

2011

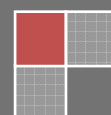
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

EVALUACIÓN DEL EFECTO DEL SEGURO
INTEGRAL DE SALUD EN LOS INDICADORES
DE SALUD PÚBLICA Y GASTO DE BOLSILLO
PERIODO 2002-2009

GERENCIA DE OPERACIONES

GERENCIA DE OPERACIONES

2011



DR. LUIS ALBERTO HUARACHI QUINTANILLA
JEFE INSTITUCIONAL

DR. JOSE DEL CARMEN SARA
SUB JEFE INSTITUCIONAL

DR. ROBERTO ROMERO ONOFRE
ASESOR DE LA JEFATURA

GERENCIA DE OPERACIONES

DR. PEDRO GRILLO ROJAS
GERENTE

EQUIPO TECNICO

DR. JOSE EMILIO ALDANA CARRASCO

DRA. MARIANELA DEL CARMEN SILVA CHICOMA

DRA. ANA CARMELA VASQUEZ QUISPE GONZALES

DR. JOEL BENEDICTO VILCHEZ GUTIERREZ

RESIDENTES DE GESTION EN SALUD - UNMSM

DRA. MARIBEL CASTRO REYES

DRA. JOYCE DESPOSORIO ROBLES

DRA. YUKIO MELINA DONGO ESQUIVEL

DRA. AMALIA MENA BENAVENTE

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	5
Reseña Histórica	6
I. Antecedentes	12
II. Objetivos	13
III. Metodología	13
IV. Análisis de los Resultados	14
Financiamiento de los servicios de salud	15
Aseguramiento a los de servicios de salud	15
Utilización de servicios de salud	19
Mortalidad Materna	21
Mortalidad Infantil	22
Morbilidad Infantil: Desnutrición	23
Gasto de bolsillo en servicios de salud	27
V. Conclusiones	34
VI. Recomendaciones	35

INTRODUCCIÓN

Mediante Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, el 09 de Abril del 2009 se establece el marco normativo que garantiza el derecho pleno de toda persona a la seguridad social en salud¹, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento; considerándose en el artículo 7° de la misma norma, al Seguro Integral de Salud como una institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), quien tiene como misión administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual conforme a la Política Nacional de Aseguramiento Universal en Salud, promoviendo el acceso con equidad de la población vulnerable y en situación de pobreza y extrema pobreza.

Este reto plantea nuevos diseños y mejores procesos destinados a reducir las brechas de aseguramiento en salud. Por ello es pertinente realizar una evaluación de los logros y dificultades observadas en los diferentes planes de cobertura que ha tenido el Seguro Integral de Salud durante el periodo 2002 al 2009.

En concordancia con los Objetivos del Desarrollo del Milenio, que constituyen un compromiso que el estado peruano asumió en el año 2000² se estableció como una estrategia importante de lucha contra la pobreza, implementar un modelo de aseguramiento público de la población más vulnerable, por ser la que presenta los mayores índices de enfermedad y mortalidad, entre dichos objetivos el SIS, contribuye al cumplimiento de los Objetivos siguientes:

- 1) Erradicar la Pobreza Extrema y el Hambre.
- 2) Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.
- 3) Mejorar la Salud Materna.
- 4) Combatir el VIH-SIDA, paludismo y otras enfermedades.

El presente documento tiene por finalidad evaluar el efecto de las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud en la salud de la población, además de contener los principales resultados de carácter descriptivo de las encuestas ENAHO; proporcionando información valiosa para establecer una línea basal en cuanto a los servicios más demandados por los hogares y que son pagados con el gasto de bolsillo en salud, complementando y enriqueciendo la información para la toma de decisiones; y creando a la vez la necesidad de realizar estudios posteriores que nos permitan identificar oportunidades de mejora.

¹ Ley N° 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

² Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de CUMPLIMIENTO Perú -2008 Resumen Ejecutivo.

RESEÑA HISTORICA.

La existencia de un limitado acceso a los servicios de salud debido a barreras económicas, ocasionó que 13.3 millones de peruanos en estado de extrema pobreza y pobreza se encontraran sin protección de salud al iniciarse la década del 2000. Ello motivó la aplicación de medidas de política de salud individual y colectiva con carácter de prioridad.

En el 2001, el programa que amplía la cobertura de atención de madres y niños pobres denominados Seguro Materno Infantil (SMI) se fusionó con el Seguro Escolar Gratuito (SEG) creándose la Unidad de Seguro Integral de Salud mediante Resolución Suprema 445-2001-SA del 31 del octubre del 2001; y para el año 2002 mediante Ley 27657 se crea el Seguro Integral de Salud, entidad que tiene como misión, administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, de conformidad con la Política del Sector.

Los Lineamientos de Política sectorial de Salud 2002 – 2012 aprobados por Resolución Suprema 014-2002-SA establece que el Ministerio de Salud (Lineamiento 2) "... promueve la atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (Seguro Integral de Salud EsSalud, otros)³".

El Seguro Integral de Salud ha evolucionado en sus planes de beneficios, tal es así que mediante el D.S. N° 003-2002-SA, se incorporó como prioridad las prestaciones de salud agrupadas en Planes: Plan A, niños de 0 a 4 años; Plan B, niños y adolescentes de 5 a 17 años y Plan C, gestantes. Estos planes se conformaron a partir del Seguro Materno Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG) que previamente se encontraban en operatividad.

Este decreto, establecía coberturas diferenciadas para los planes, con prioridad en el componente materno infantil (Planes A y C), para los cuales se contaba con una mayor amplitud de prestaciones a cubrir. Estos planes contemplaban las prestaciones mostradas en el Cuadro a.

Cuadro a
Prestaciones del Seguro Integral de Salud, D.S. N° 003-2002-SA.

PLAN A	PLAN B	PLAN C
Niño Afiliado Atención inmediata al recién nacido normal Control del recién nacido de bajo peso al nacer Atención en Consulta Externa al recién nacido Internamiento del recién nacido con patología Internamiento con intervención quirúrgica del recién nacido Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) del recién nacido Atención integral de salud en menores de 1 año Atención integral de salud en menores 2 a 4 años Suplemento de hierro Tratamiento antiparasitario Consejería en salud nutricional infantil	Niño Afiliado Consulta Externa Tratamiento antiparasitario Internamiento en establecimiento de salud Internamiento con intervención quirúrgica menor Internamiento con intervención quirúrgica mayor Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) Intervención quirúrgica ambulatoria Consulta por emergencia Consulta por emergencia con	Gestante Afiliada Control Prenatal (incluye Consejería en salud, nutrición, infantil y suplemento fierro) Consulta externa Internamiento en establecimiento de salud (no parto) Internamiento con intervención quirúrgica menor Internamiento con intervención quirúrgica mayor (no cesárea) Internamiento en cuidados intensivos (UCI) Intervención quirúrgica ambulatoria Atención de parto normal Cesárea

³ Resolución Jefatural 289-2006/SIS, que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2007-2011 del Seguro Integral de Salud.

Consulta Externa Internamiento en establecimiento de salud Internamiento con intervención quirúrgica menor en menores de 1 año Internamiento con intervención quirúrgica mayor en menores de 1 año Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) en menores de 1 año Consulta por emergencia Consulta por emergencia con observación Examen odontoestomatológico Obturación y curación dental simple Obturación y curación dental compuesta Extracción dental Sepelio Examen inmunológico de recién nacido de madre VIH positivo Examen inmunológico en recién nacido de madre RPR positivo Tratamiento de VIH - SIDA en niños Traslado de emergencia rural costa Traslado de emergencia rural sierra-selva Traslado de emergencia peri urbano Traslado nacional	observación Obturación y curación dental simple Obturación y curación dental compuesta Extracción dental Sepelio Traslado de emergencia rural costa Traslado de emergencia rural sierra-selva Traslado de emergencia peri urbano	Control de puerperio Consulta por emergencia Consulta por emergencia con observación Exámenes de laboratorio completo del embarazo sin HIV Exámenes de laboratorio completo del embarazo con HIV Obturación y curación dental simple Obturación y curación dental compuesta Transfusión sanguínea (1 o más unidades) Extracción dental Ecografía Sepelio Traslado de emergencia rural costa Traslado de emergencia rural sierra-selva Traslado de emergencia peri urbano Traslado nacional
---	---	--

Además se establecen exclusiones a los planes de cobertura. Los principales daños excluidos se presentan en el Cuadro b.

Cuadro b
Exclusiones del Plan de Beneficios SIS, D.S. Nº 003-2002-SA.

Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias Tumores (neoplasias) malignos Tumores (neoplasias) benignos Tumores (neoplasias) de comportamiento incierto o desconocido Anemias aplásicas y otras anemias Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas Trastornos de la glándula tiroides Diabetes Mellitus no insulino dependiente (en el adulto focalizado) Trastornos de otras glándulas endocrinas Otras deficiencias nutricionales (en los planes B, D y E) Obesidad y otros tipos de hiperalimentación, Trastornos metabólicos Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central Polineuropatías y otros trastornos del sistema nervioso periférico, Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos y otros trastornos del sistema nervioso Trastornos del cristalino y glaucoma Trastornos del nervio óptico y de las vías ópticas Enfermedades cardiacas reumáticas crónicas, Enfermedades hipertensivas, Enfermedades isquémicas del corazón. Enfermedades cerebrovasculares Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares Enf. De las venas, vasos y ganglios linfáticos, no clasificadas en otra parte Enfermedades del hígado Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo, Osteopatías y condropatías. Otros trastornos del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo Insuficiencia renal crónica Otros trastornos del riñón y del uréter Malformaciones congénitas de los órganos genitales Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte Secuelas traumáticas de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas Agresiones Complicaciones de la atención médica y quirúrgica Tratamiento de sida en mayores de 5 años Diabetes mellitus tipo II y sus complicaciones Trastornos mentales y del comportamiento, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, excepto las del listado (planes a) Complicaciones de la atención médica y quirúrgica Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causa externa Lesiones autoinflingidas Cirugía profiláctica, estética o cosmética, Atención por procedimientos de rehabilitación Riesgos por circunstancias socioeconómicas y sicosociales Problemas relacionados con el estilo de vida: tabaco, alcohol, drogas y otros Trasplante de órganos y tejidos, Implantes, injertos, dispositivos y dependencia de máquinas y otros

El plan de cobertura del SIS fue modificado por la R.M. N° 1014-2002-SA/DM, que establecía incluir dentro del Paquete de Atención Integral de Salud, para los niños de 0 a 4 años y niños y adolescentes de 5 a 17 años, las intervenciones de las patologías de algunas neoplasias (tratamiento médico y quirúrgico), anemias aplásicas, insuficiencia renal (Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal), malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas. Los diagnósticos señalados dejaron de ser exclusión (D.S. N° 003-2002-SA) y se constituyeron en parte de la cobertura de atención para niños y adolescentes.

