y corregir estos problemas.

Por otro lado, si bien el SESE-SIS es un instrumento que permite la correcta obtención de la información, en todos los establecimientos de salud distribuidos en el territorio nacional no se está garantizando la adecuada focalización de la población - objetivo. Cabe recordar que uno de los objetivos estratégicos generales⁷⁵ citados anteriormente supone llegar a cubrir al 100% de los pobres extremos. Asimismo, contraviene el artículo 5° del Decreto Supremo N° 009-2002-SA, que plantea, como visión del SIS, contribuir al sistema de aseguramiento universal que garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud, toda vez que deja sin atención a la población que es objeto de protección para otorgar beneficios a un grupo distinto.

GRÁFICO N° 18
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CATEGORÍAS
SOCIOECONÓMICAS ASIGNADAS POR EL ESTUDIO EN EL
TOTAL DE CASOS EVALUADOS 2004-2006



⁷⁵ Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 – 2012, Agosto 2001 – julio 2006.

No obstante, el estudio se ha realizado en las regiones con mayor índice de pobreza del país y, a pesar de ello, se ha encontrado un 6% de filtración, tal como se aprecia EN la distribución porcentual de las CSEAE en los casos evaluados en los años 2004 y 2006, según el Gráfico N° 18. Ello motiva a pensar que en aquellos lugares con un índice no tan alto de pobreza, el porcentaje de filtración podría ser mayor.

Con relación al total de casos de filtración, los más saltantes fueron cuando, habiendo sido categorizados como no pobres por el propio SIS, accedieron al beneficio en: (i) dos casos en el Hospital Regional de Puno; (ii) uno en los Hospitales Regionales de Cajamarca y Huánuco, respectivamente, y; (iii) tres casos en Centros de Salud de Huánuco. En tal sentido, estas personas fueron aceptadas y atendidas por dichos establecimientos como personas afiliadas al seguro, personas que, por ende, no tienen la necesidad de acceder a este seguro.

Si bien no existen estudios sobre el porcentaje del monto asignado al SIS con relación a prestaciones financiadas a la población con capacidad de pago (filtraciones), podríamos hacer un ejercicio calculando el 6% del monto total asignado entre los años 2002 y el 2005 para financiar las prestaciones del SIS, resultando que 54' 296, 610.66 nuevos soles⁷⁶ habrían financiado prestaciones a población no pobre, restando recursos y la oportunidad de ser atendidos a aquellos que más lo necesitan. Si se proyecta al número de atenciones realizadas a posibles

⁷⁶ Entre los años 2002 a 2005 el SIS recibió 904 943 511 millones de nuevos soles para pago de prestaciones a nivel nacional. SIS-MINSA. Pag. Web. http://www.sis.minsa.gob.pe/t_presenta.aspx

filtraciones, corresponderían aproximadamente a 3' 705,505.⁷⁷

El control de las filtraciones debe darse por medio de mecanismos de control tanto por las Oficinas Desconcentradas del SIS (ODSIS) como por los propios prestadores, a través de supervisiones de las incorporaciones al SIS.

Cabe mencionar que dentro de las funciones de las ODSIS se encuentra la de realizar actividades de supervisión a los establecimientos de salud y visitas domiciliarias en casos que lo ameriten. Desconocemos el grado de su cumplimiento, aunque en los establecimientos seleccionados refirieron que no habían sido sometidos a supervisión por parte de la ODSIS, a donde remiten mensualmente copias de las FESEs aplicadas en el mes. También sería importante difundir en la población lo que es el SIS, los servicios que brinda, no sólo para informarlos para que puedan acceder al sistema, de conformidad con el artículo 15 de la Ley General de Salud, sino también para dar a conocer los esfuerzos que está realizando el Gobierno para dar acceso a los servicios de salud a aquella población en situación de pobreza y pobreza extrema. Con ello, la población también podría involucrarse más para participar y ayudar en el desarrollo de políticas más adecuadas a su entorno.

A fin de lograr dicha focalización, es necesario establecer mecanismos más proactivos con el propósito de afiliar en adelante a más personas que viven en pobreza extrema, capacitar al personal de salud –sea asistencial

⁷⁷ Entre los años 2002 y el 2005 se realizó un total de 61' 758,420 atenciones. SIS-MINSA. Estrategia Básica en la ruta hacia el Aseguramiento Universal-2006.

o administrativo— sobre los derechos a la salud y a la información de los usuarios. Otros objetivos son dar a conocer a éstos los beneficios que ofrece el SIS para que, a su vez, ellos puedan informar a la población. Es necesario, por otro lado, tener una estrategia de actuación ante los casos de corrupción que se puedan presentar.

4.2.1 Resultados según departamentos

En el estudio del año 2004, el mayor número de no pobres atendidos por el SIS se detectó en los departamentos de Lima y Puno, con seis casos en cada uno de ellos. Sin embargo, si bien el número de no pobres es el mismo, la proporción de estos con relación al total de la muestra evaluada en cada departamento varía. Así, los no pobres representan el 6% y el 12% de los casos evaluados en los departamentos de Lima y Puno, respectivamente.

Estos resultados en Puno se presentaron especialmente en el Hospital Regional, donde se registró un 16%⁷⁸ de filtraciones. Cabe aclarar que la mitad de estos casos ingresó a recibir atención del SIS con la categoría de no pobres (8%). Además, en la evaluación socioeconómica realizada por el estudio se encontraron dos casos que eran no pobres (8%). A continuación se grafican los resultados encontrados en dicho establecimiento:

⁷⁸ Es necesario aclarar que el error de filtración se da en aquellos casos en que los evaluadores califican como pobres no extremos o pobres extremos a personas no pobres. Aunque son cuatro (16%) los no pobres atendidos según las CSEAE, la subcategorización sólo se dio en dos de los casos (8%), ya que los otros dos casos sí fueron calificados como no pobres por los evaluadores del SIS y fueron ratificados en la reevaluación efectuada por los investigadores.

CUADRO N° 06
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL SIS
Y ASIGNADA POR EL ESTUDIO EN EL TOTAL DE
CASOS EVALUADOS HOSPITAL REGIONAL DE PUNO.
OCTUBRE 2004

Categoría Socioeconómica	Asignada por el SIS		Asignada por el Estudio	
	Nº	%	Nº	%
A	2	8	4	16
B	16	67	13	52
C	6	25	8	32
Total	24*	100	25	100

(*) Una FISE con resgistaba la categoría

Por el contrario, en el estudio del año 2006, el mayor número de no pobres atendidos por el SIS se detectó en los departamentos de Lima y Huánuco, con 10 casos en cada uno de ellos, seguido por el departamento de Cajamarca, con seis casos, y por el departamento de Puno, con tres. Es evidente que en el departamento de Puno ha disminuido la atención de no pobres en 9% con relación a los casos estudiados el año 2004, tanto en los Centros de Salud como en el Hospital Regional.

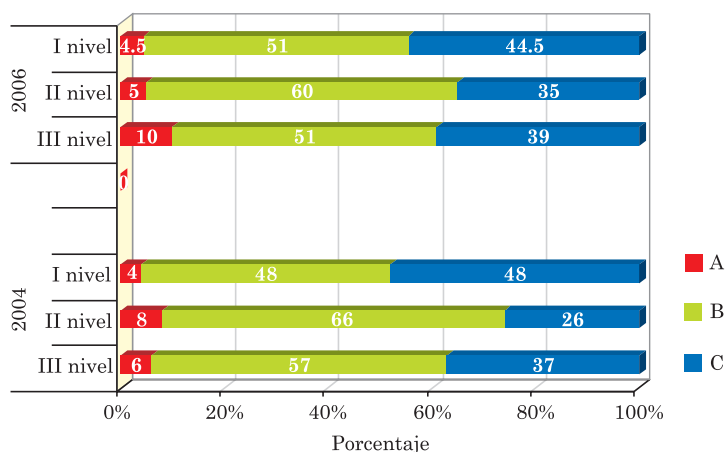
Como se puede observar, el departamento de Huánuco es el que tiene mayor porcentaje de filtración, pero también atiende en mayor porcentaje que otros departamentos a la población en extrema pobreza. Por otro lado, Lima, si bien no con los porcentajes más altos, mantiene la constante de presentar un buen número de filtraciones con relación a la muestra. Si bien cabe señalar que Lima recibe referencias de todo el país, por lo que muchas de las filtraciones no se estarían produciendo, es importante anotar que, debido al número de personas que se atienden en Lima, lo encontrado es un indicativo del problema de las filtraciones.

4.2.2 Resultados según niveles de atención

En este acápite se analizan los resultados de conformidad con el nivel de atención de los establecimientos que han formado parte de la muestra. Tal como se indicó en el capítulo III, la muestra se llevó a cabo en los tres niveles de atención.

En tal sentido, con relación a las filtraciones, como se vio en el punto anterior, a pesar de que en el 2004 el mayor porcentaje de no pobres atendidos fue en el II nivel, en tanto que en el 2006 fue en el III nivel, es necesario precisar que ello no supone que el mayor índice de estas filtraciones se produzca en hospitales, toda vez que, de los 10 casos atendidos en el II nivel como no pobres, sólo dos evaluaciones socioeconómicas corresponden al hospital y ocho han sido realizadas por establecimientos de III nivel de atención, que habían sido referidos al hospital. Es decir, la evaluación socioeconómica fue realizada en los establecimientos de salud como el Centro de Salud de Breña (dos casos), El Agustino (un caso), Ate (cuatro casos) y San Juan de Lurigancho (un caso), en el ámbito de Lima.

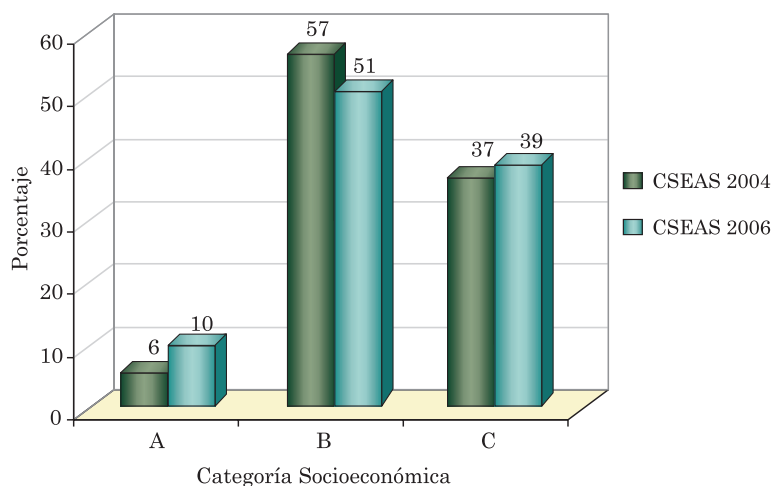
GRÁFICO N° 19
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CATEGORÍAS
SOCIOECONÓMICAS ASIGNADAS POR EL ESTUDIO
SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN 2004 - 2006



Como se ha señalado anteriormente, es evidente que se requiere fortalecer las capacidades de quienes evalúan y categorizan a las personas, sobre todo en el III nivel de atención que, como se ha indicado, es donde se lleva a cabo la mayor cantidad de procesos de afiliación.

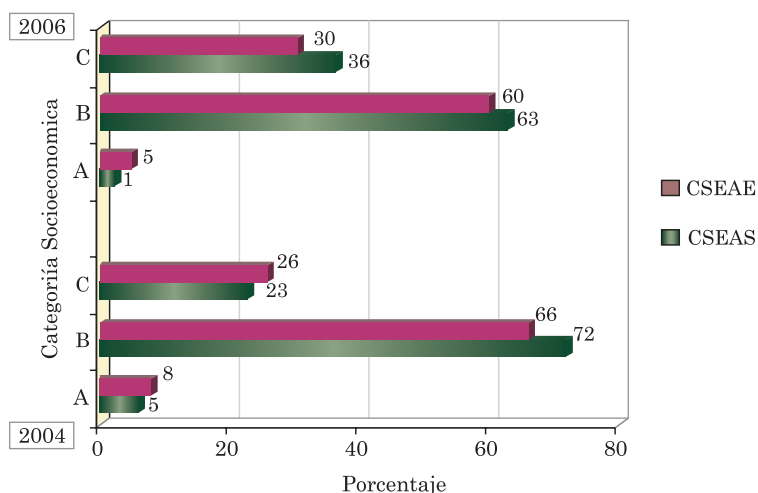
El perfil socioeconómico de la demanda atendida por el SIS en los hospitales nacionales a partir de las CSEAE, tanto del año 2004 como del 2006 (Gráfico N° 20), muestra que, en el 10% de los casos, los solicitantes del servicio fueron categorizados como no pobres en el año 2006, frente al 6% registrado en el 2004.

GRÁFICO N° 20
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA
POR EL ESTUDIO EN EL TOTAL DE CASOS DE LOS
HOSPITALES NACIONALES 2004-2006



A nivel de los casos estudiados en los hospitales regionales, los no pobres atendidos por el SIS según la CSEAE es de 5% en el 2006 frente al 8% en el año 2004, lo que indica la disminución de filtraciones en los hospitales regionales y/o departamentales entre los dos estudios, tal como lo muestra el Gráfico N° 21.

GRÁFICO N° 21
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL SIS
VERSUS ASIGNADA POR EL ESTUDIO
EN LOS HOSPITALES REGIONALES. 2004- 2006



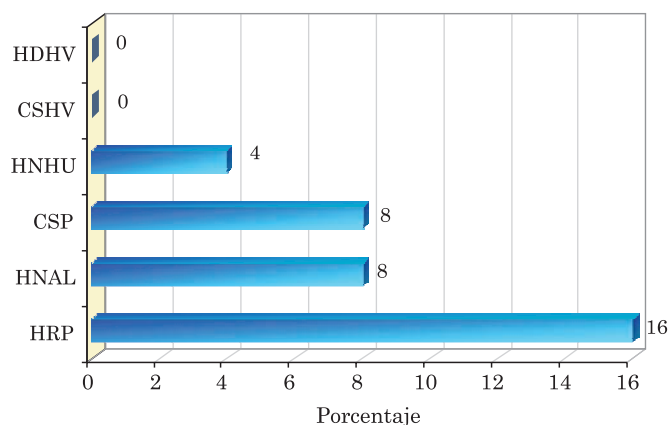
4.2.3 Resultados según establecimientos de salud

Con relación a la evaluación de todos los establecimientos de salud, según la CSEAE, en el año 2004, la atención de los no pobres predominó en el Hospital Regional de Puno (HRP) con el 16%, seguido de los Centros de Salud de Puno (CSP) y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) con el 8% en cada caso y, por último, con el 4%, el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU). En cambio, en el año 2006, los establecimientos que predominaron con mayor atención a no pobres fueron el HNHU y los Centros de Salud Huánuco (CSHCO), con el 12% cada uno, seguidos del Hospital Regional de Huanuco (HRHCO), HNAL y Hospital Regional de Cajamarca (HRCJ) con el 8% cada uno, y con el 4% los CSCJ y el Hospital Regional de Puno (HRP); por último, con el 2%, los CSP. Como se puede observar, los datos difieren de los del 2004, cuando los establecimientos

de Puno tenían alcanzaron un mayor porcentaje de filtración. Ahora registran una de las más bajas.

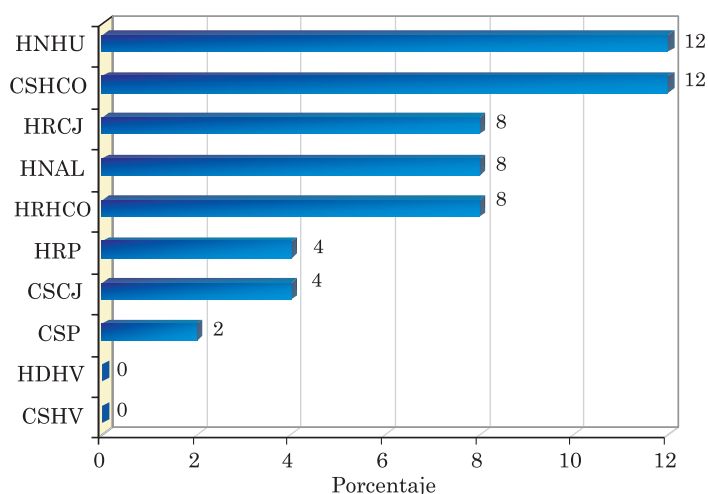
Las regiones consideradas como pobres están formalmente exceptuadas de realizar, rutinariamente, el llenado de la FESE. Ello genera ciertos problemas de filtraciones, lo cual ha sido visible en el estudio. Así, por ejemplo, en el caso de Puno, al evaluar a los asegurados bajo esta modalidad en el 2004, se encontró un error de filtración de 16% para el HRP y de 8% tanto para los CSP y el HNAL, tal como se aprecia en el gráfico N° 22.

GRÁFICO N° 22
PORCENTAJE FILTRACIÓN DE LA DEMANDA ATENDIDA
POR EL SIS SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD 2004



En el año 2006 se encontró un error de filtración de 12% tanto en los Centros de Salud de Huánuco (CSHCO) como en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU). La filtración que se registró en el Hospital Regional de Cajamarca (HRCJ), el Hospital Regional de Huánuco (HRHCO) y el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) fue de 8% para cada uno de ellos, lo cual se puede observar en el Gráfico N° 23.

GRÁFICO N° 23
PORCENTAJE FILTRACIÓN DE LA DEMANDA
ATENDIDA POR EL SIS SEGÚN ESTABLECIMIENTO
DE SALUD 2006



Como lo evidencian estos resultados, la región con el índice de pobreza extrema más alto –Huancavelica– no tiene problemas de filtraciones, pero sí encara problemas al momento de categorizar, como se vio en el acápite anterior. Asimismo, las otras regiones que ha considerado el estudio muestran un alto índice de pobreza, lo cual probablemente los exceptúa de llevar a cabo las visitas domiciliarias, pero las filtraciones se producen. Por ello, en nuestra opinión, es necesario limitar más esta excepción a fin de seguir mejorando en la categorización de los beneficiarios del SIS y así poder situar los recursos para quienes más los necesitan.

4.3 Llenado de las fichas FESE

Otro problema identificado en el estudio realizado es la calidad del llenado de las FESE. Durante la revisión de

las FESE de los casos estudiados se constató que había muchas de ellas que fueron llenadas de modo incorrecto. En el aspecto cualitativo, muchos de los datos no eran legibles, lo que impedía, por ejemplo, precisar con exactitud los nombres, apellidos, las direcciones domiciliarias o las referencias, el nombre del evaluador o las observaciones de éste. De igual manera, en el aspecto cuantitativo, se encontraron fichas con datos incompletos.

Más allá de los problemas que esto pudo significar para la realización del estudio, a fin de llevar a cabo la categorización que requiere el SIS para focalizar los recursos en su población - objetivo, los datos que brinda la FESE son de suma importancia. En consecuencia, no tenerlos completos, mal llenados o de modo ilegible, al menos en aquellos campos de información imprescindibles, impide la correcta asignación de categoría al evaluado y, por ende, permite que se produzcan casos de filtraciones que, como hemos apreciado, existen en la mayoría de los establecimientos de salud que se ha evaluado.

En términos generales, las principales deficiencias del llenado de las FESE son cuantitativas, faltando principalmente aquellos ítems donde se requiere el registro manuscrito de las respuestas del beneficiario, así como las direcciones de residencia y de referencia, salud familiar o problemas sociales. Estos hallazgos constituirían, al parecer, un factor causal directo de los errores de asignación de las categorías socioeconómica que se muestran en el Cuadro N° 07.

CUADRO N° 07
PORCENTAJE DE HALLAZGOS EN LAS FESE EVALUADAS.
2004-2006

Datos no registrados	2004		2006	
	N°	%	N°	%
Sin categoría socioeconómica del punto de digitación			8	1.60
Sin firma del digitador			19	3.80
Sin firma y/o sello del que aplicó la FESE			12	2.40
Sin fecha de aplicación la FESE			5	1.00
Nombre del EESS			59	11.80
No se nota el sello			2	0.40
Enmendaduras			39	7.80
Doble sello de diferentes categorías			5	1.00
Sin código del EESS	171	85.50	152	30.40
No consigan uno o varios de los campos del N° 2 al 5*			34	6.80
No consigan a uno o más datos de la vivienda	183	91.50	135	27.00
No consigan uno o varios campos de tenencia de bienes			45	9.00
No consigna uno o más datos de la declaración			13	2.60
No consigna uno o más datos del campo N° 22 al N° 30*			16	3.20
Incompleto llenado en los nombres de miembros de la familia			69	13.80
Sin registro de parentesco			56	11.20
Sin registro de fecha de nacimiento			32	6.40
Sin registro de estado civil			23	4.60
Sin registro si cuenta seguro social	25	12.50	12	2.40
Sin registro de nivel educativo	183	91.50	45	9.00
No registra el sexo			34	6.80
No registra tipo de último centro educativo			57	11.40
No registra actividad principal	165	82.50	68	13.60
No registra el ingreso familiar	28	14.00	46	9.20

*Ver anexo N° 06

Como se puede observar en este cuadro, en general, en el año 2004, los datos que con mayor frecuencia estuvieron ausentes fueron la descripción de los problemas sociales relevantes que enfrenta el inscrito y los datos de la vivienda (91.5% cada uno), sin datos del establecimiento (85.5%), falta de registro de actividad principal, el nombre de la urbanización o centro poblado donde reside (82.5%). En el año 2006, los más relevantes siguen siendo la falta de datos del establecimiento de salud (30.40%) y los datos de la vivienda (27%).

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), los resultados del estudio del año 2004 se presentan en el Cuadro N° 5. La mayoría de las fichas incompletas (42%)

contenían entre 85 y 89% de los datos que debían registrar, en tanto que una cantidad algo menor (38%) contenía entre 90 y 94% de los datos que deberían registrar.

CUADRO N° 08
PORCENTAJE DE DATOS CONSIGNADOS EN LAS
FICHAS DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA.
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. OCTUBRE 2004

Porcentaje de llenado	Ficha de Identificación Socioeconómica	
	N°	%
100	0	0
De 95 - 99	7	14
De 90 - 94	19	38
De 85 - 89	21	42
De 80 - 84	2	4
De 75 - 79	1	2
Total	50	100

En el estudio del año 2006, la deficiencia en el llenado de las fichas de evaluación socioeconómica se muestra en el Cuadro N° 09. Más de la mitad de las fichas estuvo adecuadamente llenado (56%), en tanto que el 44% presentó problemas en diferentes porcentajes.

CUADRO N° 09
PORCENTAJE DE DATOS CONSIGNADOS EN
LAS FICHAS DE HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.
OCTUBRE 2006

Porcentaje de llenado	Ficha de Identificación Socioeconómica	
	N°	%
100	28	56
De 95 - 99	8	16
De 90 - 94	7	14
De 85 - 89	2	4
< a 85	5	10
Total	50	100

Así, a pesar de haber encontrado una mejora importante en el registro de datos en las FESEs del año 2006 con relación al 2004, cabe señalar que existe un alto porcentaje de deficiencias en la calidad del llenado. Recordemos, como se ha señalado en acápite anteriores, que en los hospitales nacionales la mayoría de las FESEs están referidas de establecimientos de menor nivel de complejidad, lo que implica que se necesita poner énfasis en éstos con relación a este problema.

Por otro lado, en el Hospital Departamental de Huancavelica (HDHV), en el 2004, la calidad del llenado de la FESE, en el aspecto cualitativo, adoleció de legibilidad y precisión al momento de registrarse los datos, en especial el nombre y dirección del asegurado. En cuanto al aspecto cuantitativo, el registro de los datos exigidos en la ficha fue bastante inferior al encontrado en los hospitales nacionales. Según se puede apreciar en el Cuadro N° 10, en ninguna ficha se registró más del 95% de los datos. La mayoría de las fichas (44%) sólo contenían entre el 85% y 89% de los datos. A diferencia de lo encontrado en los hospitales nacionales, el 12% de las fichas evaluadas en el HDHV tenían registrado menos del 75% de los datos necesarios.

CUADRO N° 10
PORCENTAJE DE DATOS CONSIGNADOS EN LAS
FICHAS DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA. OCTUBRE 2004

Porcentaje de llenado	Ficha de Identificación Socioeconómica	
	Nº	%
100	0	0.0
De 95 - 99.99	0	0.0
De 90 - 94.99	7	28.0
De 85 - 89.99	11	44.0
De 80 - 84.99	3	12.0
De 75 - 79.99	1	4.0
Menos de 75	3	12.0
Total	25	100.0

En el año 2006 mejoró el llenado de las FESEs, pero aún se encuentran datos incompletos, predominando las direcciones o ausencia del mercado en alguno de los ítems. Según se puede observar en el Cuadro N° 11, el 84% de las FESEs contenía el 100 % de los datos, resultado que no se encontró en el 2004.

CUADRO N° 11
PORCENTAJE DE DATOS CONSIGNADOS EN LAS FICHAS
DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA. OCTUBRE 2006

Porcentaje de llenado	Ficha de Identificación Socioeconómica	
	Nº	%
100	42	84.0
De 95 - 99.99	2	4.0
De 90 - 94.99	2	4.0
De 85 - 89.99	1	2.0
De 80 - 84.99	1	2.0
De 75 - 79.99	1	2.0
Menos de 75	1	2.0
Total	50	100.0

Otro panorama se presentó en el Hospital Regional de Puno (HRP). En el Cuadro N° 12 se presentan los porcentajes de llenado de las FESE correspondientes al año 2004. El 44% contenía entre 85-89% de los datos, el 28% contenía entre 90-94% de los datos y el 24% tenía registrado menos del 85% del total de los datos exigidos.

CUADRO N° 12
PORCENTAJE DE DATOS CONSIGNADOS EN LAS FICHAS DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA HOSPITAL REGIONAL DE PUNO. OCTUBRE 2004

Porcentaje de llenado	Ficha de Identificación Socioeconómica	
	Nº	%
100	0	0.0
De 95 - 99.99	1	4.0
De 90 - 94.99	7	28.0
De 85 - 89.99	11	44.0
De 80 - 84.99	4	16.0
De 75 - 79.99	2	8.0
Menos de 75	0	0.0
Total	25	100.0

En el Cuadro N° 13 se muestran los porcentajes de llenado correspondientes al Hospital Regional de Puno en el año 2006 que, al igual que los otros establecimientos, ha mejorado la calidad. Así, el 58% tenía un adecuado llenado, el 14% tenía un llenado entre 90-95% de los datos, el 10% contenía entre 85-90% de los datos, el 8% contenía entre 80 a 85%, el 6% contenía entre 90 a 95% y el 4% tenía entre 75 a 80% de los datos.

CUADRO N° 13
PORCENTAJE DE DATOS CONSIGNADOS EN LAS FICHAS
DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA HOSPITAL
REGIONAL DE PUNO. OCTUBRE 2006

Porcentaje de llenado	Ficha de Identificación Socioeconómica	
	Nº	%
100	29	58.0
De 95 - 99.99	3	6.0
De 90 - 94.99	7	14.0
De 85 - 89.99	5	10.0
De 80 - 84.99	4	8.0
De 75 - 79.99	2	4.0
Menos de 75	0	0.0
Total	50	100.0

Asimismo podemos considerar el caso del Hospital Regional de Cajamarca (HRCJ) que, en el Cuadro N° 14, presenta los porcentajes de llenado de las FESE evaluadas en el año 2006. El 32% contenía el 100% de datos, el 24% contenía entre 90 a 94%, el 8% tenía entre 80 a 84%, el 6% fluctuaba entre 75% y 79%, el 6% contenía entre 95% y 99% de los datos, y el 14% tenía registrados menos del 75%.

CUADRO N° 14
PORCENTAJE DE DATOS CONSIGNADOS EN LAS FICHAS
DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA HOSPITAL
REGIONAL DE CAJAMARCA. OCTUBRE 2006

Porcentaje de llenado	Ficha de Identificación Socioeconómica	
	Nº	%
100	16	32.0
De 95 - 99.99	3	6.0
De 90 - 94.99	12	24.0
De 85 - 89.99	5	10.0
De 80 - 84.99	4	8.0
De 75 - 79.99	3	6.0
Menos de 75	7	14.0
Total	50	100.0

Como se puede apreciar, en los hospitales regionales se muestra una mejora en el llenado de las fichas en el 2006 con relación al 2004, un hecho que consideramos de gran importancia y que puede estar relacionado con el cambio de fichas que se produjo a finales del 2004.

Con relación a los Centros o Puestos de Salud, los resultados más saltantes son los de Huánuco y Cajamarca. En tal sentido, en el primer caso, los porcentajes de llenado se presentan en el Cuadro N° 15, donde el 30% muestra un porcentaje de información adecuado, pero el 70% de las fichas evaluadas se encuentra incompleto, con resultados en diferente proporción. Respecto de los datos que faltan se encontró que la mayoría se relaciona con el registro de familiares, el ingreso promedio familiar y los domicilios de los beneficiarios.

CUADRO N° 15
PORCENTAJE DE DATOS CONSIGNADOS EN LAS FICHAS DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA CENTROS DE SALUD DE HUÁNUCO. OCTUBRE 2006

Porcentaje de llenado	Ficha de Identificación Socioeconómica	
	Nº	%
100	15	30.0
De 95 - 99.99	7	14.0
De 90 - 94.99	8	16.0
De 85 - 89.99	6	12.0
De 80 - 84.99	3	6.0
De 75 - 79.99	6	12.0
Menos de 75	5	10.0
Total	50	100.0

En el caso de Cajamarca, los porcentajes de llenado de las FESE se presentan en el Cuadro N° 16. El 26% tiene un adecuado llenado; en el 74% restante, el llenado es

incompleto, con resultados en diferente proporción. Las mayores ausencias se advierten en los nombres de los miembros familiares, las fechas de nacimiento, el ingreso promedio familiar y las referencias de direcciones.

CUADRO N° 16
PORCENTAJE DE DATOS CONSIGNADOS EN LAS
FICHAS DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA
CENTROS DE SALUD DE CAJAMARCA. OCTUBRE 2006

Porcentaje de llenado	Ficha de Identificación Socioeconómica	
	Nº	%
100	13	26.0
De 95 - 99.99	6	12.0
De 90 - 94.99	4	8.0
De 85 - 89.99	5	10.0
De 80 - 84.99	5	10.0
De 75 - 79.99	12	24.0
Menos de 75	5	10.0
Total	50	100.0

En Cajamarca, como en los casos de Huancavelica y Huánuco, podemos presumir, a partir de los datos faltantes, que son similares en los tres casos, que ello se debe a la apreciación subjetiva del evaluador respecto de la condición socioeconómica de la persona a evaluar, toda vez que son regiones con un alto índice de pobreza, conocida por el personal, por lo que no requieren más información. Por ello consideramos importante determinar, sobre todo para estas regiones, ámbitos imprescindibles o mínimos de información requerida a fin de poder supervisar la información y con ello limitar los casos de filtraciones.

CAPÍTULO V

EL SERVICIO BRINDADO POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LA VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

El Derecho a la Salud se define como el derecho de toda persona al “máximo nivel individual posible de salud física y mental”, que está sujeta a diversos factores determinantes, entre ellos el económico que repercute, para efectos del presente informe, en los servicios de salud. Por su parte, el factor económico es determinante toda vez que existe un vínculo entre pobreza (definida en el capítulo II) y enfermedad, que es un componente importante de la exclusión de la población. Las enfermedades limitan la participación de los individuos en el desarrollo de sus comunidades y sociedades. Por ejemplo, una persona enferma ve menoscabadas sus posibilidades de conseguir empleo. Todo ello repercute en el buen estado de salud de las personas, así como en sus condiciones de acceder a un sistema de salud.

En el trabajo de campo del estudio realizado –que ya hemos presentado en el capítulo anterior– se observa claramente que entre los mismos pobres existe desigualdad y exclusión en el acceso a los servicios de salud. Esto se puede apreciar en las siguientes cifras: el 54.6% del total de casos estudiados corresponde a pobres no extremos, frente a un 39.6% de pobres extremos, pese a que el estudio se llevó a cabo en los departamentos con más altos porcentajes de población pobre extrema en el país. Por lo tanto, podemos concluir que una tarea aún pendiente del SIS es llegar a los sectores que más lo necesitan para que, de esta manera, constituyan el

porcentaje más alto de los beneficiarios, cumpliéndose cabalmente su objetivo inicial.

En tal sentido, de conformidad con la Ley General de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, como ente rector, la conducción de la acción sectorial, la definición de la política nacional de salud y de planes estratégicos, la regulación y fiscalización, la organización y ejecución de las funciones esenciales de salud pública, la orientación del financiamiento del sector Salud, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión de servicios de salud a toda la población.

Por consiguiente es importante evaluar el impacto que ejerce el SIS en los elementos del derecho a la salud a fin de determinar la vulneración de este derecho en el proceso de afiliación, así como en el servicio que estas personas reciben a través del seguro. Ello se realizará a partir de los cuatro elementos fundamentales del derecho a la salud: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad. Asimismo, este estudio, realizado mediante consultorías en el 2004 y el 2006, se complementará con casos que se han presentado en la Defensoría del Pueblo, procedentes de todo el territorio nacional

a) Disponibilidad

La evaluación del presente estudio parte del concepto de disponibilidad de los servicios de salud, abordando aspectos tales como factores de producción, de bienes/servicios y de la información. Estas son variables que se han evaluado por separado para dichos casos. La consulta formulada a los entrevistados se orientó a conocer si éstos consideraban que en su localidad había el número suficiente de establecimientos de salud, si en los

establecimientos de salud los servicios (admisión, emergencia, hospitalización, consultorios médicos, sala de operaciones, farmacia, laboratorio, otros) eran suficientes, y si el personal de salud era suficiente, así como si percibían limitaciones de su atención por falta de material, equipos, instrumental, insumos y medicamentos. Asimismo fue importante indagar la percepción de los beneficiarios con relación a la existencia de información sobre el SIS y aspectos de salud en general. En la actualidad, dicha situación persiste y, por ello, es objeto de análisis en el presente estudio.

b) Accesibilidad

Las variables estudiadas con relación a la accesibilidad a los servicios de salud en relación al SIS fueron: accesibilidad geográfica, económica y cultural, accesibilidad organizativa/administrativa y accesibilidad a la información.

La accesibilidad geográfica fue ponderada consultando a los entrevistados sobre su percepción negativa o positiva, con relación al tiempo empleado para llegar al establecimiento. La accesibilidad económica se evaluó solicitando a los entrevistados que estimaran en qué medida los gastos incurridos en la atención habían repercutido en su presupuesto familiar, y si tuvieron que realizar pagos adicionales para la consulta, comprar medicamentos, pagar análisis de laboratorio, rayos X, entre otros. Con relación a la accesibilidad cultural se consultó el respeto percibido por los pacientes por parte de los trabajadores del establecimiento y/o SIS respecto a su cultura, creencias, idioma, etc. La accesibilidad organizativa/administrativa fue medida a través de las dificultades administrativas que reportaron los

entrevistados. El acceso a la información se evaluó considerando las facilidades que tuvieron los entrevistados para obtener información.

c) Aceptabilidad

La aceptabilidad implica que los servicios de salud o del SIS deben ser respetuosos de la ética, el género y las etapas de vida. Dentro de la aceptabilidad también se evaluó la confidencialidad percibida por los usuarios en la atención de los servicios de salud o del SIS. Dentro de este punto se consideró conveniente incluir la participación de los usuarios en la toma de decisiones en aspectos de salud.

d) Calidad

La calidad percibida por los usuarios se exploró a través de su satisfacción con la atención brindada en el proceso de afiliación al SIS, así como en el proceso de la atención médica o de los servicios de salud. Adicionalmente se consultó si percibían favorablemente algunos aspectos técnicos del establecimiento y de la atención (duración de la atención médica, indagación sobre su enfermedad, evaluación física, indicación correcta, medicamentos prescritos, solicitud de exámenes auxiliares, medicamentos entregados, bioseguridad, entre otros). Definitivamente, los usuarios no se percatan muchas veces de detalles que podrían ser advertidos por aquellos con mayor nivel educativo, por lo que se ha tratado, en este punto, de realizar el interrogatorio de modo dirigido, para obtener respuestas lo más cercanas aplicables dentro del aspecto técnico. Es decir, en algunas poblaciones existen niveles de educación que otras no tienen, que permiten identificar los problemas señalados.

Respecto de los resultados de las entrevistas, las variables vulneradas se corresponden con las respuestas negativas expresadas por los usuarios en las preguntas realizadas mediante el cuestionario y las entrevistas realizadas a los casos de estudio de los diferentes establecimientos de salud seleccionados que se detallan en los Anexos N° 06 y N° 07.

De todos los criterios evaluados para determinar si se produce alguna vulneración al derecho a la salud en la población atendida por el Seguro Integral de Salud se encontró que, en el 100% de los casos, una o más variables han sido percibidas en forma negativa (Cuadro N°17).

CUADRO N° 17
DERECHO A LA SALUD VULNERADO EN LA DEMANDA
ATENDIDA POR EL SIS. 2004 - 2006

Año	N° casos estudiados	Uno o más DDSS vulnerados
2004	200	100%
2006	500	100%

Son 15 criterios, especificados en el Cuadro N° 18, con relación al derecho a la salud evaluados en cada caso de estudio, que han sido vulnerados entre 13% y 80% (2 a 12 criterios por cada caso). Esto no significa que, necesariamente, el resto de criterios no hayan sido vulnerados, ya que existen criterios sin respuesta, como es el caso de los criterios de calidad técnica y la participación en la toma de decisiones (Anexo N° 07).

Cabe subrayar que para el 97.8% del total de la población sometida al estudio, sus derechos se vulneran en más de cuatro criterios evaluados, y sólo en el 2.2% se vulneran

entre dos y cuatro criterios. Es decir, en una misma atención del beneficiario del SIS se vulneran diferentes tipos de criterios, que deberían ser conocidos y respetados por parte de los prestadores de salud.

CUADRO N° 18
DERECHO A LA SALUD EN LA DEMANDA ATENDIDA
POR EL SIS 2004- 2006

		2004		2006	
		Vulnerada %	No vulnerada %	Vulnerada %	No vulnerada %
Disponibilidad	Servicios de Salud	31.5	68.5	36.4	63.6
	Factores de Producción*	32.5	65.5	87	13
	Bienes y Servicios	15	85	17.4	82.6
	Información	21	79	50.4	49.6
Accesibilidad	Geográfica	61.5	38.5	9.4	90.6
	Económica	63.5	36.5	69	31
	Organizativa/Administrativa	52.5	47.5	21.2	78.8
	Información	90.5	9.5	47.8	52.2
Aceptabilidad	Cultural/Etica/Género/ciclo de vida	19.5	80.5	65.4	34.6
	Confidenciabilidad*	15	80	83.4	16.4
	Participación toma de decisiones*	100	0	99.2	0
Calidad	Satisfacción en el proceso de atención	31	69	53.2	46.8
	Satisfacción en la atención médica (salud)	52.5	47.5	13	87
	Calidad técnica*	10	NR	11.4	NR

* NR = No refiere

* Existe un porcentaje sin respuesta

Estos resultados muestran que los contenidos del derecho a la salud no están suficientemente garantizados, lo que estaría situado, con relación a este derecho, en el marco de los diferentes instrumentos internacionales y del desarrollo constitucional y legislativo de nuestro país. En tal sentido, el análisis expone la brecha que existe en el Perú entre el desarrollo propuesto por la legislación y el contenido de este derecho, así como su protección y garantía.

Los resultados de la evaluación de los elementos del derecho a la salud en el presente cuadro muestran el escaso desarrollo de los sistemas de prestación del

servicio de salud en nuestro país, hecho que conlleva a la falta de cumplimiento del marco del derecho internacional y de los contenidos en los diferentes instrumentos internacionales (Pactos, Convenios, Protocolos y Declaraciones).

Por otro lado, la no vigencia de alguno de los criterios del derecho a la salud identificados en el estudio lo vulnera y es obligación del Estado ir mejorando, progresivamente, el servicio que se ofrece a la población. Por su complejidad, el derecho a la salud es uno de los más difíciles de garantizar a plenitud, así como de precisar en su contenido y alcances. Sin embargo, ello no debe ser óbice para dejar de preocuparnos por el alto grado de vulnerabilidad encontrado en el estudio.

De este modo, si bien se ha avanzado mucho en brindar acceso a personas que pertenecen a un grupo tan vulnerable como el que atiende el SIS, ahora se está buscando ampliar dicha cobertura como parte de los proyectos de políticas del actual Gobierno. Dicho esfuerzo nos parece muy importante y sumamente necesario a fin de garantizar el acceso, pero ello debe ir de la mano con el mejoramiento del servicio que se brinda, y de una mayor oferta a fin de poder hacer frente a la demanda que se genere. En tal sentido, en este capítulo se muestran las deficiencias de la atención de salud en el país, específicamente del servicio que se brinda a través del SIS.

Una discusión que aparece cuando se aborda el tema del derecho a la salud es el relacionado con el contenido del derecho y, como consecuencia de ello, con los indicadores adecuados para su medición. No obstante, creemos que cualesquiera sean los criterios que se asuman, si alguno

de ellos es vulnerado, ello implica ir en contra de la obligación de los Estados de proteger y promover, en este caso, el derecho a la salud, configurándose en tal sentido una vulneración del derecho a recibir una atención de salud en forma adecuada, oportuna y con calidad. Todo ello no sólo va en contra de las obligaciones adoptadas por el Estado peruano a nivel internacional, sino que también transgrede la Constitución Política de 1993, la Ley General de Salud N° 26842, la Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y la normatividad vigente del SIS (Directiva N° 014 MINSA/SIS Vo1).

Uno de los problemas que se observó en el momento de las entrevistas y que llamó mucho nuestra atención fue que, del total de casos evaluados en los que sus derechos habían sido vulnerados, el 84.6% (423) corresponde a personas que indicaron que no consideraban que estuvieran siendo violentadas y de éstos, un poco más de la mitad refirió que, pese a haber sufrido alguna vulneración en la atención, habían satisfecho sus necesidades de salud. Tal percepción indica que existe gran desinformación simplemente en la definición de salud y, más aún, sobre sus derechos, y en especial sobre su derecho a la salud, lo que causa una actitud paciente y distante por parte de la población. Ello genera que la población no demande mejoras en el servicio que recibe.

De otro lado, muestra el poco trabajo que se ha proporcionado desde el Estado sobre el tema, ya que no se está adoptando medidas efectivas para promover la garantía y protección del derecho a la salud. Se requiere superar la visión del sistema de salud con el perfil de un sistema meramente paciente, contemplativo, expectante, para arribar a un sistema integral, participativo, efectivo y que se base en acciones con un enfoque de derechos,

para lo cual es necesario capacitar tanto al personal de salud como a la población en general.

5.1 Limitaciones a la disponibilidad de los servicios de atención de salud brindados por el SIS

Como bien se ha señalado, el SIS debe garantizar la atención a los beneficiarios del seguro. Sin embargo, algunos problemas que se han presentado revelan las deficiencias del sistema, como la falta de disponibilidad de recursos para hacer funcionar su capacidad operativa, toda vez que se ha verificado que, respecto de la capacidad física (infraestructura) de los establecimientos, estos se encuentran cerrados o no pueden ofrecer los servicios que deben. Por ello, en este punto analizaremos: la disponibilidad de los establecimientos y servicios de salud, la disponibilidad de factores de producción, los bienes y servicios, y la disponibilidad de la información.

A. Disponibilidad de establecimientos y servicios de salud

Con relación a este punto, la problemática radica en la falta de disposición en la atención de los establecimientos de salud. Existen situaciones donde las personas acuden al centro de salud y éste se encuentra cerrado durante los días laborables. A su vez, el personal médico no se encuentra en su puesto de trabajo y, peor aún, no deja un reemplazo para atender a los usuarios.

Los Gráficos N° 24 y N° 25 muestran que, en un poco más del tercio de la población entrevistada (2004: 31.5%, 2006: 36.4%), los beneficiarios del SIS perciben la falta de disponibilidad de establecimientos de salud. Esta percepción en el 2006 se incrementó en un 4.9% con relación al año 2004.

GRÁFICO N° 24
PERCEPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS
DE SALUD POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA
POR EL SIS. OCTUBRE 2004

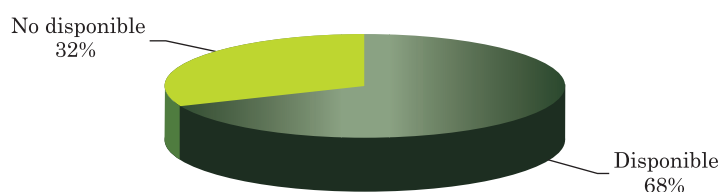
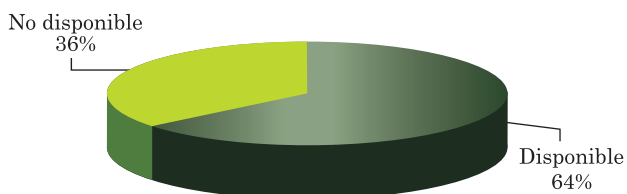


GRÁFICO N° 25
PERCEPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS
DE SALUD POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA
POR EL SIS. OCTUBRE 2006



La red de establecimientos de salud del MINSA debe garantizar la atención a los beneficiarios del SIS. Estos se ajustan a un horario que, al momento de la realización de esta investigación, era de seis horas de atención. Los Centros de Salud categorizados como I-3 y I-4⁷⁹ pueden

⁷⁹ Existen tres niveles de atención en salud (I, II, III), los cuales se encuentran subdivididos en niveles de complejidad y categorías de establecimientos del sector Salud. El nivel de complejidad se refiere al grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado debido a la especialización y tecnificación de sus recursos. El nivel de complejidad (1° al 8°) guarda una relación directa con las categorías de establecimientos de salud (I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2).

atender 12 horas, brindándose atenciones preventivas promocionales y emergencias (el 90% de los EESS no cuenta con médico en el turno de la tarde). Los hospitales regionales y nacionales atienden sólo en emergencia las 24 horas y, por excepción, en algunos servicios. Es decir que también en los establecimientos II-1, II-2 y III-1 la atención de consulta médica general, médica especializada y algunos procedimientos, entre otros, sólo se atiende en las mañanas. Esperemos que la medida adoptada por el actual Gobierno, con relación a la ampliación de horario de trabajo por las tardes, repercuta en el mejoramiento de la disponibilidad de dichos establecimientos y servicios de salud.

Del total de casos que refirió la falta de disponibilidad de los servicios de salud, las razones referidas en los casos identificados en el primer nivel de atención son los siguientes⁸⁰:

- El 80% tuvo que acudir más de una vez al establecimiento de salud por encontrarse cerrado en días laborables.
- El 67% indicó que el establecimiento está cerrado los feriados y domingos.
- El 25% refirió que el establecimiento abre sólo algunas horas durante el día.

En el II y III nivel de atención se encontró que:

- El 67% tuvo que regresar por la falta de disponibilidad de los servicios de salud requeridos (admisión, tópicos, farmacia, laboratorio, a veces el

⁸⁰ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

- consultorio de medicina, obstetricia, oficina del SIS).
- El 21% señaló la falta de un número suficiente de establecimientos de salud.
- El 17% refirió que, pese a existir establecimientos de salud, no se encuentran disponibles cuando requieren atención (es decir, están cerrados por alguna razón como, por ejemplo, actividades sociales o huelga del personal de salud).
- El 42% refirió que en los servicios de emergencia se tuvo que esperar cerca de una hora para obtener atención.
- El 58% refirió que, para obtener atención en consulta externa, se debió esperar más de tres horas.

Todos conocemos que la problemática del sector Salud radica en la falta de disponibilidad de recursos para hacer funcionar su capacidad operativa, ya que teniendo la capacidad física (infraestructura), los establecimientos se encuentran cerrados. Es decir, hay una capacidad ociosa instalada en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, aunque en éste último se advierte una menor proporción.

Por otro lado, al no garantizarse la disponibilidad de los establecimientos de salud y de los servicios se ocasionan otros problemas en la población que requiere estos servicios, tales como el incremento de sus gastos al tener que regresar varias veces, implicancias en su salud, pudiendo empeorar su situación y otros problemas sociales, como volver a solicitar permiso en su trabajo, volver a dejar sin atención a sus otros hijos, desasosiego, etc.

Uno de los factores que estaría ocasionando estos problemas sería la falta de organización del sector Salud para garantizar la atención en el momento oportuno. Existe

población a la cual no se le está garantizando la protección de salud, la que, debido a sus escasos recursos económicos no tiene otra alternativa que esperar a que los establecimientos abran, funcionen sus servicios o llegue el personal para la atención.

A fin de apreciar este problema, se transcriben algunos casos a continuación:

“Mi hijo estuvo con fiebre y tos desde hace cinco días. Como no pude traerlo antes, porque el río crece por las lluvias, recién lo he traído. Entonces lo llevé el miércoles, Había caminado desde la noche. Estuve desde las siete de la mañana hasta las 12 del día y nadie vino a abrir la posta”.

“La posta abre a las nueve o 10 de la mañana hasta las cuatro de la tarde, pero el personal se va a las 12 del día. Solo se queda el técnico hasta esa hora, pero todos son muy buenos, me atienden bien, pero no están porque siempre dicen que los llaman a reuniones. Entonces, no pueden estar en la posta siempre”.

“Llevé a mi hija a la posta que queda a 15 minutos de mi casa, pero no me atendieron. Me dijeron que, por la ubicación de mi casa, no me correspondía y que tenía que ir a otro establecimiento de salud. Como no tenía dinero esa vez, no pude hacer atender a mi hija. Cuando se enfermó otra vez fui hasta el establecimiento que me corresponde y no estaba la persona que tenía que evaluarme para entrar al seguro. Entonces, tuve que regresar al día siguiente porque mi hija se enfermó más”.

“Mi niña fue enviada por la posta al hospital de Ilave, porque no se sanaba. Cuando fui me dijeron que el médico para niños no se encontraba trabajando ese día, que

volviera al día siguiente. Volví al día siguiente y tampoco estuvo el médico, Regresé por tercera vez y el médico tampoco estaba. Mi hijo se puso peor. El domingo no atienden en la posta y no tenía plata para ir al hospital, y mi hija se murió”.

“No pude hacer atender a mi hijo en el caso del Centro de Salud de San Antón. Estuvo cerrado ya que tenían actividad deportiva el día 29 y e día 30 tuvieron la celebración de Santa Rosa de Lima. Por esto mi hijo se enfermó más y falleció”.

Estos testimonios evidencian los problemas de disponibilidad del servicio por los que atraviesa el sector Salud, en especial de los establecimientos a donde acude la población más pobre. Las vulneraciones que estos generan a sus derechos, en especial a su derecho a la salud, se presentan por la imposibilidad de ser atendidos cuando lo necesitan y no porque no exista la forma de dar el servicio, sino por su falta de organización para atender las necesidades de la población, con el triste resultado de que algunas personas han perdido la vida, sin que hayan sido siquiera atendidas.

En tal sentido, es evidente que no sólo se necesita poder estar afiliado a un sistema como el que plantea el SIS, sino que también es necesario mejorar con ello la disponibilidad de establecimientos y servicios necesarios, teniendo en cuenta que las enfermedades no se presentan en un horario preestablecido.

Una vez que se arribó a conclusiones se encontró que:

- La falta de disponibilidad de establecimientos y servicios de salud es reportada en el 36.40% de los casos

estudiados, especialmente en los Centros de Salud de Huánuco (100%), debido a los pocos establecimientos de salud que hay en dicho departamento.

- La protección a la salud no se refiere ni se garantiza sólo con la existencia física del establecimiento, sino con su adecuado funcionamiento, lo que hace que el servicio esté disponible. Al respecto, el estudio recogió que la población no siente que el servicio de atención de salud esté disponible de acuerdo con sus necesidades, sintiéndose desprotegida, ya que se desconoce cuándo estarán disponibles los profesionales de salud o sus servicios. Asimismo, tampoco se sabe cuáles son los beneficios a los que las personas tienen derecho, entre otros.

B. Disponibilidad de factores de producción: la insuficiencia del personal

Uno de los factores de producción con los que debe contar el Estado es el personal suficiente en los establecimientos de salud. Para ello se requiere una adecuada organización, toda vez que existen centros de atención que no cuentan con el personal médico necesario para garantizar la salud de las personas.

Asimismo, existen diferentes problemas que no satisfacen a los usuarios, tales como imprevistos en los horarios de atención del personal, ausencias del personal de salud a consecuencia de las constantes huelgas, reuniones, entre otros. Es necesario subrayar, sobre todo, la importancia de la distribución de los médicos, en vista de que ésta no es homogénea a lo largo del país.

Los Gráficos N° 26 y N° 27 muestran la falta de disponibilidad de los factores de producción. Es un

derecho vulnerado en un poco más de las dos terceras partes de la población estudiada en el año 2006 (87%), mostrándose un incremento del 54.8% con relación a lo encontrado en el año 2004 (32.5%).

GRÁFICO N° 26
PERCEPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE FACTORES DE PRODUCCIÓN POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2004

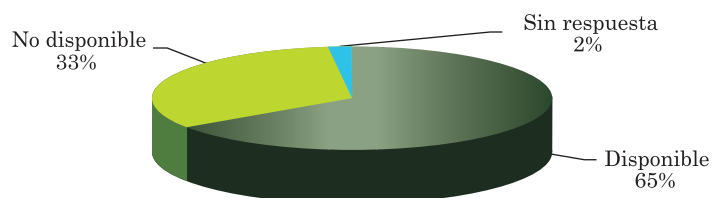


GRÁFICO N° 27
PERCEPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS FACTORES DE PRODUCCIÓN POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2006



De acuerdo con la categorización de los establecimientos de salud, se conoce el tipo de personal con que cuenta cada establecimiento. Así, por ejemplo, los establecimientos I-1 no cuentan con médico e incluso algunos sólo cuentan con personal técnico; a partir del I-2 deben contar con personal médico. Dentro de una misma Dirección de Salud (DISA), el personal puede ser rotado o desplazado

a otro establecimiento o a la misma DISA, de forma tal que el establecimiento deja de contar con médico hasta que se consiga un reemplazo. Cabe señalar que, anteriormente, para el nombramiento de médicos en los Establecimientos de Salud con Administración Compartida - CLAS se establecía que el personal médico no podía ser rotado. En cambio, ahora pueden ser movilizados, y los establecimientos de salud continúan funcionando sin la presencia de su médico.