Mediante R.M. N° 1090-2002-SA/DM se incorporó prestaciones de salud para los adultos en estado de pobreza sin seguro de salud en situación de emergencia y para los adultos focalizados por ley, que fueron agrupados en el Plan D y Plan E respectivamente.⁴

Posteriormente el D.S. N° 002-2004-SA, modificó el Anexo de las Exclusiones del Plan de Beneficios del SIS, establecidas en el D.S. N° 003-2002-SA, reduciendo el número de exclusiones para todos los planes (A, B, C, D y E). Las exclusiones establecidas en este decreto fueron:

Cuadro c

Daños Excluidos del SIS, D.S. N° 002-2004-SA que modifica el D.S. N° 003-2002-SA.

Tratamiento de SIDA en adultos
Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte
Secuelas traumáticas de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas
Lesiones autoinflingidas
Agresiones
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica
Cirugía profiláctica, estética o cosmética,
Atención por procedimientos de rehabilitación
Trasplante de órganos y tejidos
Implantes, injertos, dispositivos, prótesis y Dependencia de máquinas y otros
Atención fuera del territorio nacional

En el año 2006 se aprueba el D.S. N° 006-2006-SA, que amplía prestaciones del SIS para las poblaciones de la Amazonía y Alto Andina dispersa y excluida, las Víctimas de Violencia Social y los Agentes Comunitarios de Salud.

Dicho decreto establecía los planes del SIS: Plan A, niños de 0 a 4 años; Plan B, niños y adolescentes de 5 a 17 años; Plan C, gestantes; Plan D, Adultos en estado de pobreza y sin seguro de salud en situación de emergencia; Plan E, adulto focalizado y Plan G, Componente de Aseguramiento Semi Contributivo. Con respecto a los planes E, estos se sub clasificaban en:

Plan E1: Adultos focalizados determinados por norma legal vigente: Organizaciones Sociales de Base; Wawa Wasis; Lustradores de Calzado; Indultados Inocentes; y, las Víctimas de Violación de Derechos Humanos (contempladas en las Recomendaciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos).

Plan E2: Población Amazónica dispersa y excluida; Población Alto Andina dispersa y excluida; Agentes Comunitarios de Salud; y, las Víctimas de la Violencia Social, entre las que se encuentran las afectadas por las intervenciones anticonceptivas quirúrgicas (AQV) y sus familiares directos y, las víctimas de la violencia ocurrida durante el

⁴ Resolución Ministerial N° 1090-2002-SA/DM aprueba los planes de beneficios “D” y “E” del Seguro Integral de Salud para los adultos en estado de emergencia y adultos focalizados determinados por Ley.

período de mayo de 1980 a noviembre de 2000 (cuya clasificación y acreditación corresponde a la Secretaría Multisectorial de Alto Nivel, creada por Decreto Supremo N° 011-2004-PCM).

Cuadro d
Plan de Beneficios del SIS, D.S. N° 006-2006-SA.

PLAN A	PLAN B	PLAN C
Atención inmediata al recién nacido normal Control del recién nacido de bajo peso al nacer Atención en Consulta Externa al recién nacido Internamiento de recién nacido con patología Internamiento con intervención quirúrgica del recién nacido Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) del recién nacido Atención Integral de salud en menores de 1 año Atención Integral de salud en niños de 2 a 4 años Suplemento de hierro Tratamiento Antiparasitario Consejería nutricional niños en riesgo Consulta externa Internamiento en establecimiento de salud Internamiento con intervención quirúrgica menor en menores de 1 año Internamiento con intervención quirúrgica mayor en menores de 1 año Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) en menores de 1 año Consulta por emergencia Consulta por emergencia con observación Examen odontoestomatológico Obturación y curación dental simple Obturación y curación dental compuesta Extracción dental Examen inmunológico de recién nacido de madre VIH positivo Examen inmunológico de recién nacido de madre RPR positivo Tratamiento de VIH-SIDA en niños	Consulta externa Tratamiento Antiparasitario Internamiento en establecimiento de salud Internamiento con intervención quirúrgica menor Internamiento con intervención quirúrgica mayor Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) Intervención quirúrgica ambulatoria Consulta por emergencia Consulta por emergencia con observación Obturación y curación dental simple Obturación y curación dental compuesta Extracción dental	Control Prenatal (incluye consejería en salud, nutrición infantil y suplemento de hierro) Consulta externa Prueba diagnóstica de embarazo a mujer mayor de 18 años: Pregnosticación en orina Internamiento en establecimiento de salud (no parto) Internamiento con intervención quirúrgica menor Internamiento con intervención quirúrgica mayor (no cesárea) Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) Intervención quirúrgica ambulatoria Atención de parto normal Cesárea Control de puerperio Consulta por emergencia Consulta por emergencia con observación Exámenes de laboratorio completo del embarazo sin HIV Exámenes de laboratorio completo del embarazo con HIV Examen de laboratorio de HIV Obturación y curación dental simple Obturación y curación dental compuesta Transfusión sanguínea (1 o más unidades) Extracción dental Ecografía
PLAN D	PLAN E 1	PLAN E 2
Consulta por emergencia Consulta por emergencia con observación Internamiento en establecimiento de salud Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)	Consulta externa Atención en tópico Consulta por emergencia Consulta por emergencia con observación Internamiento en establecimiento de salud Internamiento con intervención quirúrgica menor Internamiento con intervención quirúrgica mayor Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) Transfusión sanguínea en caso de emergencia (1 ó más unidades)	Consulta externa Atención en tópico Consulta por emergencia Consulta por emergencia con observación Internamiento en establecimiento de salud Internamiento con intervención quirúrgica menor Internamiento con intervención quirúrgica mayor Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) Transfusión sanguínea en caso de emergencia (1 ó más unidades) Además se cubren los diagnósticos: Trastornos psicóticos agudos y transitorios Trastorno pánico (ansiedad paroxística Episódica), Trastornos psicóticos agudos y transitorios Trastorno pánico (ansiedad paroxística Episódica), Trastorno obsesivo-compulsivo Reacción al stress agudo

En forma posterior, mediante el D.S. N° 015-2006-SA, se modificó los anexos del D.S. N° 006-2006-SA, tanto en el cuadro de coberturas como el cuadro de exclusiones. Estas modificaciones contemplaron: ampliación de la cobertura de internamiento en establecimientos de salud para los niños hasta los 4 años, inclusión de las prestaciones de atención en tópico, atención médica especializada y atención extramural. Además, el D.S. N° 015-2006-SA detalló las prestaciones administrativas

que se establecían de forma general en el D.S. N° 006-2006-SA. Las mencionadas modificaciones se presentan en el Cuadro e.

Cuadro e
Modificaciones a los Planes de Beneficios del D.S. N° 006-2006-SA, establecidos en el D.S. N° 015-2006-SA

PLAN A	PLAN B	PLAN C
<p>Modificaciones a prestaciones: Internamiento con intervención quirúrgica menor del niño Internamiento con intervención quirúrgica mayor del niño Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI) del niño Intervención médico-quirúrgica ambulatoria Consulta por emergencia Consulta por emergencia con observación</p> <p>Se agregan las siguientes prestaciones: Transfusión médico sanguínea en emergencia Atención en Tópico Atención odontológica especializada Trabajo Extramural</p> <p>Se detallan prestaciones administrativas: Traslado de emergencia periurbano Traslado de emergencia rural costa Traslado de emergencia rural sierra – selva Traslado nacional de emergencia Sepelio</p>	<p>Se incluyen las siguientes prestaciones: Transfusión médico sanguínea en emergencia Atención en Tópico Atención odontológica especializada Trabajo Extramural</p> <p>Se detallan prestaciones administrativas: Traslado de emergencia periurbano Traslado de emergencia rural costa Traslado de emergencia rural sierra – selva Traslado nacional de emergencia Sepelio</p>	<p>Se incluyen las siguientes prestaciones: Atención en Tópico Atención odontológica especializada Trabajo Extramural</p> <p>Se detallan prestaciones administrativas: Traslado de emergencia periurbano Traslado de emergencia rural costa Traslado de emergencia rural sierra – selva Traslado nacional de emergencia Sepelio</p>
PLAN D	PLAN E 1 y E 2	
<p>Se incluyen las siguientes prestaciones: Internamiento con intervención quirúrgica mayor Transfusión médico sanguínea en emergencia</p> <p>Se detallan prestaciones administrativas: Traslado de emergencia periurbano Traslado de emergencia rural costa Traslado de emergencia rural sierra – selva Traslado nacional de emergencia Sepelio</p>	<p>Se unifican los planes E 1 y E 2 del D.S. N° 006-2006-SA, manteniendo la cobertura del Plan E 1 original. A las cuales se incluye para ambos grupos, la atención de los siguientes daños: Trastornos psicóticos agudos y transitorios Episodio depresivo Trastorno de pánico Reacción al estrés agudo, trastorno de estrés post-traumático</p> <p>Se detallan prestaciones administrativas: Traslado de emergencia periurbano Traslado de emergencia rural costa Traslado de emergencia rural sierra – selva Traslado nacional de emergencia Sepelio</p>	

En el D.S. N° 015-2006-SA establecía cobertura de atención en base a prestaciones no acotadas por diagnósticos; por tanto los asegurados de todos los planes tenían la posibilidad de ser atendidos por todo diagnóstico que no se encuentre excluido.