Esto supone una serie de problemas, sobre todo en las zonas más alejadas del país, donde el personal solicita su cambio en razón de la lejanía del lugar, estableciéndose una alta rotación de dicho personal, lo que impide que se formen lazos de confianza con la comunidad. Ello finalmente conlleva, por ejemplo, a que muchas personas, debido a diferencias culturales, no acudan a los establecimientos.

Es necesario, en tal sentido, que el Estado garantice el personal suficiente en los establecimientos de salud, así como su adecuada organización, buscando reducir la alta rotación que se da. Asimismo es necesario que se supervise que, en el caso de los establecimientos que tienen personal asignado, éste se encuentre ahí, brindando el servicio.

Del total de casos que refirieron la falta de disponibilidad de factores de producción se obtuvieron las siguientes explicaciones⁸¹:

⁸¹ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

- El 83% tuvo que regresar al establecimiento de salud por falta de médico, el 23% por falta de odontólogo, el 17% por falta de enfermera, el 45% por falta del personal encargado de afiliar o de entregar el contrato del SIS, pese a contar con todos estos profesionales.
- El 23% refirió la importancia que se asigna a la evaluación ejercida por un médico. Sin embargo, pese a existir un médico en el establecimiento de salud, los pacientes son atendidos por otro personal.

Consideramos que todo esto se produce debido a cambios imprevistos en los horarios del personal, ausencias del personal por las constantes capacitaciones, huelgas, entre otros motivos. Sin embargo, también es necesario recordar que la distribución de estos profesionales no es homogénea en el país. Por ejemplo, una mejor disponibilidad se observa en el departamento de Lima (incluido el Callao), que cuenta entre 7.85 y 12.28 médicos por cada 10,000 habitantes. En cambio, los departamentos con menor número de médicos son: Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno, zonas con altos índices de pobreza. Para atender a los dos primeros existen entre 2.14 y 3.15 médicos por cada 10,000 habitantes, y en los otros dos varía entre 3.16 y 3.85 médicos por cada 10,000 habitantes. Como se puede apreciar, la escasa cantidad de personal en las zonas más alejadas del país no permite una oportuna atención de salud de la población.

En tal sentido, cabe indicar que la Ley General de Salud contempla la necesidad de garantizar la atención con personal suficiente para atender los problemas de salud de la población. Al parecer, los recursos humanos no son suficientes, lo que dio como resultado que el 87% de los entrevistados percibió la falta de personal, sean médicos

generales, médicos especialistas, obstetricas y odontólogos. Según creemos, este problema se ha originado, en gran parte, por aspectos presupuestarios.

En todos los establecimientos de salud estudiados se encontraron altos porcentajes de falta de personal, en especial en el Hospital Nacional Hipólito Unánue y el Hospital Regional de Cajamarca, con 92% cada uno, siendo el de menor percepción de este problema el Hospital Regional de Puno, con el 68%. Huancavelica fue el departamento con mayor incidencia con relación a los otros, encontrándose la mayor falta de disponibilidad de los factores de producción en el I nivel de atención.

A continuación se transcriben algunos testimonios que reflejan este problema:

“La posta donde me atienden tiene médico, pero cuando vamos nos atiende la enfermera o el técnico. El médico no para; va de vez en cuando”.

“Fui al centro de Salud de Camicachi y no se encontró al personal debido a que se encontraban en capacitación. Por dos días estuvo cerrado el centro y no hubo atención”.

“...había dado a luz hace tres días en mi casa en la comunidad de Tumuyo (Azángaro), Tenía fiebre. Mi esposo fue al centro de salud San Antón, pero el personal no quiso venir, ya que estaban de fiesta y le dijeron que como no había ido al Centro de Salud para el parto, no podían venir y que si yo quería tenía que ir, pero cómo hacer eso, me pondría mas mal..”

El derecho a la salud, sin duda, se afecta o lesiona. Eso sucede en este caso, cuando el servicio está disponible

sólo en teoría, ya que, en la práctica, los usuarios no pueden o no son atendidos por el personal idóneo, lo que evidencia la afectación del derecho. En consecuencia, cuando el beneficiario SIS acude a los establecimientos de salud y no recibe la prestación, se está atentando contra su derecho con relación al aspecto prestacional de éste, con las implicaciones que ello produce. Recordemos que la salud es un derecho fundamental,⁸² íntimamente relacionado con el derecho a la vida, tal y como lo ha indicado el Tribunal Constitucional. Por ello, su vulneración implica también una vulneración al derecho a la vida, haciéndose necesario garantizar los aspectos prestacionales para que se protejan los derechos de las personas.

Por ello, para lograr efectividad se requiere una serie de normas y asignaciones de carácter presupuestal, además de un esquema de organización que permita la viabilidad de la prestación de determinado servicio público, en buena cuenta, de políticas públicas adecuadas que tomen en consideración un enfoque de derechos a fin de que desde su diseño hasta su implementación se prioricen los derechos de las personas que reciben este servicio.

C. Disponibilidad de Bienes y Servicios

El derecho a las instalaciones de salud, bienes y servicios significa garantizar las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos, es decir, la existencia de material, equipos, insumos, medicamentos, instrumental, mobiliario clínico, entre otros factores.

⁸² Constitución Política del Perú 1993. Artículo 3

La importancia de este punto radica en la necesidad de garantizar las condiciones en las que está trabajando el personal de salud, así como la atención que se brinda a los beneficiarios del sistema. Con ello nos referimos a la existencia del material, equipos, medicamentos, instrumental mobiliario, etc.

Al respecto, la Oficina Defensorial de Arequipa recibió una queja de una recurrente⁸³ en contra de los Centros de Salud Francisco Bolognesi, Posta de Salud Dean Valdivia, Centro de Salud Buenos Aires, todos del distrito de Cayma, provincia y departamento de Arequipa, debido a que la ciudadana no recibía en forma completa los medicamentos recetados como parte de la cobertura que ofrece el SIS. No obstante, le hacían firmar constancias de que había recibido todos los medicamentos que le habían sido recetados, debiendo cubrir el costo de los faltantes.

La Oficina Defensorial de Arequipa realizó sendas visitas de inspección a los centros de salud mencionados a fin de constatar dicha situación e, incluso, se sostuvo una entrevista con el Jefe de la Oficina Desconcentrada del SIS. Con ello se pudo constatar la existencia del denominado “Formato de Atención”, en el cual se consignan los medicamentos entregados a los beneficiarios. No se pudo constatar objetivamente que se obliga a firmar por la recepción de la totalidad del medicamento cuando sólo se recibe una parte.

Teniendo en cuenta la información obtenida, tras una reunión con el referido Jefe de la Oficina Desconcentrada

⁸³ El nombre de la recurrente se mantiene en reserva a pedido de la Oficina Defensorial de Arequipa.

del SIS, éste reconoció que existían varios reclamos de ese tipo, pero que no habían podido constatar dicha situación. De esta manera, se recomendó incidir en el tema de los derechos del usuario, y se aclaró que éste suscribirá la conformidad del documento siempre y cuando la entrega sea total, o parcial cuando se especifique la entrega parcial de lo atendido.

Los Gráficos N° 28 y N° 29 muestran la falta de disponibilidad de bienes y servicios. Es un derecho vulnerado en menor proporción que los dos anteriores y con similitud de resultados en los estudios de los años 2004 (15%) y 2006 (17.4%), con un ligero incremento del 2.4%.

GRÁFICO N° 28
PERCEPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE BIENES Y
SERVICIOS POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA
POR EL SIS. OCTUBRE 2004

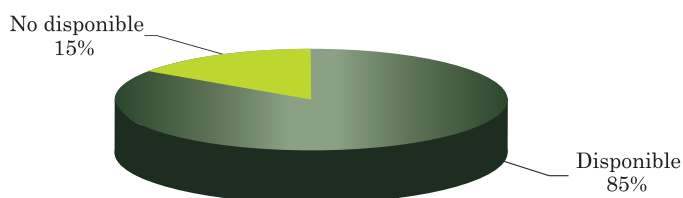
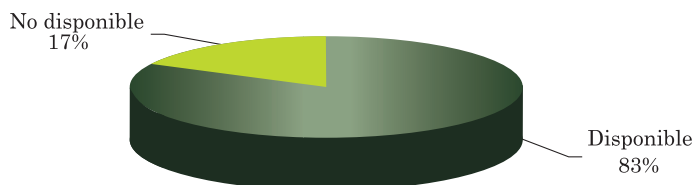


GRÁFICO N° 29
PERCEPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS BIENES Y
SERVICIOS POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2006



El total de casos que refirieron la falta de disponibilidad de bienes y servicios, indicaron problemas con⁸⁴:

- El 95% señaló la falta de medicamentos en los establecimientos de salud.
- El 52% declaró que tuvo que comprar insumos, guantes, gasa, isodine y otros que no recuerdan.
- El 17% refirió que se tenía que ir a otra posta porque el equipo no se encontraba estéril o porque no funcionaba el esterilizador.
- El 10% refirió que, por falta de camas, tuvo que esperar muchos días para que sus menores hijos fueran aceptados en los hospitales nacionales.
- El 45% mencionó no haber podido comprar medicamentos porque no se encontraban en el establecimiento.
- Los departamentos de Cajamarca, Puno y Huánuco son los que reportaron mayor porcentaje de falta de bienes y servicios, siendo el principal problema la falta de medicamentos.
- La falta de prescripción de medicamentos genéricos, por parte de los médicos, ocasiona que los usuarios SIS tengan que comprar el medicamento, incluso cuando existen los medicamentos genéricos en la farmacia.

Estas respuestas se atribuyen a diferentes factores, como la falta de optimización de la distribución de los recursos asignados a los establecimientos de salud, la falta de autonomía y decisión de gasto, sobre todo en los establecimientos de primer nivel de atención, la

⁸⁴ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

inadecuada programación y compra de medicamentos esenciales a nivel nacional,⁸⁵ la restricción de compra de medicamentos por los establecimientos a excepción de algunas unidades ejecutoras, y también la mala gestión de los jefes de establecimiento, así como la indiferencia del personal.

El suministro adecuado de medicamentos es un mecanismo muy importante para la protección de la salud. A fin de garantizar la disponibilidad de medicamentos y asegurar así la atención de la salud de su población, se torna necesaria la planificación de las compras para lo cual se debe prever la elaboración y ejecución de un plan nacional de acción. Es imprescindible, en tal sentido, hacer un esfuerzo para implementar un sistema de abastecimiento oportuno y fiable. El problema del suministro de medicamentos, tal y como han manifestado los beneficiarios SIS, resta credibilidad y confianza al SIS.

Los integrantes del personal de algunos establecimientos de salud manifiestan que el SIS no reembolsa en su totalidad los medicamentos entregados a los beneficiarios SIS, y que quedan desabastecidos para pacientes que sí pagan. Inclusive han preferido en algún momento no afiliarse ni atender a pacientes SIS, contraviniendo la normatividad SIS. Esto demuestra el desconocimiento del personal con relación a aspectos del SIS, tales como mecanismos de pago, de reembolsos y distribución de las transferencias realizadas por el SIS. Este problema también está relacionado con el uso que se da al subsidio que otorga el SIS a los establecimientos que brindan el

⁸⁵ Estipula la norma que aquellos medicamentos incluidos en la compra nacional no deberán comprarse en forma local.

servicio, que no necesariamente se utiliza en la compra de medicamentos, suministros, entre otros, que son los aspectos indispensables a garantizar por el subsidio que otorga el SIS a fin de poder seguir brindando el servicio.

Es necesario mencionar que con Resolución Ministerial N° 602-2003-SA/DM se aprobaron las tarifas de pago por afiliación y pago por prestaciones que el SIS reembolsa a los establecimientos prestadores de salud. Con la Resolución Ministerial N° 727-2003-SA/DM se aprueba la Directiva N° 014-MINSA/SIS-V.01 (Directiva que regula los pagos por prestaciones del Seguro Integral de Salud a los establecimientos prestadores de los servicios de salud), para garantizar continuidad de la labor prestacional en condiciones óptimas de calidad y oportunidad, a través de la reposición de insumos utilizados en dichas prestaciones (atenciones preventivas y recuperativas).

El SIS transfiere a las unidades ejecutoras el pago por las prestaciones realizadas a los beneficiarios SIS, quienes a su vez distribuyen según la liquidación de pagos a los establecimientos de salud. De acuerdo al inciso 6.2.2.6 del artículo 6.2 de la Directiva N° 014-MINSA/SIS-V.01, el uso de pagos estaría garantizando la adecuada ejecución de los Planes de Beneficios del SIS por parte de los establecimientos de salud. Para tal efecto, las unidades ejecutoras destinarán los fondos en el siguiente orden de prioridad:

1. Reposición total de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos suministrados a los beneficiarios SIS por el SISMED u otro proveedor.
2. Mejora de infraestructura y/o equipo médico quirúrgico o su adquisición con los excedentes y;

3. Si aún se cuenta con excedentes, éstos se destinarán a la adquisición de otros bienes y servicios que requiera el establecimiento prestador de servicios de salud, así como a otros gastos que garanticen la atención y calidad del servicio de salud.

A continuación se transcriben algunos casos referidos:

“La posta me cosió una herida. Se me infectó a los tres días. Fui, me curaron, me citaron al día siguiente, volví y ya no me curaron. Me dijeron que el equipo para curar lo habían llevado al hospital para esterilizar y que no había nadie para entregarlo porque estaban de fiesta y que regrese en cuatro días porque eran días feriados y fin de semana”.

“En la receta me indicaron jarabe para mi menor hijo (Paracetamol en frasco), pero me dieron tabletas, y la explicación que me dio el personal de salud fue que el jarabe se había acabado”.

Sin duda, la falta de disponibilidad de los bienes y servicios atenta contra el derecho a la salud de los beneficiarios y evidencia las limitaciones que tiene el Estado para garantizar la atención en los diferentes niveles de establecimientos de todos los beneficiarios que se han afiliado al SIS. En la muestra tomada para el presente informe, la falta de medicamentos se ha advertido como un problema por las personas entrevistadas, así como también por una persona que se ha quejado en la Oficina Defensorial de Arequipa, lo cual se ha verificado por los comisionados de ésta, porque pone en peligro la vida del paciente, no le permite continuar con el tratamiento a menos que consiga los recursos para adquirirlos, contraviene la normatividad del SIS y ofrece un servicio limitado a los beneficiarios.

D. Disponibilidad de la información

El derecho a la información, recogido como tal en la Ley General de Salud, comprende tres facultades interrelacionadas: las de buscar, recibir o difundir información, opiniones o ideas, de manera oral o escrita, en forma impresa, artística o por cualquier otro procedimiento.⁸⁶ Por ello constituye un pilar importante en busca del disfrute máximo de la salud.

Asimismo, el Inciso 3 del artículo 3° de la Ley N° 28706, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada el 13 de julio del 2002, señala que “*El Estado tiene la obligación de brindar la información que demanden las personas en aplicación del principio de publicidad*”. Con ello se permite a los usuarios afiliados de cualquier entidad pública de prestación de servicios, que soliciten la información necesaria. Sin embargo, el derecho de acceso a la información pública tiene excepciones.⁸⁷ Ello se puede apreciar en el caso de las historias clínicas solicitadas por terceros porque, de publicitarse, se afectaría el derecho fundamental a la intimidad de las personas directamente afectadas.⁸⁸

La disponibilidad de información es, sin duda, muy importante a fin de poder ejercer en toda su amplitud el derecho a la salud. Tanto la disponibilidad como la

⁸⁶ En general se admite que la información comprende hechos, datos, noticias y acontecimientos susceptibles de ser verificados.

⁸⁷ La Ley General de Salud establece una excepción en relación a la información referente a la historia clínica de un paciente, que se le podría brindar a un tercero. El artículo 25° señala: “*Toda información relativa al acto médico que se realiza tiene carácter de reservado (...)*”.

⁸⁸ Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 96, denominado “El Balance a dos Años de Vigencia de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública”.

accesibilidad a la información juegan un rol muy importante para modificar conductas, contribuir a mejorar su salud, mejorar sus condiciones de saneamiento, mejorar la prevención de enfermedades, acudir a los establecimientos de salud en forma oportuna y conocer sus propios derechos y las obligaciones del SIS y de los establecimientos de salud.

No se cuenta con casos que se hayan presentado en la Defensoría del Pueblo con relación a este aspecto. Sin embargo, cabe señalar que en una serie de casos que se presentan relacionados al sector Salud, el principal problema que se advierte en lo que indican las personas es la dificultad de acceder a información médica, de entender el diagnóstico que se les brinda y, por ello, de lo frágil que es la relación entre el personal de salud con los usuarios. Así, pues, un gran problema es el escaso conocimiento que tienen las personas sobre sus derechos y obligaciones como usuarios.

Por un lado, no existe un modo masivo de información sobre la existencia del SIS, sus beneficios y limitaciones, como tampoco con relación a los derechos de las personas.

Por otra parte, existen problemas relativos a la falta de información del SIS en los establecimientos de salud. Estos no facilitan afiches ni trípticos u otro mecanismo de difusión que ilustren a las personas sobre los beneficios del sistema. A su vez, existen poblaciones de escasa pobreza que no cuentan con los medios de comunicación necesarios para informarse. Dicha situación se agrava en poblaciones alejadas de la ciudad.

Los Gráficos N° 30 y N° 31 muestran la falta de disponibilidad de la información. Es un derecho vulnerado

en la mitad de los casos estudiados en el año 2006 (50.4%), frente a una cuarta parte de la población referida en el año 2004 (21%). Es decir, contrariamente a lo que reporta el MINSA sobre los esfuerzos realizados al respecto, se ha encontrado un incremento de un 29% de la percepción de vulneración de dicho derecho.

GRÁFICO N° 30
PERCEPCIÓN DE DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN POR
PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2004

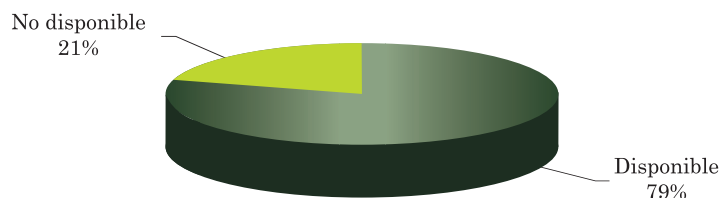


GRÁFICO N° 31
PERCEPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN
POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2006



Los casos que refirieron la falta de disponibilidad de información en sus respuestas indicaron problemas relacionados a los siguientes aspectos⁸⁹:

⁸⁹ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

- El 73% refiere que los medios de comunicación no son lo suficientemente capaces de llegar con la información necesaria.
- El 24% refiere que cuando asisten al establecimiento de salud no se les entrega material alguno que mejore sus conocimientos.
- El 73% refiere que no existe la difusión suficiente sobre los beneficios del SIS, ni sobre aspectos de salud.
- El 12% refiere que no tiene medios para acceder a información sobre salud, como diarios, televisor, radio, folletos, Internet, entre otros.
- El 54% se entera sobre el SIS y sobre aspectos de salud por amistades y no por el personal de Salud.
- En todos los establecimientos de salud fue percibida la falta de disponibilidad de la información, con predominio del Hospital Regional de Huánuco (94%) y los Centros de Salud de su departamento (90%). En menor medida ocurrió esto en los hospitales nacionales (aproximadamente, 30% en cada uno). Sin duda es Huánuco el departamento que mayor porcentaje de vulneración reporta en los diferentes niveles de atención.
- En definitiva, es evidente que subsiste el problema de que Lima es la ciudad donde se posee más información disponible que en las regiones. En tal sentido, es necesario descentralizar más la información, así como crear mecanismos para que ésta llegue a las regiones, a fin de que pueda estar, a su vez, a disposición de los usuarios.

Estos hallazgos se atribuyen a falta de iniciativa por parte de los prestadores para difundir aspectos de salud y sobre el SIS, así como a falta de presupuesto

para la difusión correspondiente y acciones de coordinación intersectorial e interinstitucional.

La falta de información infringe un derecho social imprescindible para lograr crear conciencia en la población y obtener su apoyo, mostrando los resultados que el Estado obtiene con relación a las políticas que implementa. Asimismo, la falta de claridad e información que existe entre los profesionales y las profesionales de la salud con relación tanto al derecho a la salud de la población, como a sus derechos y responsabilidades, vulneraría la obligación básica del Estado peruano de proporcionar capacitación adecuada al personal de salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos, así como también impediría que ellos informen adecuadamente a la población.

A continuación se transcribe un testimonio concerniente al problema examinado:

“Yo vivo en el campo. Tenía una radio, pero se me malogró. No sé leer; solo sé mi firma. Nadie me explica por qué en la posta no atienden a mi hijo. Sí, antes, cuando tenía radio, decían que todo era gratis, pero voy la posta y no me atienden...sigue creciendo el tumor en su espalda”.

Es necesario destacar la iniciativa de Huánuco que, para garantizar el acceso a la información, implementó el 22 de julio del 2005 un proyecto piloto a fin de que un primer grupo de voluntarios se desplazara a las comunidades rurales para hacer llegar a sus pobladores información sobre el Seguro Integral de Salud, los derechos de los usuarios de este servicio, y ayudar a estas personas a reunir los requisitos y realizar los trámites necesarios para afiliarse al servicio. La iniciativa de Huánuco refleja

cómo con una correcta voluntad política de las autoridades locales, y escuchando e involucrando a la sociedad civil en la búsqueda e implementación de soluciones es posible mejorar el acceso a los servicios de salud y garantizar el Derecho a la Salud de las personas más vulnerables. Sin duda, ello constituye un gran avance.

5.2. Restricciones a la accesibilidad de los servicios de atención del SIS

Gracias a las entrevistas realizadas como parte de la muestra para el estudio sobre el SIS y a la información recopilada por las Oficinas Defensoriales se observan los siguientes problemas: a) dificultades en el acceso geográfico; b) accesibilidad económica; c) problemas de accesibilidad administrativa/organizativa; d) falta de acceso a la información, que se desarrollan a continuación:

A. Dificultades de acceso a los servicios de salud debido a barreras geográficas

La posibilidad del uso de un servicio, de acuerdo a su ubicación física, como la lejanía de la comunidad al Centro de Salud más cercano al beneficiario y la imposibilidad de acceder a dichos servicios para personas con discapacidad, entre otros, constituye un factor de gran importancia para garantizar y proteger el derecho a la salud, toda vez que la accesibilidad geográfica a un establecimiento de salud determina la oportunidad en la atención, aunque, como se ha visto anteriormente, no es el único factor. Como una forma de garantizar dicho acceso, el Estado ha construido establecimientos de salud de diferentes niveles de atención, buscando ofrecer el servicio a todas las personas. Sin embargo, a la fecha no son suficientes para romper la barrera de inaccesibilidad geográfica, generando que parte de la

población tenga que desplazarse para acceder a ellos, lo cual pone en riesgo su integridad, sobre todo si se encuentran en un estado de emergencia. Por otro lado, ciertas condiciones geográficas juegan un rol determinante en la accesibilidad, como es el caso de establecimientos físicamente cercanos al domicilio, pero separados por un río que se vuelve intransitable en tiempo de lluvias.

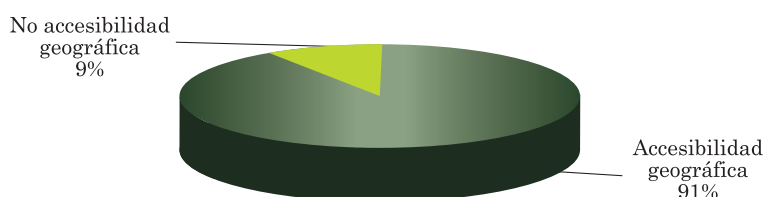
En tal sentido, los Gráficos N° 32 y N° 33 muestran la falta de accesibilidad geográfica. Llaman mucho la atención los resultados obtenidos en los estudios de los años 2004 y 2006, donde, en el primero, el 61.5% refirió no tener acceso a los servicios de salud por encontrarse a más de dos horas de distancia; en cambio, en el año 2006, sólo el 9.4% refirió la falta de accesibilidad geográfica.

Teniendo en cuenta que el estudio se realizó en los mismos establecimientos de salud, a excepción de Huánuco y Cajamarca, se podría deber al incremento/mejora de los medios de transporte y/o vías de comunicación que, de alguna manera, contribuyen al acceso a los servicios de salud. Por otro lado, no se puede descartar que sea un dato bastante subjetivo, ya que la misma distancia que es lejana para una persona, es cercana para otra.

GRÁFICO N° 32
PERCEPCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA POR
PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2004



GRÁFICO N° 33
PERCEPCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA DE LOS BIENES Y SERVICIOS POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2006



Del total de casos que refirieron inaccesibilidad geográfica, las respuestas refirieron problemas con los siguientes aspectos⁹⁰:

- El 13% refirió que su domicilio se encuentra a más de dos horas de viaje.
- El 37% refirió que no existe movilidad frecuente para acudir a un establecimiento cercano.
- El 5% refirió que su establecimiento es cercano, pero tiene que dar una vuelta para llegar, por ser imposible el acceso directo debido a las condiciones geográficas.
- El 34% refirió tener dificultad a la accesibilidad a los servicios por falta de señalización con predominio en los hospitales nacionales.
- La inaccesibilidad ha sido referida, sobre todo, en los Centros de Salud de Huánuco (44%) y el Hospital Nacional Hipólito Unanue (38%). El resto de establecimientos está debajo del 7%. Por departamentos, el de menor accesibilidad geográfica

⁹⁰ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

es Huánuco, debido a que cuenta con un menor número de establecimientos por población. Lima está en segundo lugar debido a que sus hospitales nacionales son establecimientos de referencia y, por ende, la accesibilidad es menor.

- Respecto al nivel de atención se ha encontrado que el III nivel de atención tiene menor accesibilidad por comprender a los hospitales nacionales de referencia que, siendo hospitales grandes, tienen dispersos sus servicios, mala señalización, inadecuada infraestructura y falta de información.

La falta de accesibilidad a los establecimientos de salud atenta contra la vida y la salud de las personas, sobre todo de aquella población más vulnerable: recién nacidos, niños y gestantes.

A continuación se transcribe un testimonio referido al problema examinado:

“Tengo mi casa a seis horas de camino a pie. Mi esposo me ha traído donde su hermana porque estoy hinchándome y me duele la cabeza desde que me embaracé, pero no es igual como estar en mi casa. Mis hijos están abandonados, estarán sin comer; no hay nadie que los cuide y son chiquitos”.