El mismo año, se emite una norma que amplía las prestaciones del Seguro Integral de Salud para la población de moto taxistas a nivel nacional, que establece consideraciones sobre la cobertura para dicho grupo dentro del Plan G, componente semi contributivo (SiSalud) de aquel entonces. No se hicieron modificaciones para los asegurados al componente subsidiado.

Luego de un periodo de 5 años en los cuales el SIS brindaba cobertura financiera en base a grupos de edad, se emite el D.S. N° 004-2007-SA, que aprueba el LPIS y, establece un listado de intervenciones, incluyendo atenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación, señalando además exclusiones específicas al plan. Asimismo se establece que el LPIS se aplica para 02 componentes de aseguramiento: el componente subsidiado y el semisubsidiado, dejando sin efecto los Planes A, B, C, D y E.

En el 2008, mediante la R.M. N° 277-2008/MINSA se estableció ampliaciones al LPIS, incorporándose el financiamiento de las atenciones de trasplante renal, y se eliminó algunas de las exclusiones, de esta manera el LPIS quedó definido de la siguiente manera:

Cuadro f

LPIS establecido por D.S. N° 004-2007-SA y modificado por R.M. N° 277-2008/MINSA.

<p>A. INTERVENCIONES PREVENTIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Imunizaciones en niños, adolescentes y adultos Atención Integral del Niño y Adolescente Prevención y detección de trastornos de agudeza visual y ceguera en niños Prevención de caries Salud reproductiva Control prenatal del embarazo Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA Detección de problemas de salud mental Atención para la detección precoz de neoplasia (mama, cuello de útero y próstata) Suplemento de micronutrientes para niños menores de 5 años y gestantes
<p>B. INTERVENCIONES RECUPERATIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención del recién nacido (normal y complicado) y prematuridad. Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (sólo incluye estrabismo y catarata), en adolescentes, adultos y adultos mayores (solo catarata). Atención del parto y puerperio normal. Atención del parto y puerperio complicado. DX y TX de las infecciones respiratorias agudas. DX y TX de la enfermedad diarreica aguda y parasitosis. DX y TX de enfermedades infecciosas y transmisibles. DX y TX de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas). DX y TX de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. DX y TX de las emergencias médicas y quirúrgicas, hasta su estabilización y/o hasta por un período de 30 días. Condiciones médicas agudas ap. digestivo (no oncológicas) Atención Quirúrgica desde primer nivel de atención, que incluye operación de labio leporino y paladar hendido en niños. Trasplante Renal para todas las etapas de vida
<p>C. INTERVENCIONES DE REHABILITACION</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.

Asimismo el D.S. N° 004-2007-SA, retira de las exclusiones al Tratamiento de SIDA en adultos (excluido en el D.S. N° 006-2006-SA), el cual pasa a ser cubierto por el LPIS dentro del grupo de enfermedades infecciosas y transmisibles.

Cuadro g

Exclusiones Específicas del LPIS, D.S. N° 004-2007-SA

<ul style="list-style-type: none"> Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte Secuelas traumáticas de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas Lesiones autoinflingidas Agresiones Complicaciones de la atención médica y quirúrgica Cirugía profiláctica, estética o cosmética, Atención por procedimientos de rehabilitación, donantes de órganos, personas en contacto en servicios de salud para procedimientos no realizados, convalecencia Implantes, injertos, dispositivos, prótesis y Dependencia de máquinas y otros Secuelas de causas externas de morbilidad Atención fuera del territorio nacional
--

A diferencia de los planes anteriores, el D.S. N° 004-2007-SA establece la cobertura de las atenciones en base a servicios prestacionales para el caso de algunas de las intervenciones y para otras, en base a grupos de patologías. En ese sentido, el LPIS precisa grupos de diagnósticos CIE-10 para las intervenciones definidas por grupos de daños.

En el caso de las intervenciones definidas en base a servicios prestacionales (tales como diagnóstico y tratamiento de las emergencias médicas y quirúrgicas, condiciones médicas agudas aparato digestivo y atención quirúrgica desde primer nivel de

atención), no se precisa diagnósticos; por lo tanto, en estas intervenciones los asegurados pueden ser atendidos por todo diagnóstico. Además, el D.S. N° 004-2007-SA establece la cobertura de los casos hasta el 100% para el componente subsidiado, sin establecer límite de gasto.

Basado en el D.S. N° 004-2007-SA y a la R.M. N° 316-2007/MINSA, el SIS formuló y aprobó la R.J. N° 060-2008-SIS/J modificada luego por la R.J. N° 149-2008/SIS. Bajo el criterio del numeral 3.3. de la R.M. N° 316-2007/MINSA, R.J. N° 149-2008/SIS y estableció los casos NO LPIS como aquellos que no se encontraban dentro de la cobertura del LPIS y no representaban exclusión.

La R.J. N° 149-2008/SIS, actualmente vigente en zonas donde no se aplica el Aseguramiento Universal define las coberturas del SIS de la siguiente manera:

Componente Semisubsidiado:

Para los niños, adolescentes, gestantes y adultos focalizados; LPIS + NO LPIS, excepto las exclusiones específicas.

Para los adultos no focalizados, LPIS + Anexo 2 de la Resolución Jefatural N° 149-2008/SIS

Componente Semisubsidiado:

Para los niños, adolescentes y gestantes; LPIS + NO LPIS, excepto las exclusiones específicas.

Para los adultos (hasta los 65 años), LPIS solamente.

Finalmente en el año 2009 se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento en Salud, y a fines de ese mismo año se aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud por Decreto Supremo 016-2009-SA, los documentos que sientan las bases del Aseguramiento de Salud en el Perú. Asimismo, se aprobó el Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, que brinda los cimientos para el funcionamiento de todo el Sistema de Salud enfocado en AUS.

I. ANTECEDENTES

El Seguro Integral de Salud se creó por Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, como Organismo Público descentralizado del Ministerio de Salud, calificado como Organismo Público Ejecutor mediante Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, cuya visión es ser la institución que integra y contribuye al Sistema de Aseguramiento Universal que garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud.

El Ministerio de Salud tiene dentro de la política nacional disminuir la mortalidad materna y perinatal, ante lo cual existe el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, aprobado mediante RM N° 207-2009/MINSA. Asimismo, el Seguro Integral de Salud tiene como objetivo estratégico “contribuir en la disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y morbilidad materna neonatal, de igual manera, uno de los objetivos generales es “garantizar el financiamiento oportuno de las prestaciones de salud, con prioridad en el segmento materno e infantil” (Plan Estratégico 2009-2011, aprobado en el 2009 mediante Resolución Jefatural N° 202-2009/SIS).

El Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2002-SA, señala que la Gerencia de Operaciones es el órgano de línea que propone, evalúa y supervisa los planes de beneficios por tipo de población. Asimismo, coordina con la Oficina de Planeamiento y Desarrollo, y

Gerencia de Financiamiento la oferta de beneficios en función a costos, tarifas, la oferta de establecimientos prestadores de servicios, así como los mecanismos de negociación.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto del financiamiento de las prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS) en los indicadores nacionales de salud considerados en el presente informe y el gasto de bolsillo, durante el periodo 2002-2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las relaciones de las prestaciones financiadas por el SIS con los indicadores nacionales de salud considerados en el presente informe.
- Describir las tendencias y la variación de la cobertura y prestaciones financiadas por el SIS.
- Describir la variación del gasto de bolsillo en función de las prestaciones en salud o servicios recibidos.
- Determinar la proporción que representa el gasto de bolsillo con relación a otras fuentes de financiamiento en salud.

III. METODOLOGÍA

Para la presente evaluación los datos han sido obtenidos de las siguientes fuentes:

- Informes Estadísticos del Seguro Integral de Salud, del año 2002 al 2009 elaborados del ARF-SIS y SIASIS.
- Boletines epidemiológicos Anuales, del año 2002 al 2009, de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.
- Base de Datos del Seguro Integral de Salud 2002 al 2009.
- Encuesta Nacional de Hogares 2003-2009.
- Informes de indicadores Nacionales del Ministerio de Salud.
- Indicadores Demográficos-Población INEI.
- Informe de Cuentas Nacionales. Perú, 1995-2005

Los indicadores Nacionales que se han considerado para el presente informe son los siguientes:

- Mortalidad Materna
- Mortalidad Infantil
- Morbilidad Desnutrición

Para la evaluación del Gasto de bolsillo en salud se realizaron los siguientes pasos:

- Se obtuvo la base de datos en SPSS de la Encuesta Nacional de Hogares de los años 2003 al 2009 del módulo salud y del módulo sumarias. No se consideró los datos del año 2002, por presentar solo datos del último trimestre.

- Se procedió a fundir y añadir variables de la base sumaria a la base de salud año por año; tomando en cuenta las variables “conglomerado”, “vivienda” y “hogar” como variables claves.
- Teniendo la fusión de la base salud y sumaria por años, de los años 2003 al 2009 y se procedió a fundir y añadir datos, obteniéndose una sola base consolidada.
- Se procedió a la preparación de datos para el análisis de gasto de bolsillo en el Perú:
 - Se revisó cada una de las variables y se le asignó la categoría correspondiente: nominal, ordinal o de escala.
 - Se identificaron los casos que pueden contener información duplicada y excluir dichos casos de los análisis o eliminarlos del archivo de datos.
 - Se realizó la identificación de códigos de valores perdidos (por ejemplo, 99 = No procede).
- Se elaboraron los cuadros en programa estadístico SPSS V.17 y gráficos en Excel resultantes de la combinación de las variables.
- Además se revisó el último informe de Cuentas Nacionales Perú, 1995-2005, obteniéndose datos de interés para el presente informe.
- Se realizó el análisis estadístico descriptivo de los datos más resaltantes en relación al gasto de bolsillo, financiamiento y cobertura del Seguro Integral de Salud en el país.

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Como resultado de la recolección y procesamiento de los datos obtenidos se analizaron los resultados, distribuyéndolos de la siguiente manera:

- Financiamiento de los servicios de salud
- Aseguramiento a los de servicios de salud
- Utilización de servicios de salud
- Indicadores Nacionales
 - Mortalidad Materna
 - Mortalidad Infantil
 - Desnutrición
- Gasto de Bolsillo en servicios de salud.

FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Tabla N° 1. Financiamiento de la atención en salud. Periodo 1995- 2005 (%)

Agentes	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Gobierno	25,2	26,0	23,1	24,3	24,3	24,1	28,1	28,7	28,9	30,7
Cooperantes externos	1,4	1,1	1,2	1,2	1,3	1,1	0,9	2,1	2,8	2,6
Donaciones internas	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Hogares	45,8	39,9	40,1	37,7	38,5	37,9	38,4	35,9	35,5	34,2
Empleadores	25,6	29,7	32,4	31,8	32,4	35	30,9	31,8	30,9	30,5
Otros	1,3	2,6	2,6	4,3	2,9	1,9	0,9	0,8	1,1	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total millones de nuevos soles	5.917	6.799	7.803	8.444	8.851	10.122	10.332	11.243	12.195	12.195
Total millones de nuevos soles de 1995	5.917	5.992	6.096	6.070	5.800	5.720	5.619	5.973	6.371	6.371
Total millones de dólares americanos	2.627	2.776	2.933	2.886	2.618	2.885	2.977	3.301	3.708	3.708

Elaborado por: MINSA – Oficina General de Planeamiento y Presupuesto - Observatorio de Salud – CIES

Fuente: Informe Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2005

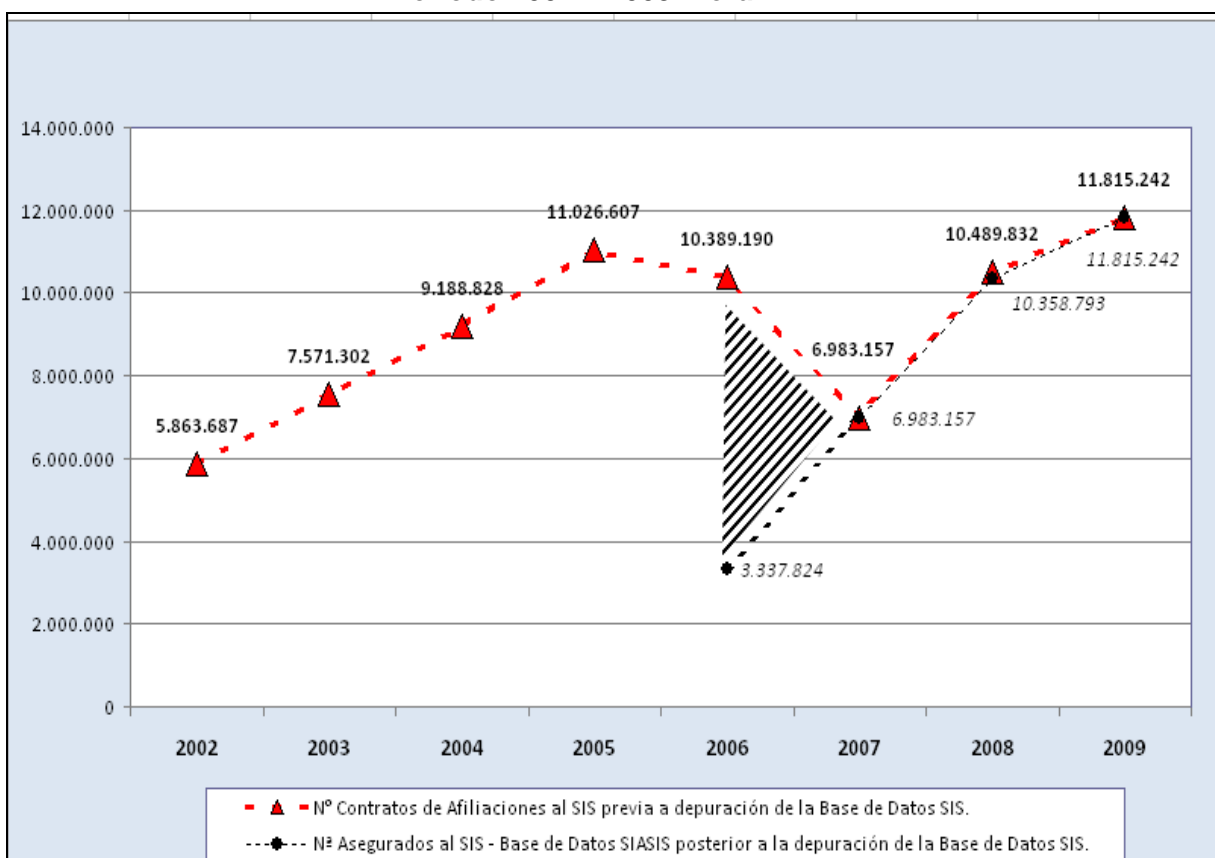
La tabla 1 nos muestra que los gastos en los servicios de salud en el periodo 1995 al 2005 han sido financiados principalmente con el gasto de bolsillo. No obstante, hacia la segunda mitad del decenio, se observa un incremento del financiamiento por parte del gobierno con recursos del tesoro público, de 25,2% a 30,7%, acompañado de una disminución del pago por los hogares de 45,8% a 34,2%. Posiblemente, este efecto se encuentre asociado a la aparición de seguros públicos: el inicialmente denominado Seguro Escolar Gratuito y seguros materno-infantiles, luego el Seguro Integral de Salud.

ASEGURAMIENTO A LOS DE SERVICIOS DE SALUD

Del 2002 a inicios del 2006, se contabilizaba el número de contratos de afiliaciones, de tal forma que un mismo asegurado dependiendo de su condición de salud o grupo etario podía registrar más de un contrato, en consecuencia, no había correspondencia entre el número de contratos y número de asegurados. Es en el año 2006 que se realizó una depuración de la base de datos, por lo que a partir del 2007 en adelante, se evidencia el real aumento de la cobertura de afiliación de la población al Seguro Integral de Salud, lo cual se vio también reflejado en la información brindada por el INEI en el año 2010. (Grafico N° 1)

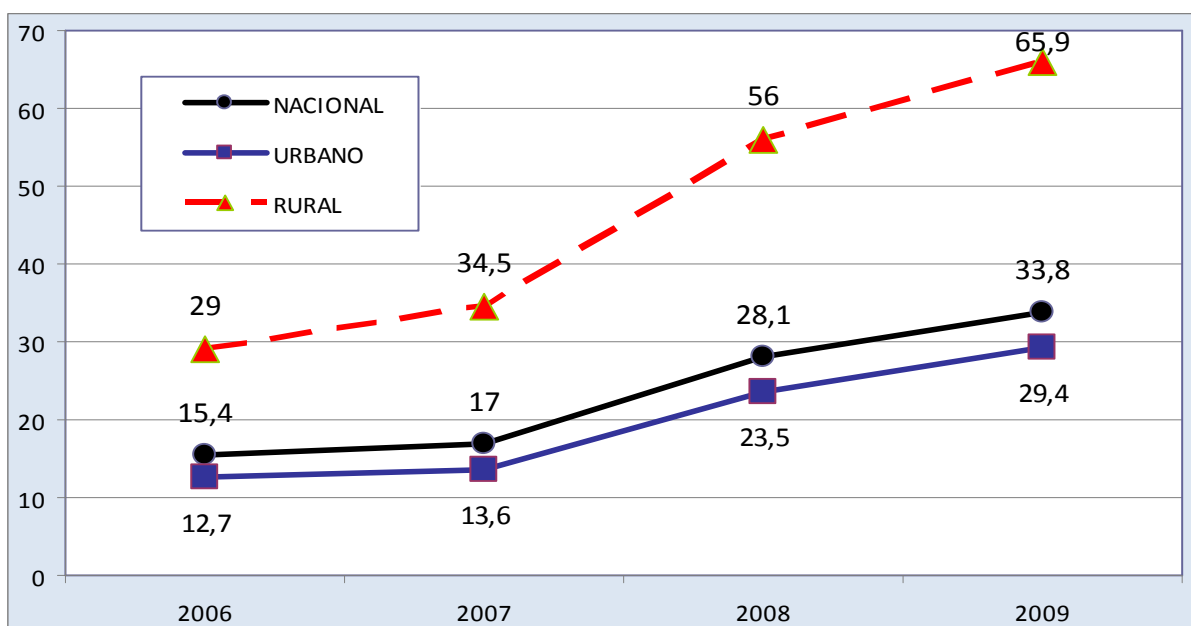
Cabe resaltar que el incremento en las afiliaciones se dio en mayor porcentaje en zonas rurales del país. (Grafico N° 2)

**GRÁFICO N° 1. Número de afiliados al SIS por año.
Período 2002 – 2009. Perú**



Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud
Fuente: Base de Datos SIASIS (SIS – Central)

Gráfico N° 2: Población Asegurada al SIS, Perú 2006 - 2009 (En Porcentajes)



Elaborado por: MINSA- 2010
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2004 - 2010.