Por otro lado se calcula que un 25% de la población peruana no tiene acceso a los servicios de salud.⁹¹ Esto es especialmente crítico en el área rural y en las zonas más pobres del país, lo cual también es un claro problema para las comunidades nativas en las zonas de Selva. La inadecuada planificación territorial de los establecimientos

⁹¹ ENAHO 2004. Resultados de accesibilidad geográfica en el Perú. 2004

de salud, así como la difícil geografía son razones por las que, pese a que el país cuenta con cerca de 7,000 establecimientos, de los cuales el 99% son Centros y Puestos de salud. Estos se encuentran aún a considerable distancia de poblados, en especial en el área rural, por lo que es necesario que se continúen haciendo esfuerzos para acercar los establecimientos a las personas y áreas necesitadas, que son el objetivo del SIS.

B. Dificultad en la acceso debido a aspectos económicos

Es responsabilidad del Estado poder facilitar las condiciones necesarias para la atención del usuario, garantizando una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables, sobre todo en un país con índices de pobreza como los nuestros, poniendo a dichas personas en la imposibilidad de acceder a servicios de salud. Así, el factor económico es uno de los más importantes en la accesibilidad a los servicios de salud, al determinar la posibilidad de uso de un servicio en función de la capacidad adquisitiva de la población con relación a las tarifas, precios de servicios y medicamentos.

A través del SIS se pretende romper dicha barrera y asegurar la prestación de servicios de calidad. Es decir, al subsidiar el SIS los diferentes servicios de salud, se debería estar garantizando el acceso a los servicios de salud de la población que no tiene los recursos para ello.

Por ser este factor de suma importancia y determinante para acceder a un servicio de salud, creemos necesario evaluar la necesidad del cobro realizado, toda vez que el

criterio de cada establecimiento de salud para cobrar es distinto. Así, a modo de ejemplo, podemos señalar que en la Oficina Defensorial de Jaén (Cajamarca) se presentaron varios casos de diferentes ciudadanas y ciudadanos que presentaron quejas respecto de cobros por distintos conceptos, anestesia para la intervención de los pacientes, hilo vicril y fentanilo, cobros por intervenciones quirúrgicas, etc.

Según la investigación realizada por la Oficina Defensorial se conoció que el requerimiento para la compra de material médico o el cobro por los servicios prestados responden a la falta de recursos en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Posteriormente nos informaron que el SIS realizó el reembolso a los Centros de Salud. Sin embargo, los pacientes no obtuvieron reembolso alguno, pese a que el presupuesto asigna dichos reembolsos, como se ha indicado anteriormente, no necesariamente a garantizar los bienes e insumos necesarios para continuar con la atención de los beneficiarios sin condicionamientos de este tipo.

De igual manera, la Oficina Defensorial de Tumbes atendió el caso de la adolescente (beneficiaria del SIS por el plan “C”) de 16 años de edad, quien fue atendida en el hospital⁹² por habersele encontrado restos de placenta. La joven señala que no contaba con los medios económicos para ser atendida y que el establecimiento de salud le informó que su seguro habría caducado, no correspondiéndole recibir atención en lo sucesivo. Luego de diversas actuaciones de la Oficina Defensorial, el

⁹² Oficina Defensorial de Tumbes. El nosocomio es el Hospital de Apoyo JAMO.

establecimiento de salud ordenó que la ciudadana sea afiliada al Plan “B” por ser menor de edad, para luego ser atendida.

En ese sentido, en el primer caso consideramos fundamental señalar que los criterios utilizados para realizar los cobros responden a una falta de conocimiento de los principios de legalidad, pues son cobros sobre rubros que forman parte de la cobertura que garantiza el SIS. Por ello, éstos constituyen una afectación evidente al derecho de acceso a la salud de las personas, y peor aún cuando el cobro responde a un condicionamiento del servicio que se debe brindar.

El último caso plantea la imposibilidad económica de la población, situación que afecta a los sectores más pobres del país. El SIS está diseñado para otorgar cobertura a los sectores más vulnerables, sectores que requieren de protección al no contar con un seguro de atención. En esa medida, la atención debe ser garantizada de manera oportuna y eficaz.

Los Gráficos N° 34 y N° 35 muestran la vulneración del derecho a acceder a los servicios de salud, teniendo en cuenta al factor económico en la muestra tomada para la presente investigación. Es un derecho vulnerado en un poco menos de las dos terceras parte del total de casos estudiados, con tendencia similar en los estudios de los años 2004 (63.5%) y 2006 (69%), existiendo en este último un 5.5% de mayor vulneración.

GRÁFICO N° 34
PERCEPCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD ECONÓMICA POR
PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2004



GRÁFICO N° 35
PERCEPCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD ECONÓMICA DE LOS
BIENES Y SERVICIOS POR PARTE DE LA DEMANDA
ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2006



Así, pues, nos encontramos frente a una política que busca lograr un sistema equitativo, que garantiza la accesibilidad a la población pobre y en extrema pobreza, a través del subsidio del SIS a los servicios de salud, brindados en los diferentes establecimientos de salud del MINSA.

A continuación se presentan los casos que refirieron inaccesibilidad económica⁹³:

⁹³ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

- El 87% no tuvo dinero para comprar los medicamentos e insumos que fueron prescritos en la atención médica, odontológica e incluso por la enfermera de tópico, donde el 63.5% refirió haber realizado la compra de uno o más medicamentos en el establecimiento o en farmacia particular.
- El 23% no tuvo dinero para cubrir sus pasajes y tuvo que solicitar un préstamo.
- El 12% no tuvo dinero para cubrir el exceso de atenciones de control prenatal.
- El 41% no tuvo dinero para pagar los análisis solicitados y las ecografías requeridas; de este porcentaje, el 28% refirió haber pagado para análisis de laboratorio y el 5% pagó para toma de rayos X y ecografías.
- El 21% no tuvo dinero para pagar la afiliación (un sol) y se tuvo que prestar dinero porque no quisieron exonerarlo.
- El 65% refirió que, aparte del sol para la afiliación, debieron pagar otro sol y, en algunos casos, dos soles para la apertura de la historia clínica.
- El 12.9% pagó para una nueva consulta, bajo el argumento de que no había cupos para SIS durante ese día.
- Un 15% de los entrevistados refirió, además, que como no contaba con los medios económicos para realizar sus análisis, los postergó hasta conseguir el dinero y, cuando acudió al establecimiento llevando los resultados, la patología simplemente había cedido. Los entrevistados manifestaron su malestar porque nadie les había explicado al respecto.
- El 45% refirió que no contó con el dinero de inmediato, postergando la compra de sus medicamentos o los análisis solicitados. Muchos de

- ellos, incluso, nunca compraron el medicamento, ni tuvieron dinero para dichos análisis.
- La mayor inaccesibilidad económica reportada ha sido en los hospitales Hipólito Unanue, Regional de Puno, Regional de Huánuco en el 100% de los casos atendidos, en tanto que los que presentaron un índice menor de inaccesibilidad son los Centros de Salud de Cajamarca, Huancavelica, y sus respectivos hospitales regionales, en los que se encontró un 30% en cada uno. Los casos más graves de inaccesibilidad económica percibida es en los departamentos de Huánuco y Puno y, según nivel de atención, se percibe que es un problema que se presenta más gravemente en el tercer nivel de atención.

Estos resultados son atribuidos a la falta de disponibilidad de medicamentos en los establecimientos de salud, a la prescripción de medicamentos fuera del petitorio farmacológico nacional, por lo que no es reconocida para el reembolso por el SIS, a la falta de disponibilidad de insumos en laboratorio, rayos X, y otras causas atribuidas al tope de atenciones, exámenes de laboratorio, placas de rayos X, ecografías por mes.

También se han recogido versiones donde los prestadores de salud obligan a los usuarios a realizar sus exámenes de análisis de laboratorio, placas de rayos X o ecografías en establecimientos privados específicos, no aceptando que sea ningún otro. Estos casos han sido atribuidos a establecimientos que no cuentan con dichos servicios, aunque también han sido descritos por usuarios donde su establecimiento de salud sí cuenta con ellos.

Asimismo, los prestadores han referido que en ocasiones no se entregan los medicamentos o no hacen uso de los

insumos que se tienen por tener problemas con el reembolso que se lleva a cabo a través del SIS. En tal sentido, la falta de insumos, medicamentos, entre otros, más allá de las limitaciones de disponibilidad de presupuesto, si también está vinculado a los reembolsos, ello es un problema entre las diferentes instancias involucradas que no debe ser trasladado a los usuarios, por lo que consideramos de gran importancia establecer los problemas o nudos en el reembolso y buscar soluciones eficaces que busquen garantizar el derecho de las personas.

La mayoría de los beneficiarios, ante estos pagos adicionales o pago por servicios y compra de medicamentos fuera del establecimiento, desconoce en su integridad los beneficios del SIS y mucho menos los deberes y obligaciones del prestador de los servicios. Por otro lado, una gran mayoría (79%) asume que el ofrecimiento que hace el SIS de atenciones gratuitas es una mentira, ya que se ven obligados a comprar sus medicamentos, a realizar pagos en el establecimiento o a pagar a terceros.

En este sentido se evidencia la contradicción entre la pretensión de equidad del sistema de salud en el Perú y su desarrollo material. Esto denota, sin lugar a dudas, la influencia que juegan los actores de salud en el desarrollo o la postergación del derecho a la salud, máxime cuando se tiene como política de Estado. Por ello es necesario llevar a cabo un debate sobre la prestación de servicios de salud, sobre la necesidad de mejorar la oferta y buscar un plan a largo plazo para ir lográndolo y no solo tener políticas que buscan dar acceso a todos a pesar de carecer de los medios para lograrlo.

Por otro lado, estos casos de abuso contra los derechos a la salud y los principios de equidad y solidaridad, son

causados por la falta de seguimiento, monitoreo y evaluación por las diferentes instancias de los propios prestadores y por parte del SIS. En tanto mecanismo de protección del derecho a la salud a través del subsidio de la atención a la población pobre y en pobreza extrema, el SIS no estaría cumpliendo su objetivo de garantizar la accesibilidad económica, sobretodo de las personas que viven en extrema pobreza y que debido a estos gastos se ven impedidos de acceder al servicio de salud.

Los beneficiarios SIS que son vulnerados en sus derechos (cobros indebidos, entre otros), no son informados de los beneficios a los que tienen acceso, ni que supone ello, por lo que no pueden quejarse y de saberlo, desconocen dónde pueden acudir a realizar sus quejas y reclamos.

A continuación se transcriben algunos casos referidos:

“Me dieron una receta de seis medicamentos en la farmacia del hospital. Me entregaron sólo uno y me dijeron que el resto no tenían y que tenía que comprarlo ya que no sabían cuándo iba a llegar...”

Un paciente al que le corresponde la atención por el SIS, no tuvo acceso la primera vez que lo requirió por no tener el sol de pago, según la normatividad contemplada por el SIS y el pago de S/ 2.5 soles para el fólder de la Historia Clínica. Cuando se enfermó de nuevo, tuvo que regresar con dicha cantidad al establecimiento de salud. Preguntó la paciente: ¿Por qué dicen que el SIS es gratuito?

“...las señoritas encargadas del Seguro dijeron que tenían que venir a ver mi casa para comprobar lo que había dicho. Me pidieron dinero para la moto, me dijeron que vendrían cuando tuviesen tiempo, y cuando vinieron, después de

tres días, yo no me encontraron. Luego tuve que volver a ir y me solicitaron nuevamente dinero y, como no tenía, se enojaron y dijeron que irían en un mes. Entonces, tuve que prestarme dinero para que vuelvan a venir”.

“ Yo di mi parto en la posta, di a luz pero tuvieron que hacer transferencia a Azángaro por retención placentaria. Me cobraron setenta soles sólo para el petróleo de la ambulancia. Luego me dejaron en el hospital. No me querían atender por ser del SIS. En el hospital, mi cónyuge pagó 300 soles por hospitalización” (mostró el recibo).

Es evidente que las barreras económicas en un contexto como el peruano, donde casi la mitad de la población se encuentra en situación de pobreza, es todavía un gran problema, porque pese a que el SIS puede realizar la atención gratuita, la población no accede a los servicios de salud por no contar con recursos adicionales como pasajes, entre otros, y peor aun cuando se realizan cobros indebidos que no tendrían que ser asumidos por los beneficiarios, por estar comprendidos en lo que cubre el SIS.

Es evidente que ésta es la consecuencia de los problemas existentes, por un lado, en la gestión destinada a ejecutar el presupuesto que se tiene disponible, a las prioridades a las que dicho presupuesto se aplica y, por supuesto, a los escasos recursos con los que cuenta el sector Salud con relación a las necesidades de la población. Todo ello se puede apreciar claramente en el desborde que se produce en los establecimientos de salud. El número de personas que demandan atención ha sobrepasado largamente la oferta de servicios del Ministerio de Salud, haciéndose, inminente, por ello, la necesidad de trabajar en políticas que busquen solucionar este problema.

C. Problemas de accesibilidad organizativa/ administrativa

Garantizar el acceso a los servicios de salud es la posibilidad de uso de un servicio, derivada de disposiciones de índole operativa como son el horario de atención, la localización de especialistas, la operatividad de los equipos, etc.

La inaccesibilidad administrativa es un factor determinante como limitante en el acceso a los servicios de salud en vista de que, para acceder a dichos servicios, en primer lugar se requiere hacer uso de los servicios administrativos como son el servicio de admisión, el trámite en la unidad de seguros, el trámite de referencias, entre otros.

De la investigación realizada en el presente informe se ha obtenido información sobre dificultades en el proceso de afiliación al SIS, toda vez que existen dos entrevistas en las que el usuario debe brindar toda la información relativa a su condición social y económica. En la primera, la asistente social realiza preguntas referentes a la afiliación. En la segunda se validan los datos de acuerdo a los documentos de identidad correspondientes.

La Oficina Defensorial de Loreto atendió una queja del adolescente Luis Soria Coral (15 años) quien fue llevado por sus familiares al Hospital Regional de la zona debido a diversas convulsiones. Posteriormente fue atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), agravándose su situación con una encefalopatía grave (por presunta negligencia médica). Dicha situación generó que el personal médico del establecimiento de salud dispusiese de manera inmediata su referencia al Hospital Hipólito Unanue de Lima (MINSa), sin poderse efectuar el

traslado, toda vez que, según declaraciones del personal médico, el SIS no cubriría traslados como consecuencia de negligencia médica, agravándose la salud del joven.

Otro tipo de problema advertido es el relativo al trámite de afiliación de los familiares de personas desaparecidas. Algunos establecimientos de salud desconocen que la constancia de ausencia por desaparición forzada expedida por la Defensoría del Pueblo sirve como constancia de acreditación al SIS, motivo por el cual, por ejemplo, en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Junín se han afiliado muy pocas personas a mérito de estas constancias, información que fue brindada en febrero del 2007 por los comisionados que atienden estas solicitudes de constancia.

A su vez, algunos establecimientos de salud desconocen el plan que les corresponde a los familiares de personas desaparecidas. Por ejemplo, en el Puesto de Salud “Los Ángeles”, ubicado en el distrito del Rímac, la madre de la desaparecida Ana Pillaca Lino iba a ser afiliada en el Plan E1 como afiliada a una Organización Social de Base, mientras que al padre de la víctima no se sabía en qué plan inscribirlo. Según el Decreto Supremo N° 006-2006-SA, fechado el 21 de marzo del 2006, las víctimas de la violencia ocurrida durante el período que va de mayo de 1980 a noviembre del 2000 deben ser afiliadas en el Plan E2.

De esta manera, con fecha 20 de febrero del 2007, la Adjuntía de Derechos Humanos⁹⁴ remitió el Oficio N° 161-2007-DP/ADHPD al Jefe del SIS, solicitando que nos

⁹⁴ Los casos reseñados fueron proporcionados por la Adjuntía de Derechos Humanos y las Personas con Discapacidad, quienes trabajan el tema de personas afectadas por la Violencia Política.

enviase el listado de personas afiliadas al SIS en virtud de la constancia de desaparición a nivel nacional, indicándonos los establecimientos de salud donde se inscribieron y la fecha desde la cual se encuentran cubiertos por el Seguro. Se adjuntó la relación actualizada de las personas desaparecidas que figuran en el Registro Especial de Ausencia por Desaparición Forzada, elaborado por la Defensoría del Pueblo y publicado en la web institucional. Fue así que, el 21 de marzo del 2007, mediante Oficio N° 0457-2007/SIS-J, el SIS señaló que para informar sobre el número de personas afiliadas al SIS, víctimas de desaparición forzada, es necesario contar con “*el padrón de los familiares*” que han solicitado constancias de ausencia por desaparición forzada ante la Defensoría del Pueblo.

Ante ello, se les comunicó que la institución no lleva ningún padrón o registro de los familiares porque no corresponde a nuestra función institucional. Además, les indicamos que la resolución que permite que la constancia sea considerada como un título de acreditación señala expresamente que ese es el único documento que se debe exigir a los familiares, quienes deberán acreditar el vínculo familiar al momento de solicitar la acreditación.

Estos últimos casos son clara evidencia de la falta de conocimiento de la normativa del SIS, que trae como consecuencia el problema de acceso para la población que realmente requiere del SIS.

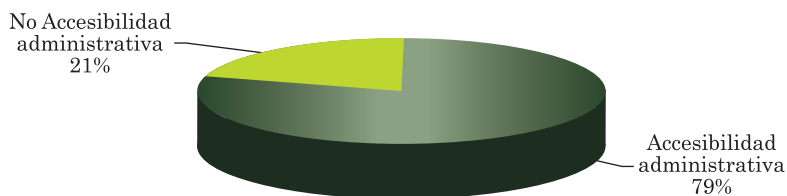
Por otro lado, la falta de accesibilidad administrativa también se encontró en la muestra llevada a cabo, y se refleja en los Gráficos N° 36 y N° 37. Al igual que la accesibilidad geográfica y la accesibilidad cultural, la accesibilidad organizativa ha disminuido con relación al estudio del año

2004 en 31.3% (2004: 52.5% y 2006: 21.2%). Esta diferencia puede deberse a que los beneficiarios del SIS ya se encuentran en el Seguro varios años, por lo que su acceso es más fácil y conocen mejor el sistema.

GRÁFICO N° 36
**PERCEPCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD ADMINISTRACIÓN/
ORGANIZATIVA POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA
POR EL SIS. OCTUBRE 2004**



GRÁFICO N° 37
**PERCEPCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD
ADMINISTRACIÓN/ORGANIZATIVA POR PARTE DE LA
DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2006**



A continuación se agrupan los casos en cuyas respuestas se mencionó la inaccesibilidad administrativa⁹⁵:

⁹⁵ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

- Un 26% refirió que desistió de la atención y tuvo que recurrir a tratamiento empírico por no contar con el tiempo para el trámite administrativo.
- El 90% mencionó el exceso de trámite burocrático para el acceso a los servicios de salud, predominante en los hospitales regionales y nacionales (firmas, sellos de la unidad de seguros, del servicio social, de la oficina de regencias).
- El 14% refirió que tuvo que regresar a su establecimiento de origen dos veces porque no le habían realizado adecuadamente la referencia y faltaba la firma, o faltaban datos, o no le habían indicado todos los requisitos.
- El 17% califica de “engorroso” el proceso de afiliación al SIS ya que no se puede acceder si no se ha entrevistado dos veces con la persona que afilia y con la asistenta, o no se cuenta con documento de identidad, partida de nacimiento, o no se ha recibido la visita domiciliaria.
- Los centros de salud de Huancavelica reportaron mayor porcentaje de inaccesibilidad administrativa (60%), debido a que por su propia condición de pobreza no cuentan con documentos como el DNI y la partida de nacimiento. Por otro lado, su condición social empeora esta situación, ya que existen madres solteras que enfrentan dificultades para el reconocimiento de sus hijos. Por esta misma razón, el departamento de Huancavelica reporta el mayor porcentaje de inaccesibilidad, advirtiéndose la mayor incidencia en el III nivel de atención, debido a la situación de los hospitales nacionales por su compleja organización.

A continuación se transcriben algunos casos referidos:

“Mi hijo fue referido desde la ciudad de Cajamarca, acá a Lima, y no le recibieron en el hospital porque la FESE estaba vencida. No tenía a dónde ir, No tengo familiares en Lima, no era mi culpa que me enviaran así. A los días haciendo gestiones y rogando a unos y otros, quejándome al SIS de Jesús María, me recibieron en el hospital y me dijeron que si no solucionaba el papel de la FESE tenía que pagar todo”.

“Me han referido del hospital de Huancavelica a Lima y no me recibieron porque no me enviaron con toda la documentación. Tuve que buscar a un familiar para que regresara hasta Huancavelica y hasta mientras tuve que quedarme en la casa de un conocido”.

“Paciente que a los 10 días de hospitalización requería de una gestión para solicitar autorización y se le consideraría como caso especial, pero debido a la ausencia del médico tratante, no se realizó dicha gestión oportunamente, por lo que el paciente debería de pagar los días a partir del décimo primer día de hospitalización, pese a que manifestaba no tener con que pagar”.

“Para que lo atiendan por SIS a mi hijo tuve que ir a la posta varias veces. No pude sacar su partida porque su papá todavía no lo reconoce y el carné de vacuna lo he perdido. No querían ingresarlo al SIS por no tener documento, pese a que mi hijo estaba mal He estado haciendo trámite por casi dos meses y recién pueden atenderlo en el SIS”.

Efectivamente, aunque pudiera parecer inverosímil, el trámite administrativo ha limitado el acceso a los servicios de salud de muchos beneficiarios del SIS. Algunos establecimientos de salud tienen un flujo

preestablecido para la atención, cuyo cumplimiento podría ser cuestionable. La inaccesibilidad administrativa vulnera el derecho a la salud al limitar el acceso a los servicios de salud sin tener en cuenta la situación del paciente.

D. Falta de accesibilidad a la información

La inaccesibilidad de la información es un factor importante en poblaciones de diferente cultura, lenguaje y valores que confluyen en nuestro país. Ello genera el deber de implementar políticas y mecanismos que garanticen la atención de la salud de las personas de acuerdo al grupo poblacional.

Cabe señalar que la disponibilidad y la accesibilidad de la información están directamente relacionadas. Por un lado, se hace necesario poner al servicio del usuario toda la información correspondiente al SIS. Por otro, se debe tener en cuenta que la falta de elaboración, producción y promoción de nuevos tipos de materiales aplicables a poblaciones prioritarias no contribuyen a lograr un conocimiento adecuado del Seguro.

A su vez, a través de las quejas que se presentan en las Oficinas Defensoriales y en el estudio realizado se ha podido conocer que existe personal de salud, tanto asistencial como administrativo, con desconocimiento de la normativa del SIS. Saben que es para la población pobre, pero no conocen los planes existentes y menos saben sobre obligaciones, derechos y responsabilidades relacionadas con el Seguro.

Asimismo, en muy pocos establecimientos de salud se explica a la población sobre el SIS. La gente desconoce su significado y, peor aún, no sabe que puede afiliarse.

Incluso puede ser exonerada de pago, dependiendo de su condición económica. Además, los establecimientos de salud no cuentan con paneles publicitarios ni volantes que informen al respecto.

La mayoría de las Oficinas Defensoriales plantea la falta de acceso a la información del usuario o usuaria como uno de los principales problemas del SIS, toda vez que no permite el acceso de la población vulnerable, además del desconocimiento de sus derechos fundamentales.

A manera de ejemplo, debemos señalar que la Oficina Defensorial de Piura atendió un caso en el que se encontraban afectados niños/as y adolescentes trabajadores (NATs) del Mercado Central de Piura y anexos, los cuales, por desconocimiento del SIS y de sus derechos no contaban con un seguro para su atención.

Fue así que la Oficina Defensorial envió un oficio al Director Regional de Salud de Piura, para que éste efectuase las coordinaciones necesarias a fin de afiliar a los menores con apoyo de la Defensoría Municipal del Niño y Adolescente (DEMUNA), logrando la afiliación de los menores.

Los Gráficos N° 38 y N° 39 muestran la falta de accesibilidad a la información. A diferencia de la disponibilidad de la información, ha disminuido casi en un cincuenta por ciento en el año 2006 (47.8%), con relación al año 2004 (90.5%).

Tanto la disponibilidad como la accesibilidad de la información en el estudio del año 2006 tienen porcentajes similares (disponibilidad de la información: 50.4% y accesibilidad a la información: 47.8%), lo cual indica que la accesibilidad está directamente relacionada con la disponibilidad de información.

GRÁFICO N° 38
PERCEPCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN
POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2004



GRÁFICO N° 39
PERCEPCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN
POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2006



A continuación se agrupan los casos que refirieron inaccesibilidad a la información en sus respuestas⁹⁶:

- El 37% de los casos estudiados refirió la falta del derecho a recibir información completa sobre el mal que aqueja a la persona, su tratamiento, los efectos secundarios y el pronóstico de la enfermedad.
- El 29% refirió no haber obtenido una respuesta cuando solicitó información.

⁹⁶ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

- El 19% refirió que las comunicaciones escritas no estaban en su idioma, por lo que no podía comprenderlas.
- El 3% refirió que se le negó información sobre el SIS.
- La inaccesibilidad a la información es un derecho vulnerado en todos los niveles, lo que constituye una constante en los resultados encontrados, encontrándose que dicha percepción ocurre en los hospitales nacionales, regionales y centros de salud. El porcentaje mayor con relación a este aspecto ha sido reportado en el Hospital Hipólito Unanue (76%), en los Centros de Salud de Cajamarca (72%) y Huánuco (63%). Por departamentos, es el departamento de Huánuco el que reporta dicha inaccesibilidad en mayor medida, en tanto que el III nivel de atención es el más afectado.

A continuación se transcriben algunos casos referidos:

“Acudí a la oficina del SIS en el hospital y solicité que me explicaran sobre los beneficios del SIS y simplemente me dijeron que volviera porque estaban ocupadas”.

“El folleto del SIS que me dieron estaba en castellano; no pude saber qué decía porque, además, no sé leer”.

“Nadie me avisó sobre el SIS. Yo indicaba al médico que no tenía dinero para comprar los medicamentos, pero no me decía nada. Un día, una vecina me avisó sobre el SIS”.

“Madre de paciente que en repetidas oportunidades ha pagado por la atención de su hijo. Un día, mientras esperaba la consulta, alguien le indicó que podía ser beneficiaria del SIS. Entonces, en la consulta preguntó

al médico al respecto y ella refiere haber recibido la siguiente respuesta”.

“Cuando termina de atender a mi hijo no me explica lo que tiene y sólo me da la receta. Cuando le pregunto, me dice que en la farmacia me explicarán. En la farmacia tampoco me explican. Me dicen que el médico me debió haber explicado. Eso sucede siempre también a mis amigas”.

“Una vez fui a la posta y me enteré del seguro SIS por una amiga y cuando pregunté al personal, todos estaban ocupados, Nadie me sacó de duda, Regresé después de un mes, Se volvió a enfermar mi hijo y recién lo anotaron al SIS, pero porque yo insistí, Antes de eso, siempre me prestaba para la consulta, en la posta no informan”.