La Tabla Nº 2 muestra el comportamiento de las afiliaciones de los Seguros Públicos y Privados desde el año 2003 hasta el 2009 a nivel nacional, siendo evidente el incremento progresivo de los afiliados al Seguro Integral de Salud durante el periodo de análisis, no existiendo mucha variación en las demás aseguradoras. La Ley Nª 29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud, promoverá aún más el aumento de afiliados a nivel de todas las IAFAS debido a la implementación del proceso de aseguramiento universal en nuestro país

Tabla Nº 2. Afiliados según aseguradoras. Periodo 2003- 2009

	Año													
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESSALUD (antes IPSS)	8783	15.9%	11652	16.4%	13323	15.6%	14610	16.5%	16723	17.9%	16202	18.1%	16965	18.8%
Seguro Privado de Salud	526	1.0%	682	1.0%	849	1.0%	892	1.0%	1159	1.2%	1139	1.3%	1168	1.3%
Entidad Prestadora de Salud	59	.1%	57	.1%	89	.1%	80	.1%	184	.2%	196	.2%	224	.2%
Seguro FFAA - PNP	915	1.7%	1014	1.4%	1173	1.4%	1225	1.4%	1458	1.6%	1301	1.5%	1352	1.5%
Seguro Integral de Salud	149	.3%	8093	11.4%	15392	18.0%	17161	19.4%	19808	21.2%	31080	34.7%	37524	41.6%
Seguro Universitario	13303	24.1%	5217	7.3%	179	.2%	185	.2%	288	.3%	311	.3%	329	.4%
Seguro Escolar Privado	55	.1%	80	.1%	53	.1%	57	.1%	56	.1%	47	.1%	42	.0%
Otro	90	.2%	64	.1%	77	.1%	98	.1%	171	.2%	175	.2%	183	.2%
NO ESTA AFILIADO	31995	58.0%	44859	63.2%	55089	64.4%	55015	62.1%	54341	58.3%	40074	44.7%	33289	36.9%

Elaboración por Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud.

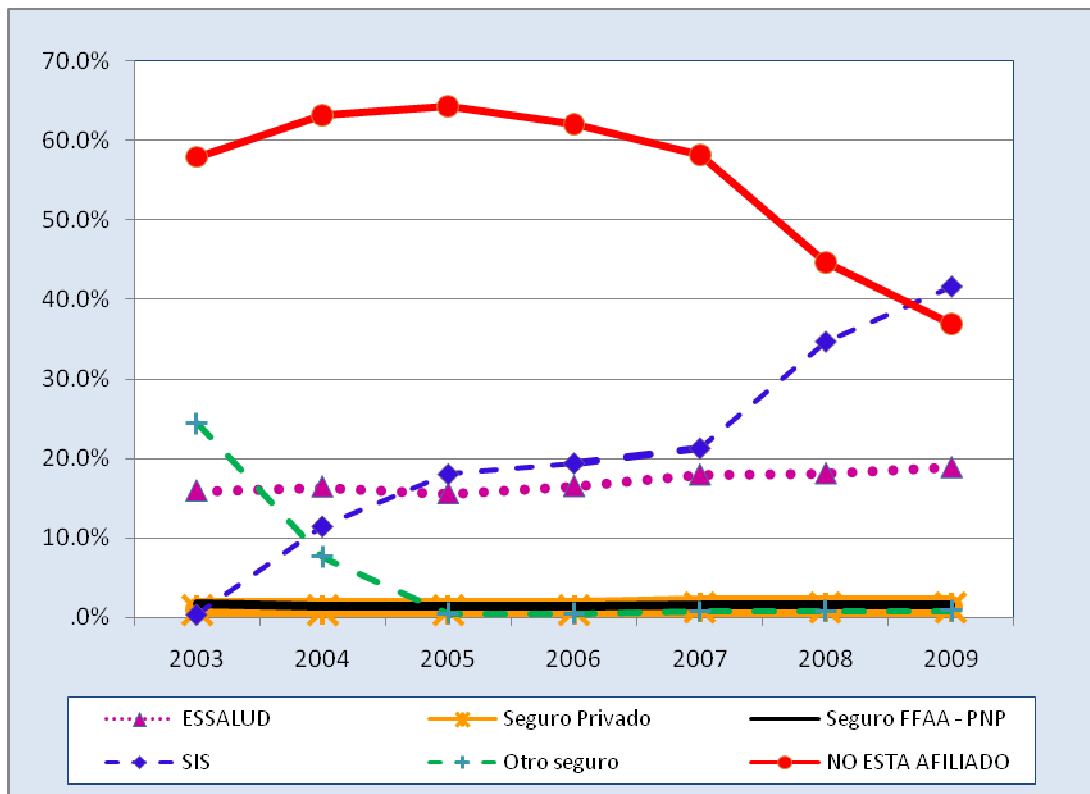
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

El Seguro Integral de Salud incrementó la intensidad de afiliación durante los años 2006 al 2009 que en promedio fue 26.98% comparadas con el promedio de crecimiento de las afiliaciones de los años 2003 a 2004 (5.85%).

En el 2009, se observa que un 36.9% de personas refieren no estar afiliados a ningún seguro.

El Gráfico N° 3 representa las tendencias de los seguros durante el periodo 2003-2009, observándose un descenso en la tendencia de los no asegurados a partir del 2007; lo cual es inversamente proporcional al aumento de la cobertura del Seguro integral de Salud.

**Gráfico N° 3: Tendencia de Aseguramiento según tipo de seguro.
INEI - Perú, 2003 - 2009**

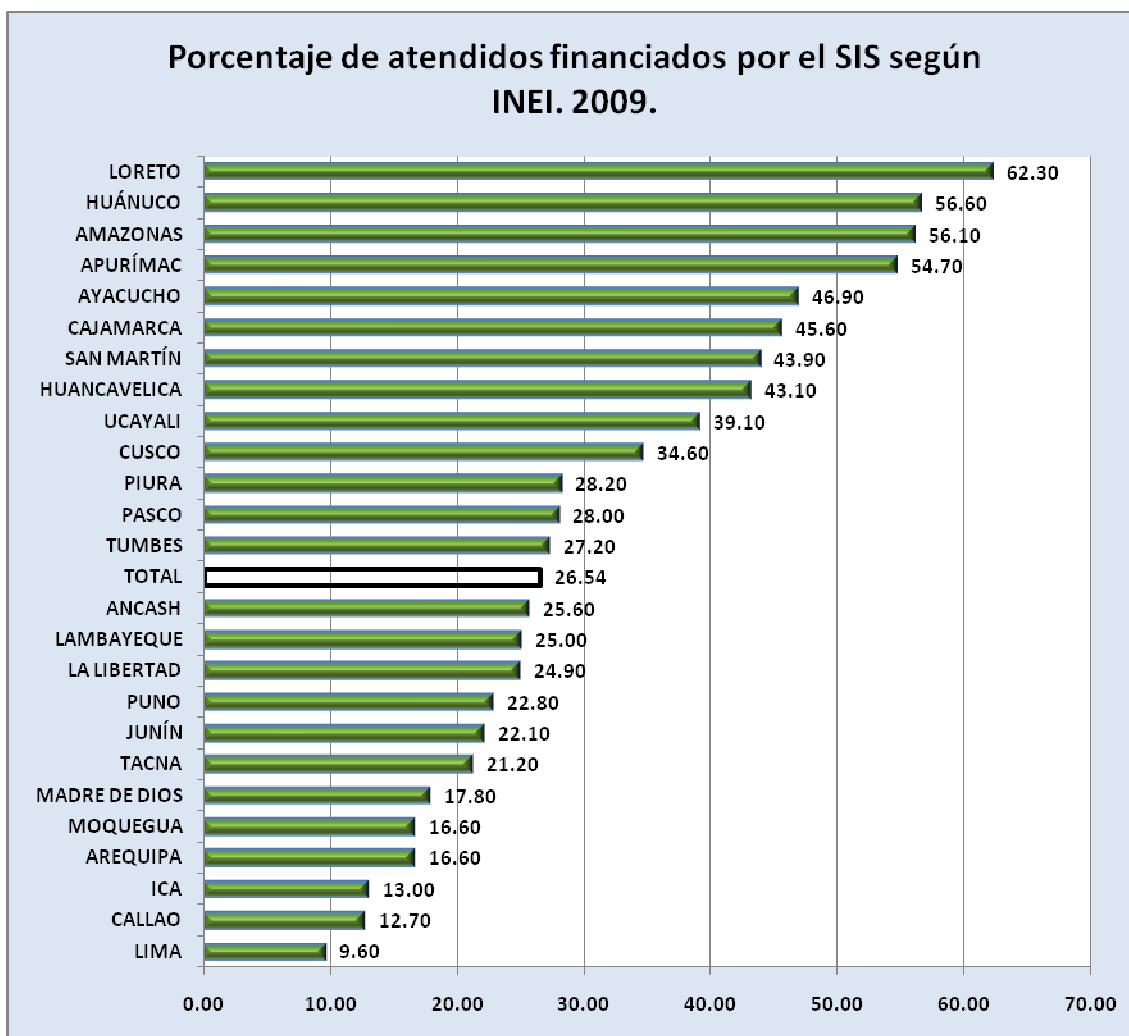


Elaboración por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

En el Grafico N° 4, se observa el número de pacientes atendidos por región durante el año 2009 y que han sido financiados por el SIS, en términos generales el 26.54% de la población nacional ha sido atendida por el SIS.