“Desconozco cómo funciona el SIS, no sé nada al respecto, no le puedo informar”.

“No me orientó ni siquiera a dónde podría acudir”.

Estos resultados se atribuyen a falta de mecanismos o estrategias para una comunicación eficaz entre el sector Salud y la población usuaria, con repercusión negativa en el Derecho a la Salud. Así mismo, se debe a los estereotipos de algunos trabajadores de salud que no permiten una comunicación adecuada, a la falta de una adecuada selección del personal y a la ausencia de sensibilidad social, a la falta de cumplimiento del rol difusor y educador del personal de salud, así como al uso de información no idónea de acuerdo al idioma y el nivel de instrucción.

Repercute también la falta de elaboración, producción y promoción de nuevos tipos de material educacional,

aplicables fundamentalmente a poblaciones con bajo nivel educativo y según el idioma prevaleciente.

Definitivamente, la formación del personal de salud debe proporcionar información útil, clara, completa, veraz y con sustento técnico.⁹⁷

Por otro lado, los enfoques jurídicos no estipulan la accesibilidad ni la disponibilidad de la información para la población en otro idioma, con otro nivel educativo, ni contemplando discapacidades.

Finalmente se advirtió que en muy pocos establecimientos se ha observado información sobre el SIS, publicada en sus paneles publicitarios o periódicos murales, ni material informativo como volantes o trípticos.

5.3. Aceptabilidad de los servicios por la población

Los derechos en juego en este ámbito tienen tres grandes y complejas líneas de acción. Estas son: a) Aceptabilidad cultural-ética; b) Derecho a la confidencialidad; c) Participación ciudadana-participación en forma de decisiones.

A. Aceptabilidad Cultural - Ética

La importancia del derecho a la salud en este ámbito radica en la aceptación de interculturalidad, valoración y respeto de la dignidad de la persona humana. Los usuarios de los servicios de salud, en términos generales,

⁹⁷ Algunos casos de estudio comentaron sobre algunas recomendaciones formuladas en los establecimientos de salud de primer nivel como “No importaba que los medicamentos estuvieran vencidos ya que, por el frío en la zona, se conservaban; por ende, todavía eran sujetos a ser consumidos”.

merecen reserva de la información, respeto a la dignidad e intimidad relacionado con el acto médico y su historia clínica, a no ser sometidos sin consentimiento informado a cualquier tipo de procedimientos que así lo requieran, así como a ensayos clínicos que pudiesen afectar sus derechos, y a recibir información oportuna y veraz sobre su proceso de atención.⁹⁸

El artículo 11 de la Ley General de Salud consigna que toda persona habitante del país, sin discriminación alguna, tiene derecho durante la atención de su salud – sin perjuicio de otros definidos por leyes y reglamentos específicos: a la autodeterminación, a la integridad física y mental, a la seguridad personal, al respeto a su vida privada, al respeto a sus valores morales, culturales y a sus convicciones religiosas y filosóficas– a la protección de su salud por medidas apropiadas de prevención, de atención de enfermedades y a la pertenencia de la identidad genómica como individualidad única e irrepetible.

En vista de que gran parte de la vulneración de la aceptabilidad está relacionada con comportamiento, actitudes, cultura, idioma, ética y moral del personal de salud, es necesario promover el respeto a los valores y opciones a las que toda persona tiene acceso por su condición de tal.

En el trabajo de campo se han podido constatar algunos problemas, como la sensación de la población con relación al personal del Centro de Salud, toda vez que el personal médico deja de lado a los pacientes por ser beneficiarios del SIS, atendiendo en primer lugar a aquéllos que no lo

⁹⁸ MINSA. Ley General de Salud N° 26842.

son. Asimismo, existen casos de discriminación por la condición socioeconómica del usuario, y se dan situaciones en las que el médico deja esperando al usuario mientras atiende al teléfono, entre otras.

Las causas de falta de aceptabilidad por parte de los usuarios con relación a los trabajadores de salud se deben a la gran diversidad cultural del país con diferentes percepciones en el proceso de salud, en la cual ahondaremos más adelante. Esto se traduce en una falta de entendimiento y de capacidad para poder interactuar con otras culturas que se da entre usuarios y personal médico.

Otra causa importante es el idioma. El desconocimiento de otras lenguas por parte de los trabajadores de salud es un limitante del acceso a los servicios de salud por parte de la población. En ese sentido, es indispensable subsanar dicha situación para que el sistema de salud pueda ser entendido por diferentes culturas.

Todas estas situaciones vulneran el derecho a la salud de las personas en pobreza y extrema pobreza, que son los que más requieren de la atención del Estado.

De conformidad con el estudio realizado, los Gráficos N° 40 y N° 41 muestran la falta de aceptabilidad desde un punto de vista cultural y ético. Con relación al año 2004 (20%) se ha incrementado la percepción de la vulneración de este derecho en un 45%, ya que en el año 2006 se encontró un 65%.

GRÁFICO N° 40
PERCEPCIÓN DE LA ACEPTABILIDAD CULTURAL - ÉTICA
POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2004

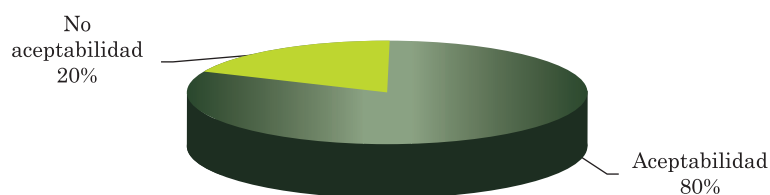


GRÁFICO N° 41
PERCEPCIÓN DE LA ACEPTABILIDAD CULTURAL - ÉTICA
POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2006



La agrupación de casos que refirieron la falta de aceptabilidad cultural, ética y moral percibida en sus respuestas se aprecia a continuación⁹⁹:

- El 20% percibió que atendieron primero a otros que llegaron después que ellos por el mero hecho de ser beneficiarios del SIS.
- El 35% refirió que lo examinaron delante de varias otras personas, principalmente en los hospitales docentes.

⁹⁹ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

- El 22% refirió un proceder inadecuado por parte de los prestadores, sobre todo en el trato.
- El 12% refirió que, durante la atención, el profesional de salud hacía otras cosas, como recibir llamadas a su celular, tomándose un tiempo mayor al esperado, dejando supuestamente poco tiempo para su atención.
- El 45% refirió percibir discriminación por su situación económica.
- El 10% dice tener problemas de comunicación con el personal de salud por el idioma.
- El 7% refirió haber sido reprendida por el médico por utilizar medicina tradicional o natural como, por ejemplo, haberse colocado un parche de huevo en la región abdominal para que le calmara el dolor.
- Los establecimientos evaluados en el departamento de Huánuco son los que muestran un mayor porcentaje de vulneración de este criterio (Hospital Regional de Huánuco con 98% y los Centros de Salud con 92%), resultando entonces el departamento de Huánuco con el mayor porcentaje de vulneración con relación a los demás departamentos que formaron parte del estudio. Asimismo, el II nivel de atención tuvo mayor percepción negativa sobre la ética, debido a un alto porcentaje de percepción de casos o situaciones de discriminación, sobre todo por su situación socioeconómica.

Este es un resultado esperado, toda vez que uno de los factores más importantes, no sólo en el sector Salud, es el de no establecer procedimientos ni contar con personal que conozca el idioma propio de la zona. Ello se ve claramente en el caso de los establecimientos de primer y segundo nivel, sobre todo en el área rural, donde la mayoría de las personas que se atienden en dichos

establecimientos son de un entorno cultural diferente al del personal de salud.

Una de las causas de la falta de aceptabilidad por parte de los trabajadores de salud por los usuarios de los servicios de salud, como indicamos, se debe a la gran diversidad cultural del país con diferentes percepciones en el proceso salud, enfermedad, vida y muerte, modos y tipos de tratamiento, costumbres y creencias. Es decir, la falta de entendimiento, comprensión, valoración y respeto en la interacción con otras culturas podría poner en riesgo la salud y vida de los ciudadanos. El desconocimiento del idioma de la zona por parte de los trabajadores de salud es otro factor que limita el acceso a los servicios de salud por parte de la población y que limita la posibilidad de entablar una relación de confianza necesaria entre usuarios y personal de salud.

En tal sentido, la relación entre las diversas culturas que se encuentran en el momento en el servicio de salud tiende a ser no sólo compleja, sino también conflictiva. Este conflicto se evidencia en los diferentes establecimientos de salud, pues éste implica contacto con personas distintas en idioma, costumbres, creencias, no permitiendo una relación horizontal entre personal de salud y paciente con repercusión en menoscabo del derecho a la salud. Si no se acepta a las personas tal como son, si no se siente superior al otro, se genera un trato desigual, menosprecio e imposibilidad de entendimiento. Lo más grave es que ello acarrea situaciones en las que las condiciones de salud de las personas no son explicadas como es debido, los usuarios no entienden el tratamiento que deben de seguir, limitándose así su posibilidad de curarse.

Estos hallazgos se deben a la necesidad de contar con personal que conozca la zona y el idioma predominante en el lugar donde laborará, así como una formación del personal de salud que labora en el ámbito rural que tome en cuenta sus particularidades, siendo lo más común que ellos carezcan de experiencia de trabajo en tal entorno, resultándole molesto aceptar algunas prácticas, incluso ancestrales, propias de la población.

A continuación se transcriben algunos casos referidos:

“Me hicieron desnudar delante de muchas personas, aunque comuniqué mi vergüenza, pero refirieron estar apurados y que querían examinarme pronto”.

“El médico me citó para control y cuando fui dijo que no me había citado y si quería que me vea tenía que pagar la consulta”.

“Sentí que me trataban diferente porque era SIS. Pasaban los médicos visita para otras pacientes temprano, y luego de un buen rato recién venía otro grupo de médicos, para los que éramos SIS”.

“Si el médico no me atendió bien, parecía que estaba apurado. Ni me examinó, me preguntó qué sentía. Luego me dio para laboratorio y no me explicó nada, ni me dijo cuándo debía regresar”.

“El personal técnico nos trata como que fuéramos sus soldados; grita y ordena. Atienden a otras personas que llegaron después que yo”.

“Demoran en atender, se enojan porque el niño está enfermo. Por qué no cuidas, te gritan. La vez pasada se

enfermaba a cada rato y cuando lo llevé me dijeron que el SIS sólo atiende dos veces gratis y más de eso debería de pagar”.

“Me dieron creo que medicinas pasadas, porque no le hizo nada a mi hijo”.

“Me dieron una medicina para mi hijito. No le entendía bien al doctor, que me hacía señas porque yo no entendía castellano, y me había dicho que para la parasitosis tenía que darle todo el jarabe en una vez, y yo entendí que tenía que darle una cucharita diario hasta que se acabe todo el jarabe”.

“Hace tres días fui a la posta médica porque mi hijo estaba con tos. Yo era la única, no había otras personas, la posta estaba vacía, pero me regresé para volver otro día porque habían limpiado el piso y estaba tan limpio que me dio miedo ensuciarlo”.

La relación de confianza necesaria a que se hizo referencia anteriormente entre el personal de salud y los usuarios se refleja en las opiniones que aquí se han presentado. La marcada distancia se ve reflejada hasta de modo anecdótico en el último testimonio.

Existe asimismo, sin duda, resistencia de la población a acudir a los establecimientos de salud, de acuerdo con la información recogida en el estudio, debido al desencuentro entre la oferta de los servicios de salud y las expectativas culturales de los pobladores. Los servicios de salud ofrecidos por el Estado no consideran en su totalidad la manera de entender la salud y la enfermedad en la cultura de los habitantes de algunas zonas, por lo que la población desconfía de la capacidad

del personal, de los servicios, y percibe como incómodo o riesgoso el acercarse a un establecimiento de salud.

Como se ha observado, todos estos criterios han sido vulnerados por el personal de salud en contra de los derechos y principios que protegen a la persona. El sistema de salud ha desarrollado muy limitadamente sus capacidades para superarlos.

Sin embargo, es positivo resaltar que, en el 34.6% de los casos estudiados, las personas manifestaron haber sido aceptadas en sus costumbres y tradiciones. Creemos que es un avance importante considerando la multiculturalidad de nuestro país. La falta de valoración y respeto de las culturas constituye una barrera a la accesibilidad de los servicios de salud. Por ello, el personal de salud debe comprender que la salud no sólo tiene que ver con la atención del servicio, sino con la empatía entre la cotidianidad del prestador y los usuarios, siendo por lo tanto un derecho y un deber de los profesionales de salud, como representantes del Estado, respetar y valorar la cultura de los usuarios de los servicios de salud. Es un medio para el cumplimiento de las metas sanitarias, donde la interculturalidad no admite asimetrías, desigualdades entre culturas mediadas por el poder, paternalismos ni autoritarismo (*“sácate toda la ropa, estamos entre médicos, no tengas vergüenza”*). Es por lo tanto necesario diseñar políticas que permitan combinar derechos ciudadanos y derechos de salud con el reconocimiento de la diversidad cultural.

B. Consentimiento informado

Dentro del presente punto también es necesario mencionar algunos resultados de consentimiento

informado, entendiendo a éste como el derecho del paciente a estar informado sobre la prescripción de medicamentos, realización de exámenes y otras decisiones terapéuticas tomadas por el juicio del médico, las que deben ser claras, completas e inteligibles, ya que implica una obligación en la relación médico-paciente.

En tal sentido, en la muestra realizada, sólo el 14% refirió que fue informado tanto en su tratamiento, exámenes a realizar y decisiones a tratar. También se produjo un caso particular que merece especial atención. Si bien es cierto que es el único de su tipo, no deja de ser importante destacarlo. La madre de una niña tuvo muy poca información antes de aceptar que firmaría un documento referido a la renuncia voluntaria al SIS. Ella señala que no pudo estar de acuerdo en ningún momento con ello, manifestando lo siguiente:

“Mi hija fue enviada de la posta al hospital, En el hospital no estaba sanando, no la atendían bien, la fiebre estaba aumentando, los médicos no venían a verla. Entonces reclamé y me dijeron que me podía ir si no estaba a gusto. Fui donde el cura y me ayudó para que la lleven al hospital de Juliaca donde mejoró. Después, cuando regresé a la posta, ya no me querían atender porque dijeron que yo había firmado un papel de renuncia al SIS, y eso yo no sabía. Recuerdo que me alcanzaron varios papeles y me dijeron firma acá y no me explicaron”.

De conformidad con lo que reza este testimonio, no sólo refleja un problema de acceso a la información, sino también de un mal uso de documentos que deben ser firmados por los usuarios o sus familiares. Asimismo se está violando lo estipulado en la Ley General de Salud respecto de brindar un consentimiento informado con

relación a los procedimientos médicos que se le dan, siendo que, en este caso, la madre no tenía mayor conocimiento con relación a los documentos que se le dieron a firmar.

El consentimiento informado tiene las funciones de:

1. Promover la autonomía de los individuos.
2. Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas.
3. Proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación.
4. Evitar el fraude y la coacción.
5. Alentar la autoevaluación y el autoexamen de los profesionales de la salud.
6. Disminuir recelos y aliviar temores.
7. Introducir en la medicina una mentalidad mas probabilística y más capaz de hacer frente a la incertidumbre,¹⁰⁰ y sin duda es poco aplicado, según nuestro estudio.

En resumen, el derecho a la salud no sólo es el acceso a la atención, sino el acceso a la atención con calidad (trato digno, respeto de la cultura de las personas, información veraz, oportuna y completa sobre cada proceso y las características de servicio que se brinde). Sin embargo, no deja de preocuparnos su falta de exigibilidad.

¹⁰⁰ Zárate Cárdenas, Eduardo, Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú. SITUA. Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana. UNSAAC.

C. Derecho a la confidencialidad

El inciso b) del artículo 15° de la Ley General de Salud señala entre los derechos de los usuarios la reserva de la información relacionada con cualquier acto médico y su historia clínica. En ese sentido, la falta de confidencialidad en las que incurra el personal médico no sólo es una falta a la Ley, sino la vulneración de uno de los derechos constitucionales más importantes, como es el derecho a la intimidad de las personas.

Los Gráficos N° 42 y N° 43 muestran la falta de confidencialidad. Este criterio ha incrementado su percepción negativa (2004: 15%, 2006: 17%). La diferencia entre esta respuesta y la referida a la ética llama mucho la atención, por la variación cuando son aspectos relacionados. Por otro lado, dos terceras partes de los que refirieron esta percepción no supieron explicar el porqué, a diferencia de los otros criterios evaluados. Por ello, los resultados encontrados en este ítem no se deberían considerar confiables, siendo respuestas subjetivas y poco probable de ser evidenciada en el propio acto médico.

GRÁFICO N° 42
PERCEPCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2004

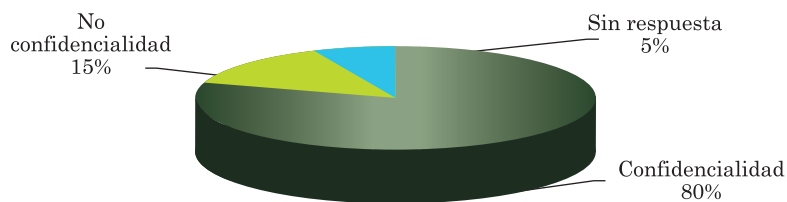
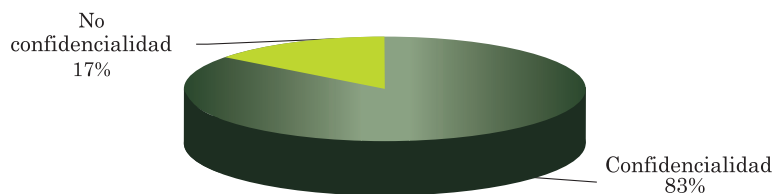


GRÁFICO N° 43
PERCEPCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD POR PARTE DE
LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2006



A continuación se detallan los casos que refirieron falta de confidencialidad en sus respuestas¹⁰¹:

- El 27% de los casos estudiados refirió que el facultativo comentó con el personal y los estudiantes cuál era su problema.
- El 10% refirió que, durante la consulta, el médico le ponía ejemplos de su enfermedad con nombres y apellidos de pacientes similares.
- El 15% refirió que no eran lo suficientemente discretos cuando recogían sus medicamentos para parásitos.
- El 33% refirió que en la oficina del SIS no eran discretos con lo escrito en las hojas de atención y la prescripción de medicamentos.
- Los establecimientos de los departamentos de Cajamarca y Huánuco son los reportados por la falta de cumplimiento de este criterio, en mayor porcentaje, advirtiéndose un predominio en el II nivel de atención. En todos los establecimientos se han evidenciado altos porcentajes de supuesta falta

¹⁰¹ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

de confidencialidad pero, a diferencia del resto de resultados, en un alto porcentaje no se supo explicar el porqué de la percepción negativa, siendo por ello cuestionables dichos resultados.

Como se dijo anteriormente, los resultados podrían deberse a una mayor atención al acto médico por parte de los usuarios de los servicios de salud.

A continuación se transcriben algunos casos referidos:

“Acudí a la enfermera en la oficina del SIS en el hospital y solicité que me explicara sobre los beneficios del SIS, y simplemente me dijeron que volviera porque estaba ocupada”.

“El folleto del SIS que me dieron estaba en castellano. No pude saber qué decía porque además no sé leer”.

“Estuve hospitalizada porque tenía embarazo que peligraba la vida de mí y mi hijo, pero todos los días me preguntaban unos doctores jóvenes lo mismo. Me examinaban varias veces, y delante de muchos otros jóvenes más. Parecían practicantes porque preguntaban, y cuando me sacaban ecografía había mucha gente, me destapaban. Me hacía frío, demoraban mucho porque miraban el televisor y el doctor explicaba, y yo me sentía muy incómoda por la posición, sentía frío, y también vergüenza porque estaba casi desnuda”.

D. Participación en la toma de decisiones

Durante el trabajo de campo se pudo advertir la falta de participación de la sociedad civil organizada para vigilar el cumplimiento del derecho a la salud. No existe

participación en la toma de decisiones por parte de la comunidad. Ello se puede atribuir a la escasez de mecanismos o estrategias para una adecuada y eficaz comunicación entre el sector Salud y la población.

En ese sentido, la salud como derecho individual y social no sólo depende de la protección que se le brinde normativamente a través del incremento del presupuesto. También se requiere que las personas alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.

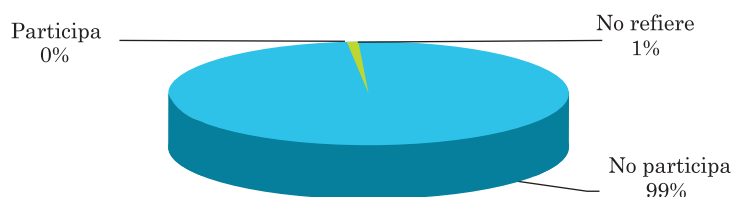
En esa medida, la Defensoría del Pueblo considera fundamental que se integre la visión, tanto individual como colectiva, en las políticas destinadas a proteger la salud de las personas, a fin de satisfacer sus necesidades y lograr nexos de confianza entre el personal de salud y la población. Para lograr la participación de manera activa y efectiva es necesario difundir este enfoque entre las autoridades y el personal de salud, de manera que incentiven y generen mecanismos para su participación.

Los Gráficos N° 44 y N° 45 muestran la falta de participación en la toma de decisiones por parte de la comunidad, así como ante cualquier hecho relacionado con aspectos de salud. Los resultados muestran que, dentro de todos los criterios evaluados, es el que muestra el más alto valor de vulneración. Resultados de 100% y 99.2% en los años 2004 y 2006, respectivamente, reflejan el porcentaje de personas que dicen que nunca han participado en la toma de decisiones en aspectos de salud.

GRÁFICO N° 44
PARTICIPACIÓN EN TOMA DE DECISIONES POR PARTE DE
LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2004



GRÁFICO N° 45
PARTICIPACIÓN EN TOMA DE DECISIONES POR PARTE DE
LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2006



Efectivamente, durante el desarrollo del estudio se pudo comprobar la nula participación de la sociedad en este ámbito, incluso en lugares donde los establecimientos de salud son Establecimientos de Salud con Administración Compartida - CLAS, como es el caso del Centro de Salud de Camicachi (Puno), Perú-Corea (Huánuco). Al tener la oportunidad de conversar con los tenientes gobernadores de algunos ámbitos rurales, nos percatamos de que desconocían aspectos primarios sobre el SIS, tales como los tipos de beneficiarios, los servicios que brinda, los requisitos, entre otros aspectos.

A continuación se transcriben algunos casos referidos:

“No creo que me hagan participar en la posta, son personas muy cerradas”.

“Yo creo que podría ser muy bueno apoyar en la posta y organizarnos para que cumplan como debe de ser”.

Estos resultados se atribuyen a falta de mecanismos o estrategias para una comunicación eficaz entre el sector Salud y la población usuaria. La salud, como derecho individual y social, requiere de su protección y el sólo hecho de incrementar el presupuesto al sector Salud no garantizará su concreción, ya que también debe orientarse hacia la generación de mecanismos para coadyuvar a que las personas alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.

En este sentido se propone dentro de la discusión la necesidad de una visión complementaria entre los procesos de garantía individual y de garantía colectiva de la salud, teniendo en cuenta su perspectiva de derecho y ubicándola en el terreno de las políticas públicas. Estas se deben entender como la formulación de obligaciones a las autoridades y su desarrollo dentro del programa político, expresado en el terreno legislativo y administrativo, pero que sobrepasan igualmente estos terrenos, en términos de que toda la acción institucional se encuentre encaminada a promover la garantía plena de los derechos sociales, a través de una participación efectiva de la población.

Es importante el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector Salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas referentes al

Derecho a la Salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

La población no reconoce la participación ciudadana como parte de los derechos ciudadanos en salud y como expresión de una nueva relación entre el Estado y la sociedad, que contribuya a una gestión en salud más eficiente y con equidad, con servicios de calidad, con transparencia y con rendición de cuentas.

Del total de casos que refirieron falta de participación ciudadana y toma de decisiones sus respuestas se agrupan de la siguiente manera¹⁰²

- El 97% de los casos desconocía que se puede participar sobre aspectos de salud.
- El 35% refirió que no se sentían capaces de intervenir en aspectos de salud.

La falta de conocimiento de las organizaciones sociales y ciudadanas sobre sus derechos y las obligaciones del Estado en materia de derechos en salud impide que las demandas de la sociedad civil tengan mayor resonancia ante las autoridades estatales competentes, e inclusive que las propias personas reconozcan su derecho a exigir al Estado el cumplimiento de sus compromisos.

5.4. Calidad de los servicios de salud

Los problemas que surgen al analizar la situación de la calidad de atención a los usuarios se presentan en tres

¹⁰²Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

etapas: a) satisfacción en el proceso de afiliación al SIS; b) satisfacción en la atención a la salud; y c) calidad técnica.

A. Satisfacción en el proceso de afiliación al SIS

Este proceso se presenta de acuerdo con las etapas del proceso de afiliación al SIS. En esa medida, el análisis corresponde al proceso de Inscripción, la Evaluación Socioeconómica y el Aseguramiento del contrato al SIS, proceso que se ha explicado en el capítulo II del presente informe.

En primer lugar, como sabemos, uno de los requisitos para el proceso de inscripción es el Documento de Identidad (DNI) o, en el caso de un menor de edad, la partida de nacimiento adjuntada por los padres o tutores.

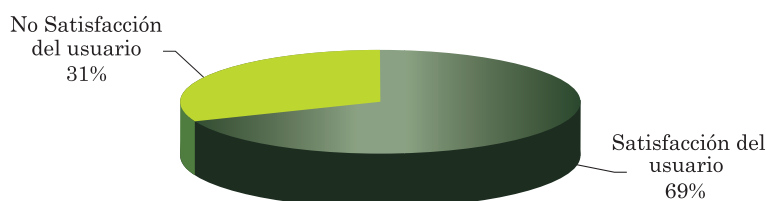
A manera de ejemplo, se debe señalar que la Oficina de Lima atendió el caso de la señora Giovanana Quispe Orizano (gestante) a la cual se le negó la afiliación al seguro por no contar con su DNI ni otro documento de identidad. Los comisionados realizaron las coordinaciones con el Centro de Salud de El Porvenir (La Victoria), para que la ciudadana fuese atendida, logrando la afiliación al SIS, y recibida para su necesaria atención.

Por otro lado, a pesar de darse algunos casos de problemas en la afiliación, debemos resaltar que, tal como se aprecia de los Gráficos N° 46 y N° 47, en un lapso de dos años se registra un incremento de la satisfacción de los usuarios en un 22%.

GRÁFICO N° 46
SATISFACCIÓN EN EL PROCESO DE AFILIACIÓN POR
PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2004



GRÁFICO N° 47
SATISFACCIÓN EN EL PROCESO DE AFILIACIÓN POR
PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2006



En el procedimiento de Inscripción para obtener acceso al SIS se han sistematizado algunos casos de problemas y restricciones manifestados, encontrándose lo siguiente:

- Negación en la inscripción en un primer momento debido a la ausencia del personal responsable de dicho procedimiento, lo que restringió la atención de salud en el momento en que lo solicitaba.
- Requisito de presentar un documento de identidad para la inscripción, el que por pérdida o, en algunos casos, por no contar con él por falta de dinero para trámite de obtención del DNI, no le permitió acceder a la atención SIS en el momento en que lo requirió.

- En algunos establecimientos de primer nivel de atención se llena el Formato de Inscripción al SIS. y el proceso de afiliación demora aproximadamente un mes. Al respecto, estos establecimientos argumentan que no son punto de digitación y, por ende, que no tienen cómo acceder a la categoría, teniendo que llevar la FESE a otro establecimiento, lo que ocasiona mayor trámite administrativo y, en algunos casos, restringe el acceso al SIS en una primera visita al establecimiento de salud. Problemas como este lo han enfrentado gestantes, quienes, por su condición, deben ser evaluadas lo más antes posible del periodo de gestación para evitar muertes maternas.
- En más de una oportunidad se ha insinuado el cobro por la inscripción, habiéndose limitado el pago por falta de dinero. Así se ha ocasionado retraso en la inscripción al SIS.
- Existen pacientes que quieren ser atendidos por el Hospital, sin haber ido al establecimiento del primer nivel de su jurisdicción, señalando que allí sólo se aplican trámites administrativos, ya que siempre terminan refiriéndolos al Hospital.

Otros de los subprocesos es la Evaluación Socioeconómica, un procedimiento que pretende identificar y focalizar a los beneficiarios del SIS, mediante una categorización de no pobre (“A”), pobre (“B”) o pobre extremo (“C”), al aplicar un formato llamado Ficha de Identificación del Usuario que valora diferentes ítems en un sistema informático. Sólo califican para el SIS las categorías B y C.

Durante el procedimiento de la Identificación y Categorización del usuario se ha recogido la siguiente información manifestada por algunos casos del estudio:

- Luego del llenado de la Ficha de Identificación del Usuario no se ha determinado de inmediato a qué categoría pertenece, indicándole que debe regresar al día siguiente para ver si le corresponde la atención por el SIS, viéndose restringido el usuario por falta de tiempo, con dificultad para el acceso a la atención por el SIS.
- Varios casos registrados en el estudio manifiestan haberse sentido incómodos durante el llenado de la ficha, ya que el personal encargado de hacerlo, en varias oportunidades pregunta ‘¿no me estarás mintiendo?’, ‘¿me estás diciendo la verdad?’, o afirma ‘no creo que no tengas ese u otro artefacto’, ‘no parece que fueras pobre’, etc.
- No se encontraba el personal encargado del llenado de la Ficha de Identificación Socioeconómica cuando lo solicitó, lo que ocasionó disponer de otro tiempo y dinero para los pasajes.
- Desconocimiento de algunas madres sobre datos para el llenado de la ficha de identificación del usuario, como direcciones, datos del cónyuge, fecha de nacimiento de los hijos, ingreso real de la pareja, entre otros, que ocasiona en algunas oportunidades el retorno al establecimiento de salud con los datos solicitados.

El último proceso para acceder al SIS es el Subproceso de Aseguramiento, que consiste en suscribir el Contrato de Afiliación entre el solicitante y el responsable del SIS en el establecimiento de salud, siendo el único documento que garantiza su identificación como beneficiario del SIS.

Para la afiliación se requiere el documento de identidad del usuario (adulto) y, en el caso de menores de edad,

éstos se deben acreditar mediante algún documento de identificación como partida o certificado de nacimiento, o Tarjeta de Vacunación, u otro. Además se requiere el recibo de pago de S/. 1.00 Nuevo Sol, efectuado en Caja del establecimiento de salud.

Se han sistematizado los siguientes problemas:

- Se ha negado la afiliación debido a la ausencia del personal responsable de dicho procedimiento, falta de formatos disponibles (debido a que la encargada no lo dejó), lo que restringió la atención de salud en el momento en que fue solicitada.
- Se ha negado la afiliación debido a la fecha en que el usuario se acercó al establecimiento, se le indicó que no era el día de afiliación, que se designa una fecha específica para realizar dicho proceso, ocasionando malestar, disconformidad en los usuarios, así como la no disponibilidad de tiempo y dinero para los gastos que ello ocasionaba.
- Cobros adicionales a lo establecido por la normatividad del SIS, no realizando dicho pago por falta de dinero.
- Se requirió presentar un documento de identidad para la inscripción, el que por pérdida o, en algunos casos, por no contar con él por falta de dinero para trámite de obtención del DNI, no le permitió afiliarse y, por ende, a acceder a la prestación en el momento en que lo requirió.
- Tiempo de espera mayor del disponible por los usuarios debido a número excesivo de personas que esperaban, atención a otros que llegaron después, escaso personal para el trámite de afiliación, otras actividades de la persona que afilia e incluso desidia

del personal para el llenado de la ficha por alguna razón desconocida, ocasionando en muchos casos el regreso al día siguiente por tener que cumplir otras obligaciones.

- Falta de orientación con relación a los beneficios que le otorga el SIS, desconociendo todo trámite y procesos subsecuentes.

A continuación se transcribe algunos casos referidos:

“Acudí a la oficina del SIS en el hospital y solicité que me explicaran sobre los beneficios del SIS y simplemente me dijeron que volviera porque estaban ocupadas”.

“Mucho trámite, y eso que uno ya trae su referencia”.

“Te maltratan por ser pobre (gritan, ofenden)”.

“Demoraron para decirme que podía atenderme como SIS. No explican”.

“Si te olvidas algún documento. no te atienden ni en emergencia”.

En tal sentido, se han generado casos en los que se da un trato desigual a los beneficiarios del SIS, refiriendo los entrevistados que los trataban así por ser pobres, información con la que cuentan los establecimientos y que se tiene que tener mucho cuidado con ello. Todo esto no solo transgrede el derecho a la salud de las personas, sino también otros derechos, así como lo establecido en la Ley General de Salud, donde se menciona que toda persona tiene derecho a un trato igualitario.

B. Satisfacción en el proceso de atención en el SIS

Como se sabe, el SIS brinda dos tipos de atención: por un lado, la atención preventiva (control de salud, detección de enfermedades, etc.) y, por otro, la atención médica recuperativa (atención ambulatoria, hospitalización, emergencias, Unidad de Cuidados Intensivos). El usuario debe interactuar con el personal médico y administrativo del establecimiento de salud, pudiendo encarar diversas dificultades para la atención.

En el curso de la investigación hemos podido observar la insatisfacción de los beneficiarios con relación a la atención que brindan algunos centros de salud. Hemos denominado a este problema una falta de “Cultura de Atención a los usuarios”, en el cual el personal médico y administrativo tiene la obligación de brindar las facilidades pertinentes al asegurado, como bien lo establece la Ley General de Salud, al precisar en el artículo 15° los derechos y obligaciones de los asegurados.

En este proceso, en la mayoría de las Oficinas Defensoriales se recibieron quejas por diversos casos concretos referentes a la satisfacción en la atención (por ejemplo, accesibilidad), en las cuales los usuarios expresaron su malestar por malos tratos y discriminación al momento de la atención. Sin embargo, no se registro ni un solo caso en el que haya habido actuación defensorial. Como se verá en los resultados del estudio realizado, es necesario indagar más en las personas a fin de advertir los diferentes problemas.

Los Gráficos N° 48 y N° 49 muestran la falta de satisfacción en el proceso de atención, llamando la atención la disminución en un 39.5% en el año 2006 (13%) con relación

al año 2004 (52.5%). Este resultado es, sin duda, alentador, pero al realizar el desarrollo del porqué de su respuesta afirmativa, identificamos que era muy subjetiva.

GRÁFICO N° 48
SATISFACCIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD
POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2004

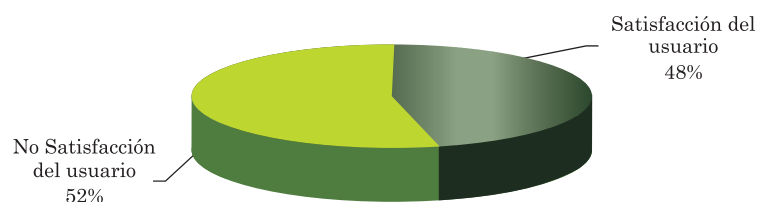
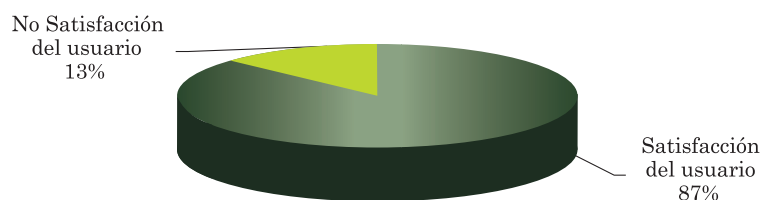


GRÁFICO N° 49
SATISFACCIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD
POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS.
OCTUBRE 2006



Pese a que la población refirió satisfacción, las respuestas que se daban a lo largo de la entrevista contradecían lo anteriormente afirmado, registrándose una percepción diferente con relación a la atención recibida. Esto se puede deber a que las personas perciben el servicio de salud como un favor y no como parte de sus derechos, siendo de suma importancia la difusión y apropiación del derecho a la salud entre los usuarios, de manera que a partir de su internalización puedan exigirlo.

Usualmente se considera que el sector Salud tiene escasos recursos económicos asignados, los que conllevarían a una inadecuada atención. Sin embargo, de acuerdo con el estudio realizado, algunas variables podrían ser modificadas sólo con la implementación de “buenas prácticas” por parte del personal de salud.

Se han sistematizado algunas respuestas al respecto¹⁰³:

- El 67% de los casos estudiados refieren maltrato (colas largas, nueva cita pese a que el médico está presente, indiferencia, desinterés del personal).
- El 15% fue gritado por personal que lo atendió en la consulta médica y/u obstétrica.
- El 32% refiera haber sido discriminado (atendieron primero a los que no eran SIS, no respetaron el turno de llegada para la atención).
- El 83% refirió que no se le explicó en el momento de la consulta sobre su enfermedad o su tratamiento.
- El 27% no había entendido lo que le habían explicado.
- El 45% declaró que invirtió un tiempo de espera mayor a dos horas.
- El 7% refirió que nunca se sintió escuchado.
- Se ha negado la atención en consulta externa debido a falta de personal (médico, odontólogo u obstetras), turnos de atención copados (citas limitadas).

¹⁰³ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

- Tiempos prolongados de espera para la atención debido al retraso de la llegada del profesional, ingreso a la consulta no acorde al orden de llegada, falta de relación de amistad con los trabajadores, entre otros.
- Más días de hospitalización de los necesarios debido a retraso de exámenes auxiliares o de intervenciones.
- Medicamentos incompletos en farmacia, lo que ocasiona gastos adicionales o tratamientos incompletos.
- Cobros por atención, principalmente en intervenciones quirúrgicas, retrasando todo el proceso de atención y restringiéndolo por la falta de dinero, o cuando existen complicaciones, patologías excluyentes u hospitalización que demanda más de diez días.
- Trámites burocráticos para obtener la firma de receta médica, exámenes auxiliares y procedimientos, alta médica (médico tratante, servicio social, farmacia, laboratorio, radiografía, ecografías), así como para las referencias (médico tratante, funcionario responsable o su representante), ocasionando retraso en las atenciones y tratamientos.

Algunas de las expresiones recogidas de los entrevistados, vinculadas a la no satisfacción de los usuarios en relación a los servicios de salud, son:

“Demoré en el Hospital toda la mañana para la atención en consulta externa, donde me indicaron medicamentos iguales que en la posta, y no me pidieron ni análisis u otros. No entiendo por qué me enviaron al hospital, donde me hicieron perder toda la mañana”.

Paciente de Lima que solicita obtener los beneficios del SIS para su menor hija y al afiliarla e inscribirla, es verificada en la base de datos del Seguro Social, donde su cónyuge gozaba del Seguro Social, pero era una base no actualizada de trabajadores. Refiere: “Tuve que ir al Seguro Social para que me dieran la constancia de que mi esposo ya no estaba trabajando”.

Beneficiaria del SIS acude con la receta a la farmacia del Hospital, donde refiere que se le indica: “Cómprelo afuera” o “Regrese dentro de una semana ya que se han agotado”.

Beneficiaria del SIS hace todo el trámite para la referencia del Centro de Salud al hospital y se le indica que lo que tiene “es un diagnóstico que no cubre el Seguro”.

Beneficiaria del SIS, a quien se atendió su parto en el hospital de Lima, escuchó que cuando se le estaba suturando la episiotomía, conversaban entre el personal que le faltaba el hilo para coser el corte, pero otra decía que no se preocupase que no había hilo. La herida se abrió y se infectó y el SIS no cubrió algunos medicamentos por ser una complicación.

“Que estuvo esperando por muchas horas, veía al personal que luego lo atendió, conversando por un buen rato, reían, se hacían bromas, no consideraban que había pacientes que estuvieran esperando”.

Beneficiaria del SIS es atendida por consulta externa, en la que se le da una receta médica que no tiene el logo del SIS. Entonces, cuando acude a que le sellen en la

oficina del SIS del hospital, se le niega sellarle, manifestándole que debe de ir a buscar al médico tratante para el cambio de receta. El médico tratante ya se había retirado del establecimiento. Tuvo que regresar al día siguiente”.

“Cuando voy a la posta, saludo y no me contestan, nos miran con desprecio y cuando se dirigen a nosotros lo hacen como si fueran mejores que nosotros, porque nos levantan la voz y es como que fuera la profesora con sus alumnos, no nos tratan bien”.

“La primera vez que fui a la posta se demoraron como dos horas en atenderme y casi siempre se demoran mas de una hora, pero una vez me tuvieron casi toda la mañana. Claro que había gente, el doctor no se abastecía, pero esperamos mucho tiempo”.

“... Cuando voy a la posta siempre están en reunión y me hacen esperar por mucho rato. En mi trabajo no me dan mucho permiso. A veces tengo que regresarme sin que me atiendan...”

“A veces por mi trabajo no me dan mucho tiempo de permiso y, señorita, como yo no sé leer, me dieron un medicamento para mi niño que tenía diarrea, y cuando llegué a mi casa le di por tres días. Cuando llegó mi esposo a los tres días, miró el jarabe y estaba vencido hace dos meses. Entonces fui a la posta y me dijeron que no me preocupe, que por el frío se conservan bien y que le siga dando”.

“No tenía dinero para los pasajes e ir a actualizar los documentos en mi establecimiento de origen. Tuve que regresar a la posta y prestarme dinero de una amistad”.

“Yo soy padre y madre para mis hijos, lavo ropa y si voy mucho tiempo a la posta pierdo de ganar. Además me causa gasto y si no atienden es como haber perdido”.

“Es muy triste ser pobre. Uno reniega contra todo, es feo lo que se siente cuando un hijo se enferma y no tienes dinero ni para los pasajes. Se siente una impotencia, y en la posta además uno tiene que llevar algo de dinero porque no siempre te dan todos los medicamentos. La otra vez no tenía dinero para pagar los medicamentos que me dijeron que tenía que comprar”.

“Como las señoritas no explican bien, uno gasta doble para regresar a la posta y regularizar documentos y servicio social, y las enfermeras de emergencia no atendieron a mi hijo por falta de papeles”.

“Muchas veces he querido quejarme, pero me da miedo que después no me quieran atender. Además, cuando uno pregunta con quién uno puede hablar para que me solucionen los problemas, no quieren avisar”.

“No sé como funciona el Seguro para hacer las gestiones correctamente, no tengo información del SIS”.

“No sé, señorita, si me están dando una buena atención, pero creo que si, no sé cómo será en otros lugares, debe ser igual”,

“Yo ya no quiero ir a la posta porque no te atienden rápido. No tengo el tiempo suficiente para esperar. A veces he ido a la posta y como no me atendían rápido tuve que regresarme sin atención”.

“Cuando me gritaron las señoritas de la posta, me asusté, no sabía actuar ante el trato del personal”.

“En la posta atienden primero a sus conocidos y como uno no conoce a nadie le atiende al último, y como los trabajadores están renegando, no puedo decir nada”.

“Por sus cursos a veces no nos atienden y nos mandan a Puno”. “Tiempo de espera prolongado (cuatro horas) para ser atendida por consultorio externo de pediatría”.

“El doctor que me atendió me llamó la atención por no haberlo llevado antes, pese a que le había llevado el día anterior...y no me quisieron atender porque el médico tenía que ir a alguna reunión. Tuve que sacar otra cita.

A continuación se presentan algunos aspectos relacionados con la satisfacción, ante la pregunta: ¿Qué es lo que menos le gustó en los servicios del SIS y en la atención de los servicios de salud? Los entrevistados respondieron:

CUADRO N° 19
CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA ASIGNADA POR EL SIS Y
ASIGNADA POR EL ESTUDIO EN EL TOTAL DE CASOS
EVALUADOS HOSPITAL REGIONAL DE PUNO,
OCTUBRE 2006

Categoría Socioeconómica	Asignada por el SIS		Asignada por el Estudio	
	Nº	%	Nº	%
A	0	0	2	4
B	30	60	28	56
C	20	40	20	40
Total	50	100	50	100

continua... CUADRO N° 19
LO QUE MENOS LES GUSTÓ EN LA ATENCIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD Y SIS

Lo que menos le gustó en la atención del SIS	Lo que menos le gustó en la atención en los servicios de Salud
Trato documentario <ul style="list-style-type: none">• No atiende por falta de firma en órdenes• Falta de documentos de referencia por estar cerrado establecimiento de origen• Hacen mucho problema cuando falta documentos• Trámite engorroso• Te envían de un lugar a otro para trámites de documentos	Trato documentario <ul style="list-style-type: none">• Recetas, órdenes de laboratorio y otros exámenes solicitados incompletos• Te envían de un lugar a otro para trámites de documentos• Documentos de referencias incompletos• Trámite engorroso en el alta• Trámite engorroso en la atención
Otros <ul style="list-style-type: none">• Quisieron cobrar para dar el seguro• Oficina SIS cerrada• Esperar durante una semana la visita de la asistente	Otros <ul style="list-style-type: none">• Atención a otros que llegaron primero• Te envían de un lugar a otro para trámites de documentos• Dificultad comunicarse por el idioma• Prefieren atención por médica
	Medicamentos <ul style="list-style-type: none">• No hay medicamentos• Entrega de medicamentos incompletos• Mala calidad• Medicamentos baratos• Medicamentos vencidos• Compra de medicamentos• Ventana de farmacia cerrada• Dan otra cosa que no esta en la receta• Entrega de medicamentos en otra forma de presentación a la indicada en la receta• Regresar a recoger medicamentos otro día diferente a la consulta

Como se puede observar, existen puntos críticos como el trato del personal, procesos de la atención, disponibilidad de medicamentos y disponibilidad de factores de producción.

En relación a la pregunta: ¿Qué es lo que más le gustó con relación al SIS y a los servicios de salud?, se obtuvieron las siguientes respuestas:

**CUADRO N° 20
LO QUE MÁS LES GUSTÓ EN LA ATENCIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD Y DEL SIS**

Lo que más le gustó en la atención del SIS	Lo que más le gustó en la atención de los Servicios de Salud
Trato del personal <ul style="list-style-type: none"> • Trato de asistenta social • Ayuda a los pobres • Se preocupan de los pobres 	Trato del personal <ul style="list-style-type: none"> • Los doctores atienden bien • Buen trato de las enfermeras • Buen trato del personal • Tratan de ayudarte • Entendieron mi situación • Trato del médico • Trato de obstetras • Trato de señoritas • Trato amable
Atención <ul style="list-style-type: none"> • El seguro cubre varias cosas: consulta, medicamentos, análisis, etc. 	Atención <ul style="list-style-type: none"> • Que le atendieron el parto • Explican lo que uno tiene • Charlas educativas • Atendieron a mi hijo • Atienden bien • Saben más que los de la posta • Tratan de ayudarte • Que me están curando • Diagnosticaron en hospital lo que en la posta no podían • Atención de parto gratis • Controlen, vacunen a mi hijo • Explican como crían a los hijos • Atención en sí • Ayuda para la operación • Curan bien • Explican lo que se tiene • Atención que dan • Hacen entender • Tiene paciencia • Atienden profesionales
Tiempos de espera	Tiempos de espera <ul style="list-style-type: none"> • Atención rápida
Otros	Otros <ul style="list-style-type: none"> • Que no cobran • Limpieza de ambiente • No pago • Alivio económico • Es una ayuda a los pobres Medicamentos <ul style="list-style-type: none"> • Medicinas buenas • Dan medicamentos • Medicamentos gratuitos

Lo que se hace evidente es que se necesita fortalecer la accesibilidad a medicamentos y la accesibilidad económica en busca de consolidar los objetivos del SIS, dando un mejor servicio de salud a la población y que así esté lograda una política que impulse el desarrollo.

C. Percepción de la calidad técnica

Los Gráficos N° 50 y N° 51 muestran en un alto porcentaje la falta de respuesta (90%) en los años 2004 y 2006. Sin embargo, la existencia de algunas respuestas negativas (10%) ha servido para conocer cómo es la percepción por parte de los usuarios del SIS con relación a la atención recibida en los establecimientos de salud.

GRÁFICO N° 50
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2004

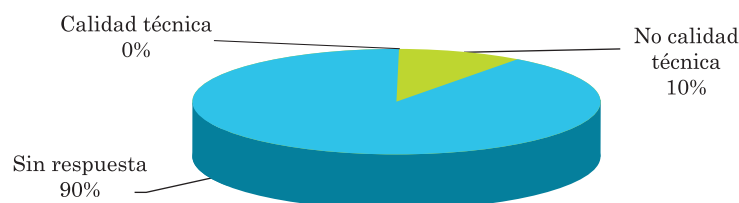
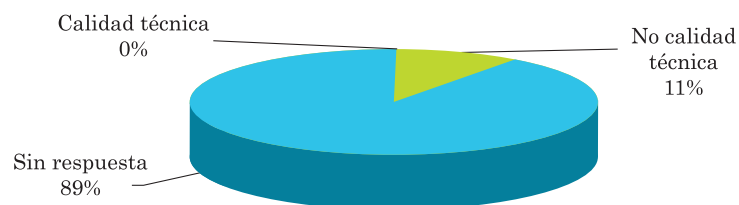


GRÁFICO N° 51
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA POR PARTE DE LA DEMANDA ATENDIDA POR EL SIS. OCTUBRE 2006



Un ejemplo de ello se expresa en el siguiente testimonio:

“Señorita, como yo no sé leer, me dieron un medicamento para mi niño que tenía diarrea, y cuando llegué a mi casa le di por tres días. Cuando llegó mi esposo a los tres días, miró el jarabe y estaba vencido hace dos meses. Entonces fui a la posta y me dijeron que no me preocupe que por el frío se conserva bien y que le siga dando”.

Los testimonios de los beneficiarios del SIS, con relación a la calidad de la prestación de servicios de salud han sido muy variados. Por ello hemos considerado conveniente agruparlos dentro de los atributos de la calidad: seguridad, oportunidad, continuidad, información, respeto al usuario, privacidad, eficacia y calidez. Dentro de la calidad estamos considerando aspectos de accesibilidad, disponibilidad y confidencialidad que fueron analizados anteriormente en presente capítulo.

Del total de casos con respuestas negativas se ha hallado que¹⁰⁴:

- El 75% refirió haber percibido falta de seguridad en la atención: temor de que no fuera médico, temor por falta de asepsia del material utilizado, administración de medicamentos vencidos, ambientes de atención poco agradables e incluso sucios, pacientes a los que no se les realizó el examen físico, pacientes a los que no se les realizó un adecuado interrogatorio respecto de su enfermedad.

¹⁰⁴ Los porcentajes que se presentan son las diferentes razones dadas por los entrevistados sobre sus diversas experiencias en los servicios de salud, pudiendo una persona haber señalado más de una razón o explicación.

- El 97% refirió falta de oportunidad para la atención y entrega de medicamentos.
- El 42% refirió falta de continuidad en el tratamiento.
- El 41% percibió falta de respeto al usuario en el trato, la falta de uso de uniforme.
- El 67% sintió no haber tenido privacidad en la atención.
- El 85% refirió que al personal de salud le falta calidez en la atención.
- El 12% refirió que el tratamiento recibido no fue eficaz para el tratamiento de la enfermedad, falta de comunicación sobre su enfermedad o inadecuadas indicaciones terapéuticas.

El derecho a la salud, afectado por situaciones de mala práctica médica, no ha tenido mayor desarrollo en cuanto a su protección y resarcimiento por parte de las instancias judiciales. Ni siquiera se produce la denuncia formal en las instancias correspondientes con sanciones ejemplificadoras, en vista de que, en un 89% de los casos, los entrevistados refirieron desconocer dónde podían acudir en caso de que sientan que han sido víctimas de un abuso o atropello. El 22% refiere haberse quejado de manera oral, pero sin lograr repercusión alguna. El 4% refirió sentir temor a presentar quejas por posibles represalias. Sólo el 0.1% refirió conocer la Oficina Desconcentrada del SIS, por haber tenido como antecedente la muerte de un hijo.

Las quejas presentadas a los establecimientos de salud no tienen la repercusión necesaria al ser éstos, al mismo tiempo, juez y parte. En todo caso, se puede lograr una mayor repercusión si la población presenta su queja a las Oficinas Desconcentradas del SIS o a las Oficinas Desconcentradas de la Defensoría del Pueblo.

Hasta la fecha no se ha realizado acción alguna de sanción a los prestadores de salud por el incumplimiento de protección de los derechos establecidos en la Directiva N° 0030-2004-SIS.

Claro está que, ante la queja presentada, en muchos casos existe la dificultad de poder probar la relación entre el acto médico y el perjuicio sufrido por el usuario o la usuaria, como es el caso N° CSHV 331, en el cual se refirió haber recibido medicamentos con fecha vencida.

5.5. Análisis de resultados de la Demanda Atendida por el Seguro Integral de Salud bajo el enfoque de Derecho en Salud y pro pobre.

En el artículo 7 de la Constitución Política del Perú (1993) se reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. En el artículo 9 se hace mención a la responsabilidad del Estado de definir la política sanitaria del país. En ese mismo sentido, la Ley General de Salud N° 26842 proclama que es deber del Estado regular, salvaguardar y promover la salud y que la salud pública es una responsabilidad primordial del Estado.

Por lo tanto, es responsabilidad del Estado garantizar el acceso a los servicios de salud de la población y su cumplimiento traduce el respeto a los derechos de salud de la población, en especial de aquella de menores recursos. Esta obligación debe cumplirse a partir de las políticas que desarrolla el sector, políticas que a largo plazo deben ser diseñadas e implementadas buscando garantizar un sistema de salud eficiente que brinde atención de calidad, priorizando a quienes más lo necesiten. Por lo tanto, la asistencia sanitaria implica la implementación de estrategias que permitan garantizar

el acceso, la disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud a la población pobre y en extrema pobreza como prioridad.