Grafico N°4

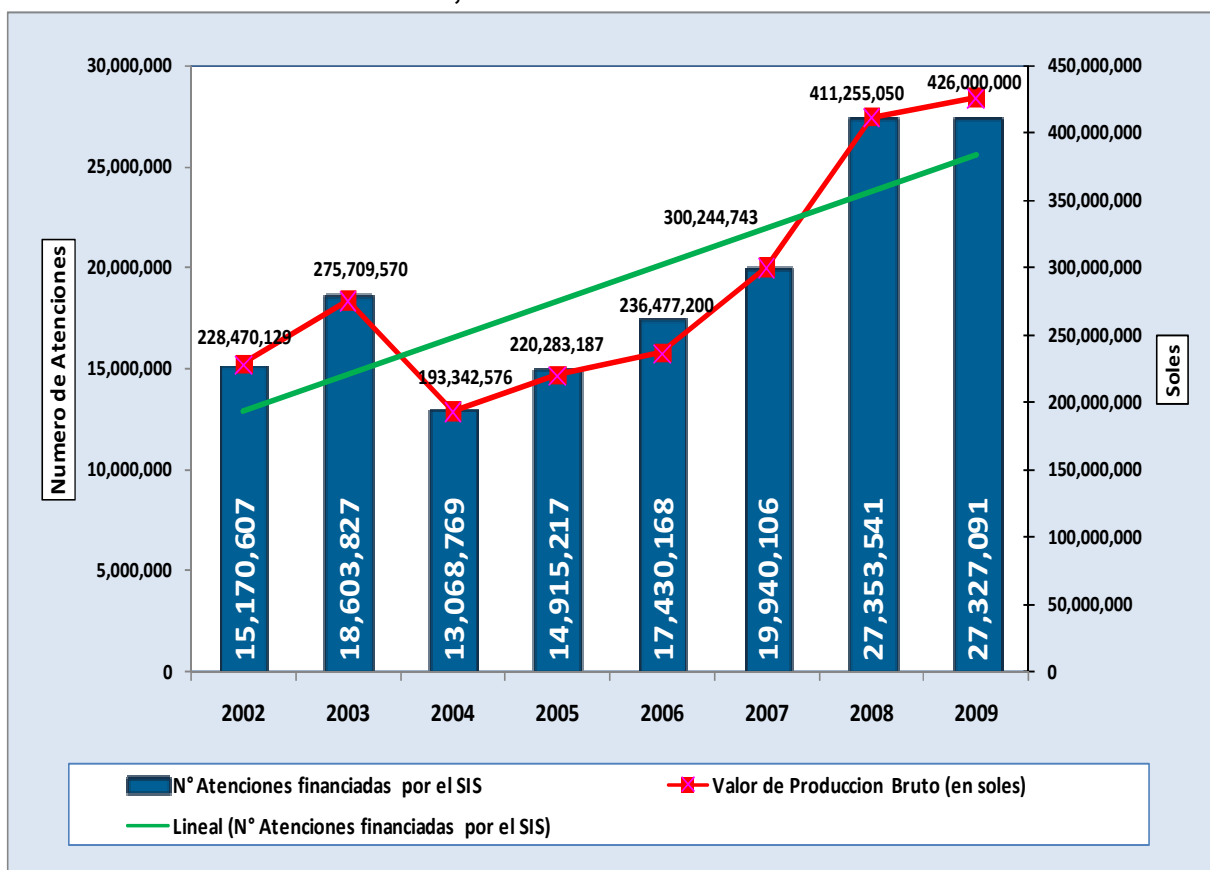


Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud.

Fuente: Base de Datos SIS/INEI

En el Grafico N° 5, se observa en relación a las atenciones financiadas por el SIS, que el 2002 registró un total de 15'170,607 atenciones. Durante los siguientes años se observa una tendencia creciente, llegando en el 2009 a registrar 27,327,091 de atenciones. Este dato se correlaciona con la tendencia creciente del Valor de Producción Bruto en soles, con lo cual inferimos que el SIS efectivamente ha aumentado su financiamiento en los últimos 05 años, lo que es más evidente desde el 2008.

GRÁFICO N° 5.
Número de atenciones por el SIS y Valor en soles de Producción Bruto.
Perú, Período 2002 – 2009.



Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud
Fuente: Base de Datos SIASIS (SIS – Central)

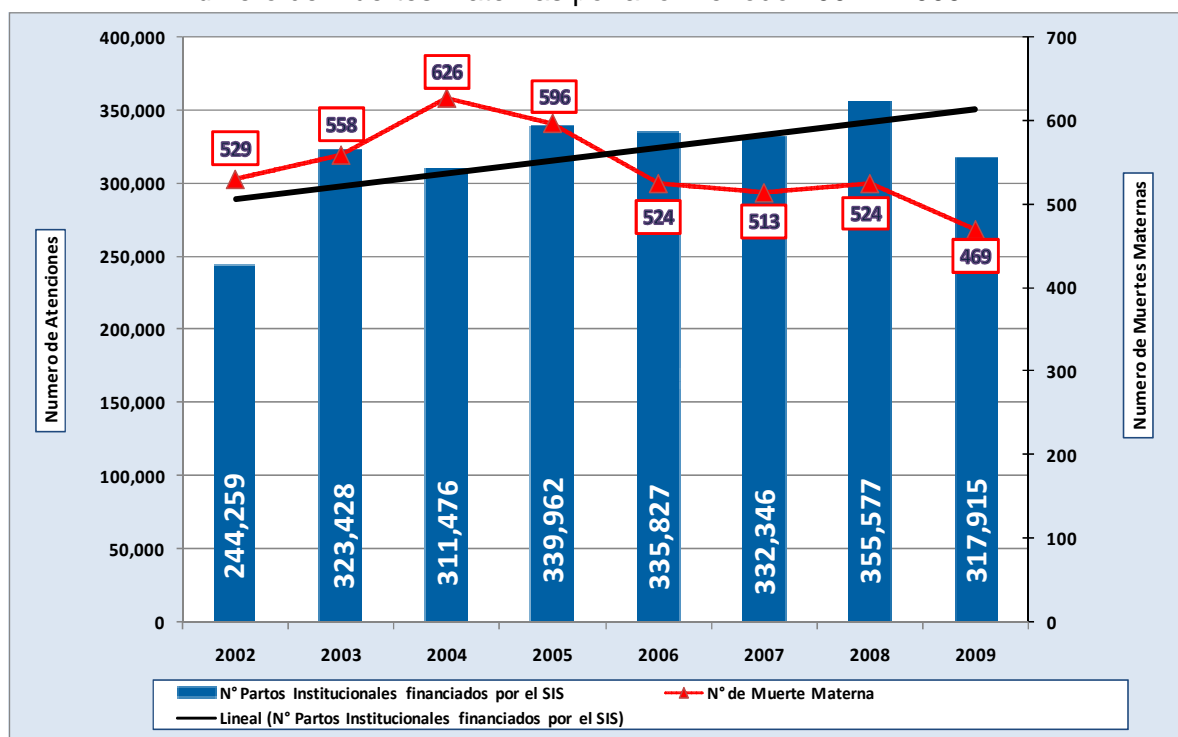
INDICADORES NACIONALES

MORTALIDAD MATERNA

El Perú se ha sumado a los distintos compromisos internacionales que han señalado la reducción de la Mortalidad Materna como un meta clave del desarrollo, entre los que cabe señalar la Iniciativa de la Maternidad Segura, Nairobi (1987), la Cumbre de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (1995), la Declaración del Milenio y sus Metas (2000), y la Sesión Especial de la Asamblea General sobre la Niñez (2002). En la Cumbre del Milenio celebrada en el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se exhorta a reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015. La tasa de Mortalidad Materna actual es de 103 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

En el Gráfico N° 6, se consideró el número de muertes maternas reportadas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA⁵ del periodo 2002 al 2009 relacionándolo con la cobertura de partos institucionalizados financiados por el SIS. Asimismo, la cobertura de los partos institucionales financiados por el SIS muestra una tendencia creciente a lo largo de los años, mientras que el número de muertes maternas tiende a decrecer.

GRÁFICO N° 6. Número de partos institucionales financiados por el SIS versus el número de muertes maternas por año. Período 2002 – 2009.



Elaborado por Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud

Fuente: Base de Datos SIASIS (SIS – Central)

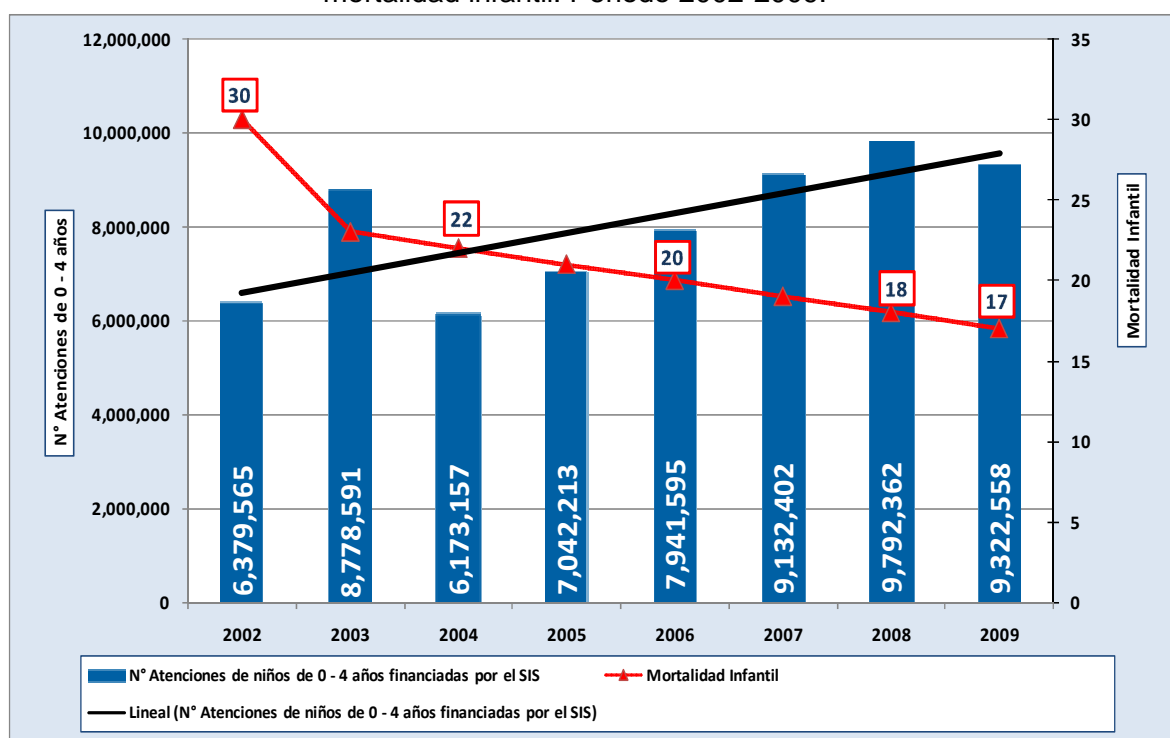
⁵ Boletín Epidemiológico Volumen 18, Número 52, 2009/Semana epidemiológica 52 (al 02 de enero de 2010) MINSA.