Un medio propuesto para aliviar los problemas de salud de la población económicamente deprimida del país es el Seguro Integral de Salud, estrategia cuyo objetivo es proteger la salud de las personas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, reduciendo las barreras económicas de acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable.

Dada la magnitud de la pobreza en el Perú, y considerando las restricciones presupuestarias que enfrenta el sector público, se requiere que los recursos destinados a financiar los servicios de salud sean administrados con criterios de equidad y eficiencia; es decir, tratando de maximizar, con los recursos disponibles, la cobertura para la población - objetivo y minimizando las desviaciones de recursos fuera del ámbito de la población - objetivo. Asimismo, es necesario que el servicio de salud garantice el derecho a la salud de las personas, es decir, que esté disponible, sea accesible, de calidad y aceptado por la población a la que atiende.

5.5.1. Categorización a partir de la condición socioeconómica

En este orden de ideas, el SIS es un mecanismo fundamental de la política social, que permite impulsar un proceso de desarrollo garantizando, en primer lugar, la gama de necesidades de salud en favor de la población pobre. Para lograr ello, la complejidad radica en focalizar los esfuerzos y recursos en la población pobre y extremadamente pobre, siendo necesario y fundamental el proceso de categorización. Sin embargo, dicha

categorización no es tarea sencilla. La percepción de la pobreza está influida por el punto de vista del investigador y los criterios que utiliza para definirla, lo que conduce a formular diversas apreciaciones con resultados heterogéneos.

La dificultad que supone todo sistema de categorización socioeconómica y la debilidad de los procesos de aplicación, como la falta de personal o la escasez de recursos, permite la existencia de filtraciones, como se ha mostrado en el capítulo IV, alejando la oportunidad de atención a personas que realmente lo necesitan. Todo ello refleja la necesidad de ajuste del proceso para su mejor aplicación e implementación de mecanismos de supervisión.

La existencia de no pobres en la atención del SIS permite deducir que la ficha no es lo suficientemente sensible para medir la pobreza en sus diferentes tipos, así como para detectar si las personas proporcionan datos falsos para acceder al sistema. Por lo tanto, no deberían ser los solicitantes quienes pretenden ser clasificados como pobres, procurando demostrar que cumplen con los requisitos para dicha categoría, sino debe ser el propio prestador del servicio quien busque identificar a los potenciales beneficiarios. Con ello se podrían focalizar mejor los recursos e implementar estrategias para llegar a los que más necesitan este sistema, buscando evitar las filtraciones.

Si bien el principal objetivo de la política social es mejorar las condiciones de vida de la población, la forma tradicional que se ha aplicado durante décadas no ha permitido llegar a los más pobres y necesitados. En tal sentido se observa que los pobres tienen menores

posibilidades de acceder a los programas sociales, debido a las barreras culturales y de información que existen, impidiéndoles aprovechar más eficaz y eficientemente los recursos que se les ofrece para mejorar las condiciones en las que viven y, por ende, incorporarse al desarrollo.

Bajo estas consideraciones, la focalización se plantea como el principio que permite superar el enfoque homogéneo de la política social tradicional, concentrando los recursos disponibles en la población más necesitada. En términos técnicos, focalizar significa identificar, con la mayor precisión posible en cada caso, al conjunto de beneficiarios potenciales, con el objeto de provocar un mayor impacto per cápita mediante transferencias monetarias o de entrega de bienes y servicios.

En el estudio presentado en el presente informe, encontramos varios ejemplos que ilustran gráficamente lo señalado. En los departamentos de Puno, Huánuco y Cajamarca, por ejemplo, se pudo observar que la gran mayoría de los beneficiados entrevistados tenía negocios instalados en sus viviendas o en lugares comerciales. Al interrogarlos sobre sus ingresos, afirmaron percibir alrededor de 700 Nuevos Soles por mes. Al contrastar tal afirmación con lo vertido en las FESE de cada uno de ellos, se encontró una clara intención de subvaluar sus ingresos, con el fin de recibir atención médica a través del SIS. Muchos de ellos consignaron en las FESE ingresos que oscilaban entre un 20% y 50% menos del señalado a los investigadores.

En Lima se identificó a personas aseguradas por el SIS que tenían vehículos motorizados, viviendas con acabados costosos y que, no obstante ello, entregaban como propias direcciones domiciliarias de amigos, vecinos o parientes,

a fin de lograr ser “clasificados” como pobres. En muchas de las visitas domiciliarias realizadas por los investigadores, no encontramos a la persona buscada y, gracias a la colaboración de los propios residentes de la vivienda, en algunos casos, y de vecinos, en otros, pudimos obtener las direcciones reales y lograr entrevistar a tales personas, pudiendo así constatar signos externos discordantes con la condición de pobreza determinada para efectos del SIS. Aunque esto fue constatado físicamente por los investigadores, fue imposible incorporar estos hallazgos al momento de estimar su condición socioeconómica (CSEAE) debido a que la FESE no permite incorporar variables distintas a las establecidas.

Aunque los resultados demuestran que la satisfacción de los beneficiarios con el SIS es considerablemente alta, ello no necesariamente estaría reflejando lo que realmente piensan los beneficiarios. Para el pobre, acceder a los servicios de salud representa disponer de dinero. Si algo o alguien le permitiera hacer uso del servicio sin costo alguno o a un costo que puede afrontar, estaría solucionando su “único” gran problema: la barrera económica. La ponderación relevante que tiene el aspecto económico para los pobres, con relación a los otros aspectos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, hace que su percepción les proporcione satisfacción a pesar de las deficiencias que ellos mismos refieren. Como se ha señalado anteriormente, terminan viendo el servicio que reciben como un favor o dádiva, y no como un derecho.

Sin embargo, la experiencia desarrollada por el SIS y lo analizado en el presente informe revelan lo difícil que resulta alcanzar ambos objetivos. Ello se debe,

fundamentalmente, en primer lugar, a la carencia de medios para identificar adecuadamente a los beneficiarios potenciales del financiamiento estatal de los servicios de salud. En ese sentido, sin un sistema que permita “identificar”, y no sólo “calificar” o “clasificar” a la población que requiere la subvención estatal para su atención médica, es una tarea aún pendiente. Para lograrlo es necesario que se combine con algún sistema de supervisión de los afiliados al sistema a fin de determinar los casos de filtraciones que se estén generando y corregir dicho problema.

5.5.2. Aspectos relacionados con los elementos esenciales del derecho a la salud

El SIS pretende salvar uno de los aspectos que involucra la accesibilidad a los servicios de salud: la *accesibilidad económica*. Aunque el aspecto económico resulta una barrera social que impide el uso de los servicios básicos de salud de la población en situación de pobreza (del total de personas con síntomas de enfermedad y necesidad de consulta que no lograron efectuarla, el 82% señala la falta de recursos económicos como el principal motivo de la no consulta),¹⁰⁵ cuestiona la capacidad del Estado para garantizar un servicio libre de costos, acerca de lo cual es necesario que se adopten medidas que garanticen el derecho a la salud de los pobres y pobres extremos, sobre todo de quienes ya se encuentran afiliados, y no sólo se establezcan políticas para que más personas tengan acceso, pero siempre limitado por este factor.

¹⁰⁵ Ministerio de Salud–Organización Panamericana de la Salud. Análisis y tendencias en la Utilización de Servicios de Salud. Perú 1985-2002. Lima, septiembre del 2003. Citado en: Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000. OPS/OMS. Noviembre, 2003.

Por otro lado, los usuarios perciben discriminación, tanto en los servicios propios del SIS como ente asegurador, al igual que en los servicios de salud del establecimiento donde fueron atendidos. Las quejas más importantes giraron en torno a la postergación de su atención, para preferir atender a aquellos que “sí pagaron” por su atención. Expresiones vertidas por los propios responsables de los centros asistenciales grafican sus “razones” para este tipo de discriminación:

“Toma más tiempo atenderlos por todos los formatos que hay que llenar”.

“La falta de disponibilidad de medicamentos es por el retraso de las compras nacionales”.

“El SIS no paga”.

“Como jefe, no puedo arriesgarme a quedarme sin stock y sin dinero para comprar y atender a los que sí pagan”.

El mensaje de fondo que traslucen tales expresiones podría vincularse a la connotación política que se le atribuye al SIS. Su implementación, sin una forma clara de financiamiento que garantice su continuidad más allá de lo que los gobiernos de turno pudieran durar y la ampliación de la población - objetivo sin el correspondiente incremento presupuestario, han generado una atmósfera de incredulidad frente al propósito real del SIS en los establecimientos de salud. Aunado al reembolso postergado y parcial que el SIS entrega a los establecimientos, esto podría ser la causa de la desmotivación de los responsables de los establecimientos por adoptar el SIS como una estrategia de apoyo social a los pobres que, de otra manera, no serían siquiera conocidos por los prestadores de salud.

Por ello es necesario implementar mecanismos que logren evitar los problemas con relación al presupuesto en las regiones y que ayude a mejorar la confianza en esta política. Como se ha advertido en el capítulo II, hay regiones en las que no se ejecuta el 100% del presupuesto que reciben, no revirtiendo a los establecimientos que han brindado el servicio de salud a los beneficiarios. Ello es de gran importancia a fin de poder dar un servicio de calidad, tratando de superar las barreras económicas que, como se ha visto, aún subsisten.

El acceso físico a las unidades del SIS y al establecimiento de salud está íntimamente relacionado entre sí, pero no así con las Oficinas Desconcentradas del SIS (financiadores). Las oficinas de las Unidades de seguros SIS están físicamente ubicadas en el mismo establecimiento, así que acceder al SIS significa acceder al mismo establecimiento. Ello explica la baja accesibilidad reportada por los entrevistados, en especial en los Centros de Salud de Huancavelica (40%). Un caso especial lo representa el HNHU, donde la accesibilidad geográfica percibida alcanza sólo al 62% de los entrevistados.

En este caso, el acceso estuvo condicionado al tiempo empleado para llegar al establecimiento y no necesariamente a la distancia o las barreras geográficas existentes. En Lima, a diferencia de lo que ocurre en provincias, los usuarios de los servicios de salud disponen de menor tiempo, especialmente las madres, sea porque deben atender hijos menores a los que dejan solos en casa por tener que llevar alimentos a sus esposos, por atender labores domésticas o desempeñar trabajos eventuales.

Quizás el aspecto más relevante, por su repercusión negativa en el ejercicio del derecho a la salud, es el escaso

acceso a la información reportado por los casos estudiados. Tales hallazgos demuestran la necesidad urgente de implementar mecanismos que permitan informar apropiada, adecuada y eficazmente a los potenciales usuarios del SIS, es decir, a los pobres y pobres extremos.

En la actualidad, los medios de difusión empleados por el SIS no son accesibles a la población - objetivo. En efecto, uno de los criterios de evaluación de los inscritos en el SIS es la tenencia o no de televisión, radio u otro electrodoméstico. Si asumimos que la población en pobreza extrema es aquella cuyos ingresos económicos no les permite contar con tales bienes, es de esperar que, para ellos, la publicidad televisiva y radial no constituya su principal fuente de información. Además, los recursos de los que pudieran disponer no los orientarían a buscar información escrita, por el mayor costo que éste implica, por no tener acceso a prensa escrita, por no saber leer, entre otras barreras de acceso. Estos problemas para llegar a la población - objetivo del SIS, sobre todo quienes viven en áreas rurales, y la falta de una estrategia de comunicación más adecuada desde el Ministerio de Salud, podrían ser responsables de los resultados encontrados: el 92% de los atendidos en el hospital de Huancavelica afirmaron tener acceso a la información, cifra mayor que la percibida en los hospitales nacionales.

Aunque la falta de información está claramente evidenciada en el estudio, un aspecto que debe considerarse es la desinformación. Algunas distorsiones encontradas durante el desarrollo de la investigación permiten explicar este fenómeno:

“Cuando solicité ingresar al SIS en mi centro de salud (Chacra Colorada), hace 11 meses aproximadamente, me

dijeron que no me correspondía. Luego de dos meses, regreso de nuevo, me toman mis datos y me dicen que me corresponde SIS. Era otra señorita que me ha hecho la ficha. Parece que primero se equivocaron y me dijeron que no me correspondía”.

“No querían afiliarme porque no me correspondía. Cuando fui a la Posta Médica de Vallecito (Puno), me indicaron que la fecha para afiliarme había pasado y que tenía que ir al hospital. Fui al hospital y me dijeron que debía afiliarme en la Posta Médica. Quería ser atendida para control de gestación (ocho meses de embarazo). Durante una semana estuve entre la Posta y el Hospital y no logré sacar cita por SIS. No pude hacerme controlar. Llegó la fecha del parto y recién me atendieron como SIS”.

Este modo de desinformación se da en los tres niveles de atención. El resultado último desencadena interpretaciones desfavorables al usuario: creen que los están “peloteando” a propósito, para aburrirlos y no atenderlos; que si tuvieran dinero les informarían mejor; que todo es mentira y en realidad no hay seguro, etc. El corolario de ello es el alejamiento de la población - objetivo del SIS, efecto totalmente contrario al deseado.

Continuar brindando atención a los pobres, consumiendo medicamentos y materiales del stock institucional cuando el SIS no “reconoce” algunos de dichos costos, o cuando han pasado dos meses y aún no son reembolsados los costos de la atención en que han incurrido los asegurados del SIS, es algo que “no es conveniente” para el establecimiento. Por lo tanto, éste se niega a continuar brindando atención, por lo menos total, incluyendo medicinas y materiales a los asegurados por el SIS.

Adicionalmente, el SIS ha develado falencias organizacionales de los establecimientos de salud, tanto en aspectos asistenciales como administrativos, principalmente en los hospitales. La carencia de una estructura de costos hospitalarios en los establecimientos involucrados, la deficiente distribución del personal asistencial, la limitada capacidad instalada, la ausencia de procesos asistenciales claramente definidos y normados y la falta de protocolización en la atención médica, son algunos de los problemas que han sido evidenciados en el proceso de implementación del SIS.

Finalmente, la heterogeneidad de las condiciones de salud de la población en el Perú es la expresión de desigualdades acumuladas durante décadas. A pesar de los esfuerzos desplegados, las diferencias persisten, condicionadas por los efectos combinados de variables geográficas y socioeconómicas a las que se suma el acceso y disponibilidad aún insuficiente a la prestación de los servicios de salud, sobre todo de la población de mayor riesgo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

I. CONCLUSIONES

1. La pobreza y la salud se encuentran estrechamente relacionadas, siendo la primera un factor social determinante de la segunda. Asimismo, el acceso a los servicios de salud constituye una necesidad básica para lograr su desarrollo, si éste es entendido como el proceso de ampliación de las opciones de las personas y el nivel de bienestar que inciden en el nivel de desarrollo social.

2. En ese sentido, el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector del derecho a la salud, decidió crear el Seguro Integral de Salud (SIS) con el objetivo de administrar los fondos que coadyuven a lograr la protección de las poblaciones que no cuentan con seguro de atención, asignándole prioridad para aquellos grupos poblacionales vulnerables que se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema, orientado a resolver el problema de acceso que sufre la población, convirtiéndose así en una política de lucha contra la pobreza de gran importancia.

3. Asimismo, la Defensoría del Pueblo, de conformidad con el mandato constitucional de velar por el derecho a la salud, contemplado en el artículo 7º de la Constitución Política del Perú, y de la labor de supervisión de la Administración Estatal, realizó un estudio que permitió analizar la demanda socioeconómica y la situación del servicio que brinda el SIS en función de los elementos de este derecho, es decir, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

4. El propósito del presente informe es dar a conocer el funcionamiento del SIS y destacar los principales problemas que estarían impidiendo que éste logre cumplir plenamente con sus objetivos y, por ende, presentar aspectos en los que se está vulnerando el derecho a la salud, contraviniendo incluso la propia visión del SIS mediante estudios sobre la demanda atendida que realizó la Defensoría del Pueblo.

5. Con estos estudios, realizados tanto en el 2004 como en el 2006, se evaluó, a partir de una muestra de 500 casos, la demanda atendida por el SIS en establecimientos de salud, correspondientes a los tres niveles de complejidad, en las regiones de Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno, por tener altos índices de pobreza y la vulneración del derecho a la salud a partir de las percepciones de los entrevistados, tomando como criterios los cuatro elementos fundamentales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

6. Los problemas encontrados, que se enuncian a continuación, fueron: (i) problemas relacionados con la expansión de los beneficiarios del SIS a pesar de enfrentar dificultades en razón del escaso presupuesto y de gestión de éste; (ii) problemas en el proceso de calificación socioeconómica de los beneficiarios, por lo que no se estarían focalizando adecuadamente los escasos recursos priorizándolos, como se debería hacer, a la población en extrema pobreza ; y (iii) la vulneración del derecho a la salud, tanto en el proceso de afiliación como en el servicio de atención que se les brinda a los beneficiarios.

A. Expansión y financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS)

7. Con relación a la política de expansión del SIS, si bien constituye un avance importante que se pueda incorporar a algunos grupos poblacionales al SIS –que, en realidad, focalizan más los esfuerzos que ya se estaban llevando a cabo, como agentes comunitarios en salud, lustradores de zapatos, y la población afectada por la violencia política–, es necesario tomar precauciones al momento de incorporarlos, ya que, como se verá más adelante, el presupuesto es bajo para atender las necesidades de todos los afiliados, lo que implica sacrificar la calidad del servicio.

8. Las víctimas de la violencia –que integran un grupo prioritario para la labor de la Defensoría del Pueblo– se encuentran comprendidas en el denominado Plan E del SIS, que incluye, además, a otros grupos poblacionales, por lo que no contamos con información desagregada sobre este grupo en particular. Sólo se ha obtenido el número global de este plan hasta septiembre del 2006, que comprende sólo al 2,5% de los afiliados. A fin de evaluar cómo está atendiendo el SIS a esta población, como parte del Plan Nacional de Reparaciones, es importante que la información sobre dicho plan se desagregue.

9. La Defensoría del Pueblo ha recibido algunas quejas de víctimas de la violencia respecto del SIS, a saber: (i) encuentran limitaciones para acreditarse como víctimas de la violencia ante el SIS, debido a la falta del Registro Único de Víctimas; (ii) se han presentado casos en los que se les solicitan requisitos no contemplados en la norma, tanto para la afiliación como para la atención. En

el caso de la afiliación. uno de los problemas que se presentan en forma reiterativa es la exigencia de la aplicación de la Ficha de Evaluación Socioeconómica (FESE), a pesar de que la norma señala expresamente lo contrario. Asimismo, hemos recibido quejas respecto de que ciertos establecimientos de salud ponen un tope al número de afiliaciones de personas afectadas o piden que tengan otro seguro cuando necesitan ser referidos.

10. A pesar de los problemas presentados con estas poblaciones, es necesario rescatar algunos avances, como la implementación de la Resolución Ministerial N° 591-2006/MINSA que entre otras disposiciones, contempla una solución transitoria para el problema de la afiliación, aceptando las constancias que entregan FONCODES, la Defensoría del Pueblo y los Gobiernos Regionales. Ello hace posible que las personas afectadas por la violencia puedan contar con una acreditación temporal a cargo de estas instituciones, lo que les permite acceder a los servicios de salud que necesitan.

11. No obstante, a la insuficiencia del presupuesto asignado al SIS por parte del Estado con relación a las necesidades de salud se agregan otros problemas. Se constató que a personas categorizadas por el propio SIS como pobres se les ha requerido el pago de medicamentos, insumos, costos de viaje para ser referidos, entre otros, lo cual ha diluido el acceso de estas personas al servicio y, por ende, el impacto del SIS como política social.

12. A partir del 2006 se inició un proceso de ampliación del SIS, mediante el denominado SISALUD, que se ha consolidado este año, creándose así un plan semisubsidiado de acceso para personas de bajos ingresos. Asimismo se está trabajando para lograr la

universalización del acceso a los servicios de salud. Sin embargo, el presupuesto del año 2006 para el SIS se elevó a S/. 271 millones de nuevos soles, pero ha sido reducido en el 2007 a 267 millones de nuevos soles. Como se aprecia en el presente informe, las atenciones de salud a las que se tiene acceso constituyen un gran avance en la lucha contra la pobreza, pero es necesario que sigan expandiéndose para cubrir otras necesidades de la población. Sin embargo, se requiere que ello vaya de la mano con una política a mediano y largo plazo que mejore el servicio y amplíe su oferta.

13. Si antes de estas reformas ya encontramos grandes deficiencias en la atención de salud que vulneran el derecho a la salud de las personas, este incremento se está llevando a cabo en detrimento de la calidad del servicio que se presta.

A.1. Problemas en la gestión del presupuesto

14. De acuerdo con la información obtenida del SIS, de los recursos que asignó durante los años 2005 y 2006 a diferentes establecimientos de salud, S/. 18' 298 303.4 nuevos soles no fueron ejecutados. Al respecto, consideramos que la no ejecución de recursos para cubrir atenciones a beneficiarios que ya se han brindado sólo genera mayores problemas de calidad en el servicio que se proporciona, y es contradictorio con lo señalado en el punto anterior y con la falta de recursos que el sector tiene.

15. En razón de ello se requirió información a las Direcciones Regionales de Salud de Cajamarca, Huancavelica y Puno por ser éstas las regiones que formaron parte del estudio que lleváramos a cabo,

detectándose problemas con la ejecución del presupuesto. 16. El Gobierno Regional de Huancavelica fue uno de los que no ejecutó un monto alto del presupuesto asignado por el SIS que, en el 2005, ascendió a S/. 3' 341, 157.10 nuevos soles. En el 2006 no se ejecutaron S/. 2' 777,022.55 nuevos soles y no se pudo determinar en qué se utilizaron S/. 934,821.18 nuevos soles. Problemas similares se encontraron en Cajamarca y Puno.

17. Ante esta situación concluimos que existen problemas en los Gobiernos Regionales que no permiten ejecutar el presupuesto del SIS, presupuesto que deberían remitir a los establecimientos que realizan el servicio de salud, generándose aquí un nudo en la gestión. Es imprescindible que los recursos se reviertan en beneficio de las personas más pobres. De no disponerse esta acción se impedirá que los establecimientos de salud se abastezcan de lo necesario para la atención de los afiliados, como se puede apreciar en el presente informe.

B. Condición socioeconómica de la demanda atendida por el SIS

18. El estudio realizado ha verificado que, en el 94% de los casos de nuestra muestra, el SIS logra dar acceso a servicios de salud a su población—objetivo, la población pobre y pobre extrema.

19. Sin embargo, el estudio revela que, a pesar de los índices de pobreza extrema en las regiones estudiadas, el SIS no ha focalizado sus afiliaciones a dicha población, toda vez que la cifra de pobres no extremos atendidos son, en el departamento de Huancavelica, el 64%, seguido del departamento de Cajamarca con 62%, Puno con 57%,

Lima con 51% y Huánuco con 39%. Llama la atención que, en una región como Huancavelica, más de la mitad de la muestra esté constituida por pobres y no por pobres extremos, así como el bajo porcentaje que se aprecia en Huánuco.

20. Por ello es necesario que el SIS desarrolle mecanismos más proactivos de focalización a fin de que se logre llegar al objetivo, consistente en dar cobertura, paulatinamente, al 100% de los pobres extremos del país, ya que a pesar de haber evaluado las referidas regiones no se ha definido una priorización para dichas personas. Asimismo, es necesario capacitar a los integrantes del personal de salud, sea asistencial o administrativo, sobre los derechos a la salud y la información que requieren los usuarios, así como sobre los beneficios que ofrece el SIS para que, a su vez, ellos puedan capacitarla a la población con relación al proceso de evaluación socioeconómica.

21. La muestra del 2004 reveló un 6% de filtraciones, en tanto que en el 2006 se registró un 5.8%, a pesar de haberse modificado el sistema de categorización. Al respecto, se considera que en el 2006 el problema se pudo producir en razón de la información falsa que brindan las personas, buscando forzar el sistema para acceder al SIS, por error de los responsables de la afiliación, ya sea al momento de tomar los datos o al digitalizarlos y, por último, por posibles actos de corrupción en el propio sistema de salud.

22. Consideramos que es necesario que el SIS tenga mecanismos de supervisión, así como también de sanción en caso de actos de corrupción. Con relación a la supervisión de la categorización, consideramos que el SIS cuenta con las condiciones necesarias para realizarla a

través de las Oficinas Desconcentradas de Seguro Integral de Salud (ODSIS), mecanismo que está habilitado, pero no activado. Asimismo, con relación a las excepciones referidas a la aplicación del proceso de evaluación socioeconómica, si bien es necesario tener criterios estrictos, también es necesario identificar áreas en las que se puede prescindir de éste, como las zonas rurales con alto índice de pobreza, donde no es necesario este proceso y, por el contrario aplicarlo supondría costos para el SIS y tiempo en el que las personas no son atendidas.

23. Con relación al llenado de las FESEs se identificaron problemas de tipo cuantitativo (la mayoría de fichas no contenían la información requerida) y cualitativo (se adoleció de legibilidad y precisión al momento de registrar los datos en la información), lo que genera graves problemas, toda vez que se requieren los datos para llevar a cabo una debida evaluación socioeconómica.

C. El servicio brindado por el SIS y la vulneración del derecho a la salud

24. Se evaluó el impacto del SIS en los elementos del derecho a la salud, a fin de determinar si se estaba vulnerando este derecho en el proceso de afiliación, así como en el servicio que estas personas reciben a través del Seguro. Dicha evaluación se produjo a partir de los elementos del derecho a la salud, con información sobre casos recibidos en la Defensoría del Pueblo y de las entrevistas realizadas a los usuarios del SIS durante el ejercicio de la muestra.

25. Como se advertirá en los puntos siguientes, se puede concluir que el derecho a la salud ha sido vulnerado

a partir de diversos aspectos que se analizan a continuación.

C.1. Problemas de disponibilidad

26. Se ha constatado la vulneración del derecho a la salud en vista de la falta de disponibilidad de establecimientos y servicios de salud, que se encuentran cerrados o limitados para prestar el servicio. Uno de los problemas más significativos es la falta de disponibilidad de medicamentos que se ha verificado en todos los establecimientos estudiados. Asimismo se advierte falta de personal, lo que es un requerimiento de la población.

27. También se han observado problemas de disponibilidad de información, comprobándose que en Lima se dispone de más información, en comparación con las regiones estudiadas, por lo que es necesario que se adopten medidas al respecto. La única manera en que las personas podrán cuidar y prevenir problemas con relación a su salud es disponiendo de información relevante, que permita a la ciudadanía no sólo vigilar las acciones y políticas del sector, sino obtener información sobre su propia salud, sobre sus derechos, sobre las condiciones que puedan afectar su salud y sobre las medidas que se deben adoptar para prevenirlas.

C.1.1 Establecimientos y servicios de salud

28. La falta de disponibilidad de establecimientos y servicios de salud fue reportada en el 36.40% de los casos estudiados, sobre todo en lo referente a los Centros de Salud de Huánuco (100%), debido a los pocos establecimientos de salud que existen en dicho departamento.