MORTALIDAD INFANTIL

En la última década ha habido un incremento en el acceso a los servicios de saneamiento básico, cambios en el estilo de vida de la población y mayor oferta de servicios de salud en el primer nivel de atención, reforzado por la implementación del Aseguramiento Universal en Salud, lo que ha permitido incrementar el acceso de la población de pobreza y pobreza extrema a los servicios de salud y mejorar los indicadores de salud como el de mortalidad infantil, mediante el control de infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas e inmunoprevenibles.

Para el análisis de la mortalidad infantil, se contaron con los datos de esta tasa reportada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, y en el caso de los datos del SIS sólo se contó con las atenciones de niños de 0 a 4 años. Al hacer la asociación, se observa que a los largo de los años hay un evidente incremento de las atenciones a niños de 0 a 4 años, y que probablemente se relaciona con la disminución de la mortalidad infantil. (Gráfico N° 07)

GRÁFICO N° 07. Atenciones de niños de 0 a 4 años financiadas por el SIS versus mortalidad infantil. Periodo 2002-2009.



Elaborado por: Gerencia de Operaciones

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Base de Datos SIASIS (SIS – Central)

MORBILIDAD INFANTIL

DESNUTRICIÓN

Teniendo en cuenta que el estado nutricional de los niños está estrechamente relacionado a mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad, el Estado tiene como política nacional del sector disminuir esta condición, trazándose como meta para el 2011 llegar a un 16%.^{6 7}

Uno de los problemas que condiciona a la Desnutrición en los países de la región es el desequilibrio de la composición de dieta, esto se expresa en la falta de micronutrientes (hierro, yodo, zinc y vitamina A).

La tasa de desnutrición crónica ha disminuido en los últimos cinco años a nivel nacional, estando actualmente en 19 según lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática al 2009.⁸

Dentro de las intervenciones para disminuir la desnutrición está la suplementación con hierro, prestación que se implementó masivamente en los últimos años de acuerdo a lo normado por el Ministerio de Salud.⁹

⁶ Plan Nacional Concertado de Salud. Julio 2007. Ministerio de Salud.

⁷ Plan Estratégico Multianual de Salud 2008 – 2011. (PESEM). Ministerio de Salud.

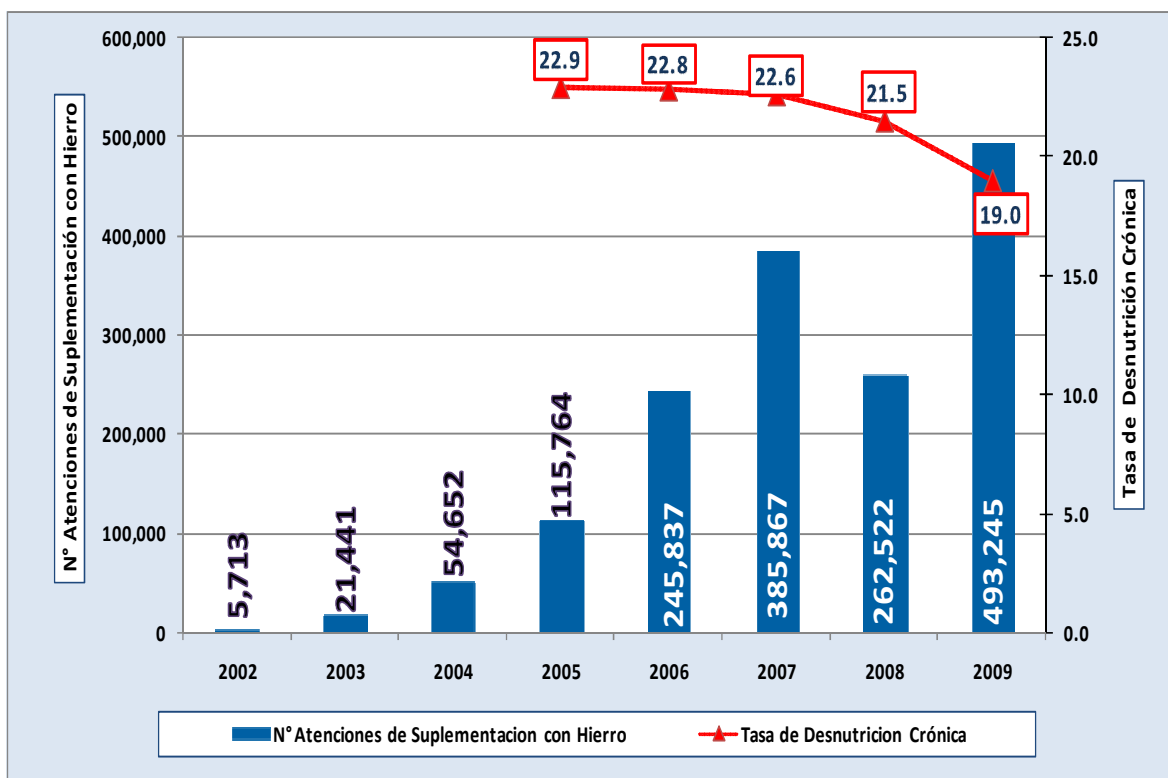
⁸ ENDES 2009 – Instituto Nacional de Estadística e Informática.

⁹ Norma Técnica de Salud N° 040- MINSa-DGSP V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño, aprobada con Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSa

A partir del 2006 se evidencia el incremento de la suplementación con hierro en niños; y desde el 2008 el reporte de esta prestación se le añade la suplementación con ácido fólico. Así, la disminución de la tasa de prevalencia de desnutrición crónica podría tener alguna asociación con el incremento de esta prestación, cubierta por el Seguro Integral de Salud. (Grafica N° 08)

GRÁFICO N° 08.

La desnutrición crónica a nivel nacional y la suplementación con hierro en niños. SIS 2002-2009.

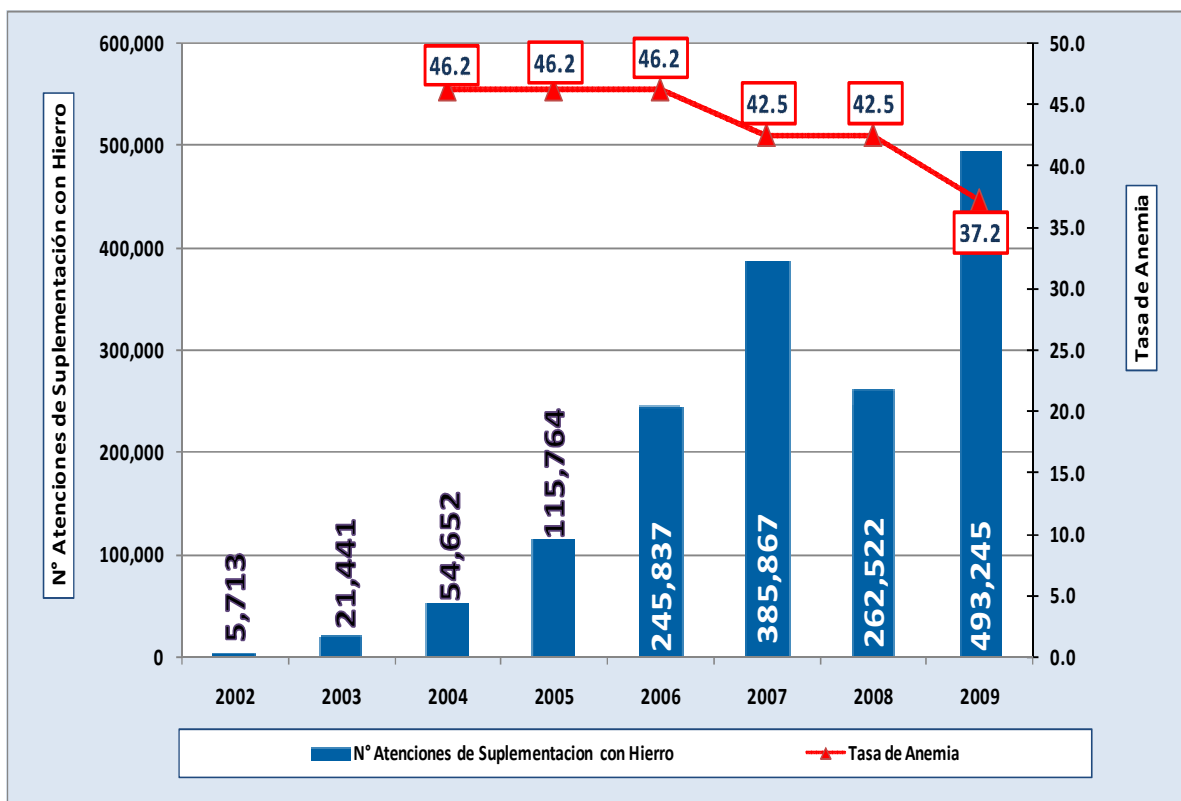


Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud

Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar/ Base de Datos SIS – Central

Al relacionar la suplementación con hierro y la prevalencia de anemia a nivel nacional, se evidencia una posible asociación entre el incremento de la suplementación con hierro y la disminución de la prevalencia de anemia. (Grafico N° 09)

GRÁFICO N° 09. La prevalencia de anemia a nivel nacional y la suplementación con hierro en niños. SIS 2002-2009.

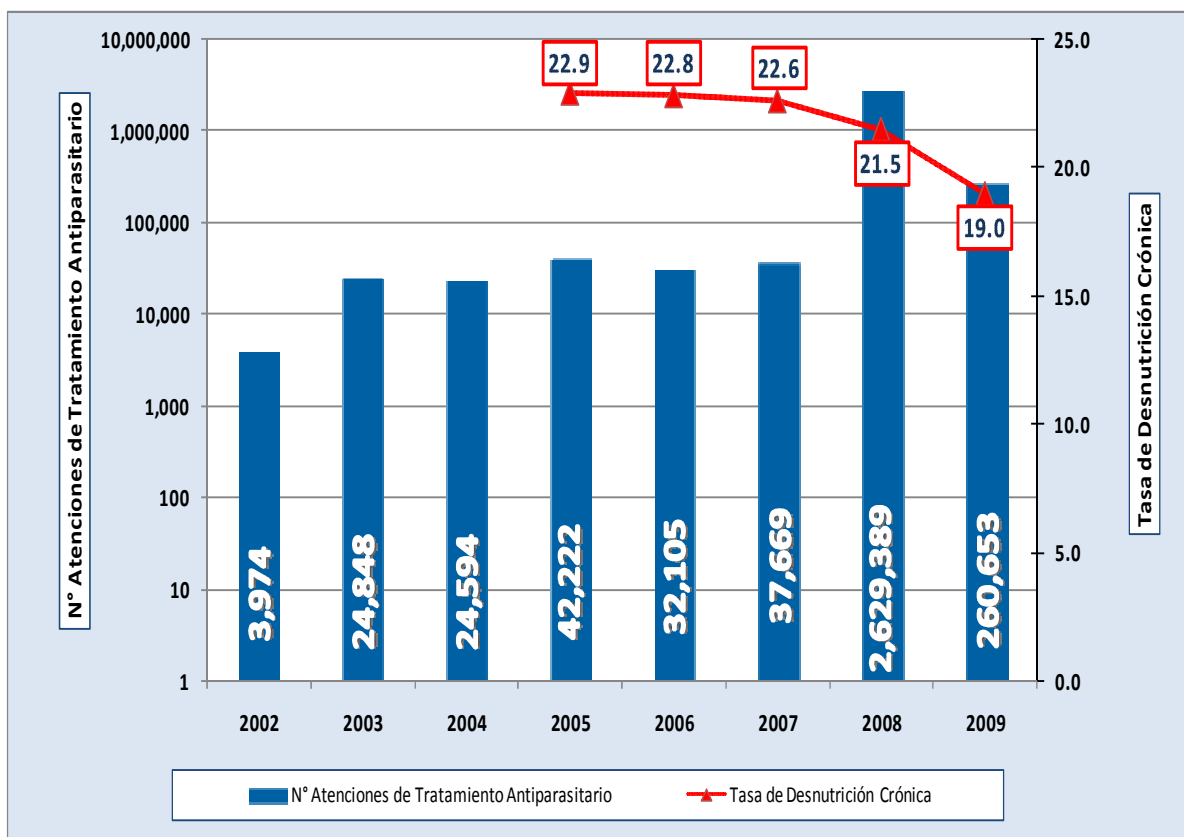


Elaborado por Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud

Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar/ Base de Datos SIS – Central

En relación al tratamiento antiparasitario en niños, se evidencia una tendencia algo creciente de esta prestación que podría correlacionarse con la disminución de la tasa de prevalencia de desnutrición crónica. (Gráfica N° 10).

GRÁFICO N° 10. Tasa de Desnutrición Crónica y el Tratamiento antiparasitario en niños. SIS 2002-2009.



Elaborado por Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud.

Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar/ Base de Datos SIS – Central

GASTO DE BOLSILLO EN SERVICIOS DE SALUD

El gasto en salud es el resultado del gasto de los recursos económicos destinados a la promoción, prevención y prestación del servicio de salud. También se incluye los gastos en administración, capacitación de los recursos humanos y la investigación aplicada en salud.¹⁰

Los gastos en salud al año 2005 fueron cubiertos por el MINSA en un 27.2%, seguido por EsSalud con un 26.7% y de los prestadores privados lucrativos con un 21%. El gasto en farmacia presentó un descenso del 10.6% desde el año 1995 al 2005.¹¹ (Tabla N° 3)

Tabla N° 3. Gasto en salud, según prestadores de Servicios de Salud. Periodo 1995- 2005 (%)

Prestadores	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
MINSA nacional	25,4	27,4	24,9	27,1	25,4	26,1	25,4	26,2	27,0	27,2
EsSalud	20,8	19,7	20,4	22,8	25,7	25,1	26,7	26,6	26,3	26,7
Sanidades	5,0	4,6	4,4	4,6	4,3	4,1	4,2	4,6	4,2	4,5
Otros públicos (municipios, beneficencias)	0,8	0,6	0,4	0,4	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4
Privados no lucrativos	1,5	1,3	1,5	1,7	1,8	1,6	1,5	1,6	1,6	1,5
Privados lucrativos	18,3	19,2	21,1	20,8	22,0	23,2	20,0	21,3	21,2	21,0
Privados lucrativos-EPS						0,4	3,1	2,8	2,9	2,8
Farmacias	24,9	23,8	24,2	19,9	18,0	17,7	17,5	15,0	15,1	14,3
Administradoras de Fondos	3,3	3,4	3,1	2,7	2,5	1,7	1,6	1,9	1,5	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: MINSA – Oficina General de Planeamiento y Presupuesto - Observatorio de Salud – CIES
Fuente: Informe Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2005

Los hogares gastan principalmente en farmacias y en prestadores privados. Durante el período, se aprecia el cambio dentro del gasto de los hogares entre el primer y el segundo lugar: la compra directa en farmacia pasa al segundo lugar, de 49,8% a 40,1%, y se eleva el gasto en prestadores privados al primer lugar, de 34,0% a 43,3%. El gasto efectuado dentro de los prestadores públicos se eleva hasta duplicarse de 5,6% a 11,6%. (Tabla N° 4)

¹⁰ Análisis de la Situación de Salud del Perú 2010 – Dirección General de Epidemiología – MINSA.

¹¹ Cuentas Nacionales de Salud Perú, 1995-2005 - Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA - Observatorio de la Salud-CIES

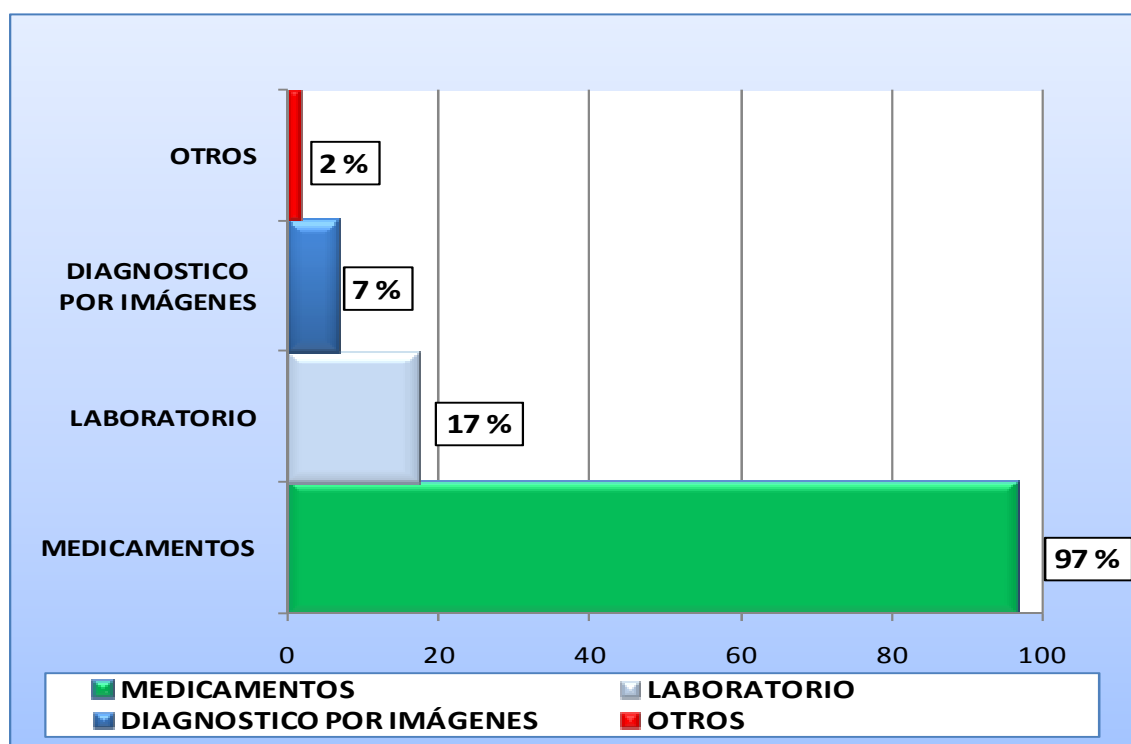
Tabla N° 4. Destino del financiamiento del gasto en bolsillo en Servicios de Salud. Periodo 1995- 2005 (%)

Destino	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Directamente en farmacias/ boticas	49,8	54,2	53,0	46,8	44,8	45,1	43,2	39,1	39,4	40,1
Prestadores privados	34,0	35,8	38,0	40,3	41,0	37,9	38,0	42,7	43,9	43,3
Prestadores públicos	5,6	7,3	6,4	10,0	10,8	12,0	15,2	12,7	11,9	11,6
Adquisición de seguros privados	1,5	1,9	1,9	2,2	2,4	2,1	1,1	2,8	2,3	2,4
Prestadores privados EPS					0,3	1,9	0,4	0,5	0,4	0,3
Aportes a EsSalud	9,1	0,8	0,7	0,7	0,7	1	2,0	2,2	2,2	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total estimado millones de soles	2.709,0	2.710,0	3.131,0	3.185,0	3.402,0	2.430,0	3.882,8	3.705,1	3.989,8	4.176,2
Total estimado millones de dólares	1.203,0	1.107,0	1.177,0	1.089,0	1.006,0	985,0	1.104,2	1.065,1	1.169,0	1.267,1

Elaborado por: MINSA – Oficina General de Planeamiento y Presupuesto - Observatorio de Salud – CIES
Fuente: Informe Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2005

En el grafico N° 11, se evidencia que del total de la población que accedió a consulta médica, al mayor porcentaje de ellos, se le prescribió medicamentos (Destino del gasto 97%), seguido de Exámenes de Laboratorio con 17%; el menor porcentaje fue para Diagnóstico por Imágenes y otros, de 7% y 2% respectivamente.

GRÁFICO N° 11. Destino del Gasto Promedio en Servicios de Salud de la población que accedió a ser atendida en Consulta Externa según ENAHO 2003 - 2009.



Elaborado por: Gerencia de Operaciones
Fuente: ENAHO 2003 – 2009