29. Del total de casos que refirieron falta de disponibilidad de establecimientos de salud y servicios en el I nivel de atención, el 80% señaló que tuvo que acudir más de una vez al establecimiento de salud por encontrarse éste cerrado en días laborables. El 67% indicó que el establecimiento estaba cerrado durante feriados y domingos, mientras que 25% refirió que el establecimiento abría sólo algunas horas durante el día.

30. En el II y III nivel de atención se encontró que el 67% indicó que tuvo que regresar por falta de disponibilidad de los servicios de salud requeridos, tales como admisión, tópico, farmacia, laboratorio, el consultorio de medicina, obstetricia, la oficina del SIS. El 21% refirió la falta de un número suficiente de establecimientos de salud, el 17% afirmó que, pese a existir establecimientos de salud, no se encuentran disponibles cuando se requiere atención; es decir, están cerrados. Asimismo, el 42% refirió que en los servicios de emergencia tuvieron que esperar cerca de una hora para ser atendidos, y el 58% informó que esperó más de tres horas para recibir atención en consulta externa.

C.1.2. Factores de producción

31. La Ley General de Salud contempla la necesidad de garantizar la atención de salud con personal suficiente para atender los problemas de salud de la población. Al respecto, el 87% de los entrevistados percibió la falta de personal, ya fuesen médicos generales, médicos especialistas, obstétrices u odontólogos.

32. En todos los establecimientos de salud estudiados se encontraron altos porcentajes de falta de personal, en especial en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y el

Hospital Regional de Cajamarca, con 92% cada uno, siendo el de menor percepción de este problema el Hospital Regional de Puno, con el 68%. La mayor falta de disponibilidad de los factores de producción en el I nivel de atención reportado se advirtió en Huancavelica.

33. Del total de casos que refirieron la falta de disponibilidad de los factores de producción, se encontró que el 83% tuvo que regresar al establecimiento de salud por falta de médico, el 23% por falta de odontólogo, el 17% por falta de enfermera, el 45% por falta del personal encargado de los procedimientos de afiliación al SIS. El 23% refirió la importancia de ser evaluado por un médico, debiendo ser atendido por otro personal, pese a existir un médico en el establecimiento de salud.

C.1.3. Bienes y servicios

34. La Ley General de Salud también contempla la obligación de proteger la salud garantizando la atención con bienes y servicios que correspondan a las características y atributos indicados, permitiendo una atención con calidad. No obstante ello, el 17.4% del total de casos estudiados refiere algún problema de incumplimiento con relación a bienes y servicios. De éstos, el 95% refirió falta de medicamentos en los establecimientos de salud, el 52% tuvo que comprar insumos, el 17% tuvo que ir a otra posta por falta de instrumental básico, el 10% esperó varios días para que sus hijos fueran aceptados en los hospitales nacionales por falta de camas.

35. El 100% refirió que lo más importante para ellos era que se les brindara el medicamento que necesitaban, e inclusive señalaron que lo que más aprecian es la satisfacción del servicio en este punto.

C.1.4. Información

36. La Ley General de Salud estipula que la persona tiene derecho a recibir información veraz, oportuna, completa y en términos comprensibles sobre su proceso de atención, lo cual también está regulado por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. En tal sentido, el Estado debe garantizar tal acción al proveer material oral o escrito con información clara, sencilla y tomando en cuenta las características del público al que dicha información está destinada por ejemplo, el idioma. Asimismo, se deben considerar los mecanismos adecuados para que las personas puedan acceder a información más precisa, como a su historia clínica, consentimientos informados, entre otros.

37. Sin embargo, el 50.4% percibió que no se contaba con información disponible sobre temas de salud y menos sobre su derecho a la salud, incluyéndose en esta apreciación la información sobre el Seguro Integral de Salud.

38. La falta de disponibilidad de la información predominó en los entrevistados del Hospital Regional de Huánuco (94%) y los Centros de Salud del mismo departamento (90%). En menor medida ocurrió esto en los hospitales nacionales (aproximadamente, 30% en cada uno).

39. Del total de casos que percibieron la falta de disponibilidad de información se encontró que el 73% refirió que los medios de comunicación no son lo suficientemente capaces de aportar información necesaria. El 24% dijo que cuando asisten al establecimiento de salud no se les entrega material alguno que mejore sus

conocimientos, mientras que el 73% afirmó que no existe difusión suficiente sobre los beneficios del SIS y sobre otros aspectos de la salud. El 12% mencionó que no tienen medios para disponer de información de salud como diarios, televisor, radio, Internet, entre otros, y el 54% se enteró sobre el SIS y aspectos de salud por un amigo o conocido, y no por el personal de salud.

C.2 Problemas de accesibilidad

40. Los problemas relacionados con la accesibilidad en el presente informe están relacionados al difícil acceso geográfico a los establecimientos, así como a la falta de señalización en éstos. Así, el acceso a establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive se agrava cuanto más lejos se encuentre el beneficiario de la capital. Las dificultades de transporte básico y comunicación son factores adicionales que incrementan los efectos de la inaccesibilidad geográfica, hallándose que un 10% no pudo acceder a los establecimientos de salud, pese a ser beneficiario del SIS.

41. Asimismo se han verificado barreras de acceso económico, siendo éste uno de los aspectos más relevantes, en razón de lo señalado anteriormente con relación al financiamiento con que cuenta el SIS y por la población-objetivo de éste, que carece de los medios para hacer frente a muchos de los costos, lo que limita el beneficio que obtienen del SIS.

42. Por otro lado se han verificado problemas de carácter administrativo y de gestión que limitan el acceso de los beneficiarios, como el horario de atención o el tiempo de duración de los procesos de afiliación. Asimismo se han encontrado problemas de acceso a la

información con relación a los beneficios que ofrece el SIS o a las historias clínicas de los usuarios.

C.2.1. Accesibilidad geográfica

43. Con relación a la accesibilidad a los establecimientos de salud y señalización de las áreas administrativas y asistenciales, el 9.4% de los casos estudiados refirió vulneración en este criterio, y de éstos, el 13% refirió que su domicilio se encuentra a más de dos horas de viaje. El 37% relató que no existe movilidad frecuente para acudir a un establecimiento cercano; el 5% señaló que su establecimiento es cercano, pero inaccesible por las condiciones geográficas; y el 34% dijo tener dificultad para acceder a los servicios por falta de señalización, sobre todo en el caso de los hospitales nacionales.

44. La inaccesibilidad ha sido referida sobre todo a los Centros de Salud de Huánuco (44%), debido a que existe un menor número de establecimientos por población, y al Hospital Nacional Hipólito Unanue (38%), por ser un establecimiento de referencia.

45. Respecto al nivel de atención se ha encontrado que el III nivel de atención tiene menor accesibilidad por comprender a los hospitales nacionales de referencia que, siendo hospitales grandes, se caracterizan por tener dispersos sus servicios, mala señalización, inadecuada infraestructura y falta de información.

C.2.2. Accesibilidad económica

46. En cuanto a la accesibilidad económica, el 69% de los casos estudiados refirió una vulneración con relación a este criterio. De éstos, el 12.9% pagó para acceder a

una nueva consulta, recibiendo el argumento de que no había cupos para SIS en ese día. El 28% refirió haber realizado pagos para análisis de laboratorio y el 5% pagó para toma de rayos X y ecografías. El 32% pagó, además del sol de afiliación, entre uno y dos soles por derecho de apertura de historia clínica. El 63.5% refirió haber realizado la compra de uno o más medicamentos, ya sea en el establecimiento o en una farmacia particular.

47. Muchos de los beneficiarios no pudieron realizar dichos pagos por no contar con recursos económicos. Además, indicaron que en algunos establecimientos de salud les señalaron que se acerquen a los consultorios particulares de los profesionales a fin de que lleven a cabo exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico, lo cual constituía un pago adicional.

48. La mayor inaccesibilidad económica reportada se ha detectado en los hospitales Hipólito Unanue, Regional de Puno, Regional de Huánuco en el 100% de los casos atendidos, en tanto que los que presentaron un índice menor de inaccesibilidad son los centros de salud de Cajamarca, Huancavelica, y sus respectivos hospitales regionales, en los que se encontró 30% en cada uno. Los casos más graves de inaccesibilidad económica se han registrado en los departamentos de Huánuco y Puno.

49. Los problemas en el acceso económico a los servicios es una de las barreras más importantes. Por ello, la solución para quienes más lo necesitan fue la creación del SIS. Esto se produce a pesar de: (i) ser el SIS una estrategia de lucha contra la pobreza; y, (ii) que el SIS tenga por objetivo proteger la salud de las personas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, reduciendo las barreras económicas de acceso a los

servicios de salud de esta población vulnerada. Sin embargo, esta institución tiene grandes limitaciones presupuestarias respecto del universo de personas que necesitan ser atendidas.

50. En tal sentido, es necesario que el servicio se brinde tomando en cuenta el esfuerzo económico que significa para estas personas acercarse a los establecimientos de salud, como en gastos de transporte, lo que manifestó el 18% de los casos, considerando además que ello no era percibido por el personal de salud, quienes o no los atendían o les señalaban citas para otros días.

C.2.3. Accesibilidad administrativo/organizativa

51. El 21.2% de los casos estudiados refirió la falta de acceso a los servicios de salud por aspectos administrativo/organizativos, a saber: limitación del uso de un servicio de salud por disposiciones de índole operativo o de gestión como, por ejemplo, el horario de atención, la localización de especialistas, operatividad de equipos, lentitud en el servicio de admisión, los procesos de inscripción, la lentitud en la evaluación socioeconómica y afiliación, la demora en el trámite de referencias, y otros trámites administrativos.

52. Del total de casos que refirieron inaccesibilidad administrativa, el 90% indicó un excesivo trámite, sobre todo en los hospitales regionales y nacionales (firmas, sellos de la unidad de seguros, del servicio social y de la oficina de referencias). El 14% refirió que tuvo que regresar a su establecimiento de origen dos veces por no contar con la documentación adecuada; el 17% refirió que el proceso de afiliación al SIS duró semanas, y el 95% que hizo extensas colas.

53. Los Centros de Salud de Huancavelica reportaron mayor porcentaje de inaccesibilidad administrativa (60%), debido a que por su propia condición de pobreza no cuentan con documentos como el DNI y la partida de nacimiento. Por esta misma razón, el departamento de Huancavelica reporta el mayor porcentaje de inaccesibilidad, advirtiéndose la mayor incidencia en el III nivel de atención, debido a la compleja situación de los hospitales nacionales.

C.2.4. Accesibilidad a la información

54. La inaccesibilidad a la información es un derecho vulnerado siendo una constante en los resultados encontrados y mostrando que dicha percepción ocurre en todos los niveles de atención. El porcentaje mayor en relación a este aspecto ha sido reportado en el Hospital Hipólito Unanue (76%), en los Centros de Salud de Cajamarca (72%) y Huánuco (63%). Es el departamento de Huánuco el que reporta dicha inaccesibilidad en mayor medida y al III nivel de atención como el más afectado.

55. El 75% de la población usuaria del SIS refirió desconocer aspectos tales como beneficios, restricciones, planes, obligaciones y sus derechos, lo que contraviene lo establecido en la Directiva N° 030-MINSA.V.01.

C.3. Problemas de aceptabilidad

56. Con relación al derecho a la salud y lo estipulado por Ley General de Salud, es obligación del Estado tener en cuenta –al formular sus políticas, planear sus acciones y contratar al personal– las particularidades culturales de la zona en la que se está trabajando, lo cual se está vulnerando, por ejemplo, al no considerar aspectos como el idioma de las zonas donde se ofrece el servicio. Para

determinar las necesidades de la población son necesarios los espacios de participación ciudadana que no existen, como se ha señalado en el presente informe.

57. Asimismo, como el personal de salud cuenta con información sobre la condición socioeconómica de las personas, ya que se ha llevado a cabo su categorización para acceder al SIS, es necesario poner mayor énfasis en el trato que se les da, de lo contrario se generará una percepción de discriminación que afecta la relación con el personal de salud, lo que se puede deber a un conflicto entre conceptos culturales diferentes. Por ello es necesario sensibilizar al personal a fin de que advierta cuándo se producen actos de discriminación que vulneran los derechos de los usuarios.

C.3.1. Aceptabilidad cultural- ética

58. La Directiva N° 030-MINSA.V.01 refuerza lo que la Constitución y la Ley General de Salud señalan sobre el respeto a la dignidad de cada persona, a su intimidad, a recibir trato igualitario sin que pueda ser discriminado por razones raciales, socioeconómicas, de sexo, edad, ideología, opción política u otros. Al respecto, el estudio reveló que el 65% percibió casos de vulneración de derechos por estas razones.

59. Los establecimientos evaluados en el departamento de Huánuco son los que muestran mayor porcentaje de vulneración de este criterio (Hospital Regional de Huánuco con 98% y los Centros de Salud con 92%). Asimismo, el II nivel de atención obtuvo mayor percepción negativa debido a un alto porcentaje de casos o situaciones de discriminación, sobre todo por su situación socioeconómica.

60. Del total de casos, el 20% percibió discriminación en la atención al priorizarse a los que pagaban; el 35% refirió falta de privacidad; el 22%, maltrato; el 12% dijo que, durante la atención, el profesional realizaba otras actividades, en tanto que el 45% percibió discriminación por su situación económica (maltrato, otra cola para el SIS), atribuido en definitiva a conductas estereotipadas por parte del personal de salud, o a la falta de información.

C.3.2. Confidencialidad

61. El respeto de la dignidad e intimidad de la persona, a la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, así como a no ser sometido sin consentimiento a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes no son tomados en consideración al momento de producirse la atención de los afiliados, de acuerdo al 83% de los entrevistados.

62. En los establecimientos de los departamentos de Cajamarca y Huánuco se ha reportado la falta de cumplimiento de este criterio en mayor porcentaje, que predomina en el II nivel de atención. En todos los establecimientos se han evidenciado altos porcentajes de una supuesta falta de confidencialidad, pero, a diferencia del resto de resultados, en un alto porcentaje no se supo explicar el porqué de la percepción negativa, siendo por ello cuestionables dichos resultados.

C.3.3. Participación ciudadana y participación en toma de decisiones

63. La política de Salud promueve la participación ciudadana en la agenda de salud, la que se puede generar desde los establecimientos de salud. Sin embargo, en el

100% de casos del estudio no se reporta experiencia alguna al respecto, incluso en aquellos donde los establecimientos son establecimientos de Salud con Administración Compartida - CLAS.

C.4. Calidad

64. La calidad de la atención estipulada en una serie de documentos técnicos –considerados como parte de la política de salud que promueve servicios donde la atención tenga como eje la satisfacción de los usuarios y la protección de la dignidad personal– no se estaría cumpliendo en su integridad en los establecimientos de salud.

65. Una expresión de la calidad de los servicios de salud es la integridad de la atención, traducida en un derecho fundamental e inalienable de la persona que, sin duda, contribuye a la conservación de su salud y a la vida. Esta obligación debe cumplirse a partir de las políticas que desarrolla el sector, políticas que a largo plazo deben ser diseñadas e implementadas buscando garantizar un sistema de salud eficiente que brinde atención de calidad, priorizando a quienes más lo necesiten.

C.4.1. Satisfacción del beneficiario SIS en el proceso de afiliación al SIS y de atención en los servicios de salud

66. El 31% de los casos estudiados refirió insatisfacción en el proceso de afiliación y el 13% en el proceso de atención. De ellos, el 67% refirió maltrato (colas largas, cita nueva pese a estar presente el médico, indiferencia, desinterés del personal). El 32% dijo haber sido discriminado (atendieron primero a los que no eran SIS, no respetaron el turno de llegada). El 83% no recibió

información en su atención; el 27% no había entendido lo explicado; el 45%, mencionó un tiempo de espera mayor a dos horas; el 7% refirió que nunca se sintió escuchado; el 67% sintió no haber tenido privacidad en la atención y el 85% afirmó que al personal de salud le faltó calidez en la atención.

67. Asimismo, otros refirieron mala atención por falta de personal, tiempos prolongados de espera, retraso en la respuesta de los análisis, falta de medicamentos, cobros indebidos, trámites burocráticos, referencias mal realizadas, etc.

68. El 84% refirió desconocer los canales para presentar reclamos, quejas, sugerencias y, en general, para comunicarse con las instancias respectivas. El 92% refirió desconocer cuáles son sus derechos, los cuales no se difunden pese a que ello está estipulado en la directiva que regula el proceso de afiliación de los beneficiarios SIS.

C.4.2. Calidad técnica

69. La calidad técnica es poco percibida por la población (11.40%) y, del total de los que la percibieron, el 100% manifestó vulneración de ésta. De 57 casos, el 75% comentó haber percibido falta de seguridad en la atención: temor de que no fuera médico, temor a la falta de asepsia del material utilizado, temor a la administración de medicamentos vencidos, temor a ambientes de atención poco agradables e incluso sucios, temor de que no se les realizó el examen físico o un adecuado interrogatorio. El 97% refirió recojo de medicamento varios días después de la consulta; el 42%, recojo de medicamentos incompletos; el 1% mencionó

recojo de medicamentos vencidos; el 16% habló de recojo de medicamentos en otra forma de presentación a la indicada en la receta y el 12% refirió que el tratamiento recibido no fue efectivo, y no se le explicó sobre su enfermedad ni sobre las indicaciones terapéuticas.

70. Como se aprecia en el presente informe, las atenciones de salud a las que se tiene acceso gracias al SIS constituye un gran avance en la lucha contra la pobreza, pero es necesario que éstas sigan expandiéndose a cubrir otras necesidades de la población. Sin embargo, es necesario que ello vaya de la mano con una política –a mediano y largo plazo– que mejore el servicio y amplíe su oferta, para lo cual es necesario llevar a cabo ajustes al presupuesto que se destina al sector Salud. De lo contrario, el acceso es restringido o se autoriza sacrificando calidad, lo que vulnera el derecho a la salud de las personas beneficiarias.

II. RECOMENDACIONES

En virtud de lo expuesto, y en uso de las facultades señaladas en el artículo 162º de la Constitución Política del Perú, así como en el artículo 26º de la Ley Orgánica, Ley N° 26520, la Defensoría del Pueblo considera necesario:

1. RECOMENDAR al Congreso de la República, en especial a la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad, que en los proyectos de ley que formulen para lograr la universalización del acceso a la salud –plena, efectiva, oportuna y de calidad– se tomen en cuenta estudios de oferta y demanda en los que se evalúen previamente las necesidades para cubrir la demanda existente y la que se pretende abarcar al expandir la cobertura, sobre todo en lo referido a infraestructura, recursos humanos, insumos, equipos, entre otros aspectos.

2. RECOMENDAR al Congreso de la República, a través de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad y de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República, que efectúen el seguimiento del incremento progresivo anual del sector Salud, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo Nacional y con las políticas de ampliación de cobertura del servicio de salud o de la universalización del acceso a servicios de salud que se pretendan implementar.

3. RECOMENDAR al Ministerio de Economía y Finanzas que en la elaboración del Proyecto Anual de la Ley de Presupuesto se tenga en cuenta lo dispuesto en el Acuerdo Nacional a fin de incrementar anualmente el porcentaje asignado al sector Salud, toda vez que el presupuesto actual, que consiste aproximadamente en

un 5% del presupuesto nacional, es un factor que influye en las limitaciones del sector para brindar una atención de calidad acorde con un enfoque de derechos, así como en las limitaciones para la expansión del seguro hacia un acceso universal al servicio de salud.

4. EXHORTAR al Ministerio de Salud para que se implementen medidas en el corto y mediano plazo que mejoren los servicios de salud en los establecimientos del MINSA y amplíen su oferta, en cumplimiento de los principios de equidad e igualdad que inspiran el derecho a la salud, a fin de cubrir las necesidades de un mayor número de afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) a los que se quiere garantizar el acceso.

5. RECOMENDAR al Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector del sector Salud, la adopción de medidas que, tomando en consideración los elementos del derecho a la salud, se orienten a:

a) Actualizar la información referida a las necesidades de disponibilidad de personal, infraestructura,¹⁰⁶ equipos, bienes y servicios básicos que requieren los establecimientos de salud para garantizar un servicio oportuno y eficiente.

b) A partir de esa información, realizar el estudio de costos y el planeamiento presupuestal necesario para garantizar la disponibilidad de bienes e insumos que permita a los establecimientos de salud presentar un buen servicio a los beneficiarios del SIS, considerando el

¹⁰⁶ Cabe destacar que, en julio del 2006, el Ministerio de Salud llevó a cabo un diagnóstico sobre los problemas de infraestructura, puntualizando las reformas que eran necesarias y el presupuesto para realizarlas.

incremento de afiliados que se están incorporando como parte de los programas de expansión.

c) Diseñar programas de atención itinerante y campañas que, priorizando a la población de pobreza extrema, puedan desplazarse a brindar servicios de salud a comunidades alejadas donde existen barreras de acceso geográfico y económico para llegar a los establecimientos de salud, al menos para atender a usuarios que no requieran hospitalización, tal como se hace en las campañas de vacunación e inmunización desarrolladas por el propio Ministerio. Asimismo, colocar en lugares visibles de cada establecimiento de salud, a escala nacional, avisos que señalen los servicios que cubre el SIS, así como sus limitaciones, señalando si se debe incurrir en algún gasto.

d) Proponer, mediante una coordinación con los centros de formación de los profesionales de la salud, que en el correspondiente plan de estudios se incorporen las competencias profesionales que permitan a los futuros profesionales aprender sobre el derecho a la salud y adecuar los servicios de salud a las características culturales de la población, tomando en consideración aspectos como el idioma, las costumbres, la medicina tradicional, entre otros.

e) Diseñar e implementar estrategias de comunicación más eficientes dirigidas a las diferentes poblaciones-objetivo del SIS, tomando en cuenta sus particularidades, a fin de proporcionar información adecuada a los usuarios sobre los derechos a la salud, los beneficios que ofrece el SIS y sus limitaciones.

f) Implementar programas de capacitación dirigidos a los profesionales en salud en los que uno de los ejes

temáticos principales sea el derecho al buen trato y el respeto a la identidad cultural de las personas a fin de prevenir y combatir los problemas de discriminación en los servicios de salud percibidos por los usuarios.

g) Elaborar directivas y/o lineamientos de conducta para los profesionales en salud, técnicos y administrativos, en los que se establezcan con claridad las sanciones a los profesionales que resulten responsables de proporcionar un trato inadecuado y/o discriminatorio a los usuarios con la finalidad de asegurar el respeto de la persona humana y de su dignidad.

6. RECOMENDAR al Seguro Integral de Salud (SIS) la entrega de una cartilla informativa al momento en que los usuarios suscriban el contrato de afiliación, con los detalles de la cobertura del Plan asignado.

7. RECOMENDAR al Ministerio de Salud y al jefe del SIS la focalización de la expansión del Seguro Integral de Salud, priorizando a quienes más lo necesitan, mediante la realización de campañas itinerantes de afiliación en zonas con mayor índice de pobreza.

8. RECOMENDAR al Seguro Integral de Salud la realización de supervisiones periódicas del proceso de calificación socioeconómica de la población que ingresa al SIS a fin de evitar las filtraciones, como las detectadas en el presente Informe Defensorial. Asimismo, con relación a las excepciones referidas a la aplicación del proceso de evaluación socioeconómica, si bien es necesario mantener criterios estrictos, también es necesario identificar áreas en las que se puede prescindir de éste, como las zonas rurales con altos índices de pobreza, donde aplicarlo supondría costos

para el SIS y tiempo en el que las personas no son atendidas.

9. RECORDAR al Jefe del Seguro Integral de Salud que el D.S. 006-2006-SA amplía las prestaciones de salud a través del SIS a las víctimas de la violencia política, en la lógica del Plan Nacional de reparaciones a las víctimas de la violencia, lo cual implica que éstas se afiliarán al SIS sin previa evaluación socioeconómica, toda vez que la justificación de su inclusión no radica en su situación económica, sino en virtud de su condición de víctimas de la violencia.

10. RECOMENDAR al Seguro Integral de Salud que se desagregue la información correspondiente al Plan E, a fin de identificar cada grupo poblacional y poder hacer la distinción mencionada en el punto anterior. Asimismo, que brinde esta información a los establecimientos de salud, precisando que las víctimas de la violencia deben ser atendidas de manera prioritaria y sin fijar ningún límite ni cupo de atención.

11. RECOMENDAR al Seguro Integral de Salud la elaboración de instructivos de capacitación sobre el llenado de la Ficha de Evaluación Socioeconómica (FESE). Estos deben permitir al personal encargado de la categorización socioeconómica de los usuarios que pueda determinar los datos que son imprescindibles para una adecuada categorización.

12. RECOMENDAR a los Gobiernos Regionales que adopten acciones a fin de:

a) Supervisar, a través de la Gerencia de Desarrollo Social, el adecuado reembolso de los recursos

transferidos por el Seguro Integral de Salud a los establecimientos de salud con el propósito de que éstos puedan contar con los medios necesarios para reponer los gastos que han realizado en la prestación del servicio a los beneficiarios.

b) Realizar actividades de capacitación con el apoyo del MINSA al personal médico, técnico, auxiliar y administrativo de los establecimientos de salud, así como campañas de difusión respecto a los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud, privilegiando aspectos como la no discriminación en los servicios de salud y la necesidad de respetar la identidad cultural de las personas.

c) Adecuar los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía a la cultura de cada región, tomando en consideración aspectos como el idioma y la medicina tradicional, en coordinación con los gobiernos locales y con los Establecimientos de Salud con Administración Compartida (CLAS).

13. RECOMENDAR al Seguro Integral de Salud el fortalecimiento de mecanismos de supervisión para evitar que se produzcan actos de corrupción en el proceso de afiliación a través de las Oficinas Desconcentradas de Seguro Integral de Salud (ODSIS), mecanismo que está habilitado, pero no activado.

14. RECOMENDAR al Seguro Integral de Salud la difusión de procedimientos de denuncia de problemas con relación a los servicios que presta. Estos procedimientos deben estar al alcance de la población, utilizando todos los medios posibles como, por ejemplo, el idioma de la población beneficiaria, proporcionando

información a través de su página Web, correo electrónico y mediante los promotores de salud, a fin de que cada ciudadano pueda participar en la fiscalización de la gestión pública, ya sea por denuncias de actos de corrupción o por problemas en la calidad de las atenciones.

15. SUGERIR al Ministerio de Salud, al Seguro Integral de Salud y a EsSalud que articulen los esfuerzos de promoción y difusión de información sobre prevención en salud de manera que la ciudadanía, y específicamente la población más vulnerable, cuente con información sobre su propia salud, sobre sus derechos, sobre las condiciones que pueden afectar su salud y sobre las medidas que deben adoptar para prevenirlas.

16. ENCARGAR el seguimiento del presente informe a la Adjuntía para la Administración Estatal y a las Oficinas Defensoriales (OD) y Módulos de Atención.

17. DISPONER que la presente resolución se incluya en el Informe Anual de la Defensora del Pueblo al Congreso de la República, de conformidad con el Artículo 27° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo.

Impreso en
Servicios Gráficos JMD
470 6420 / 472 8273
Mayo 2007

Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud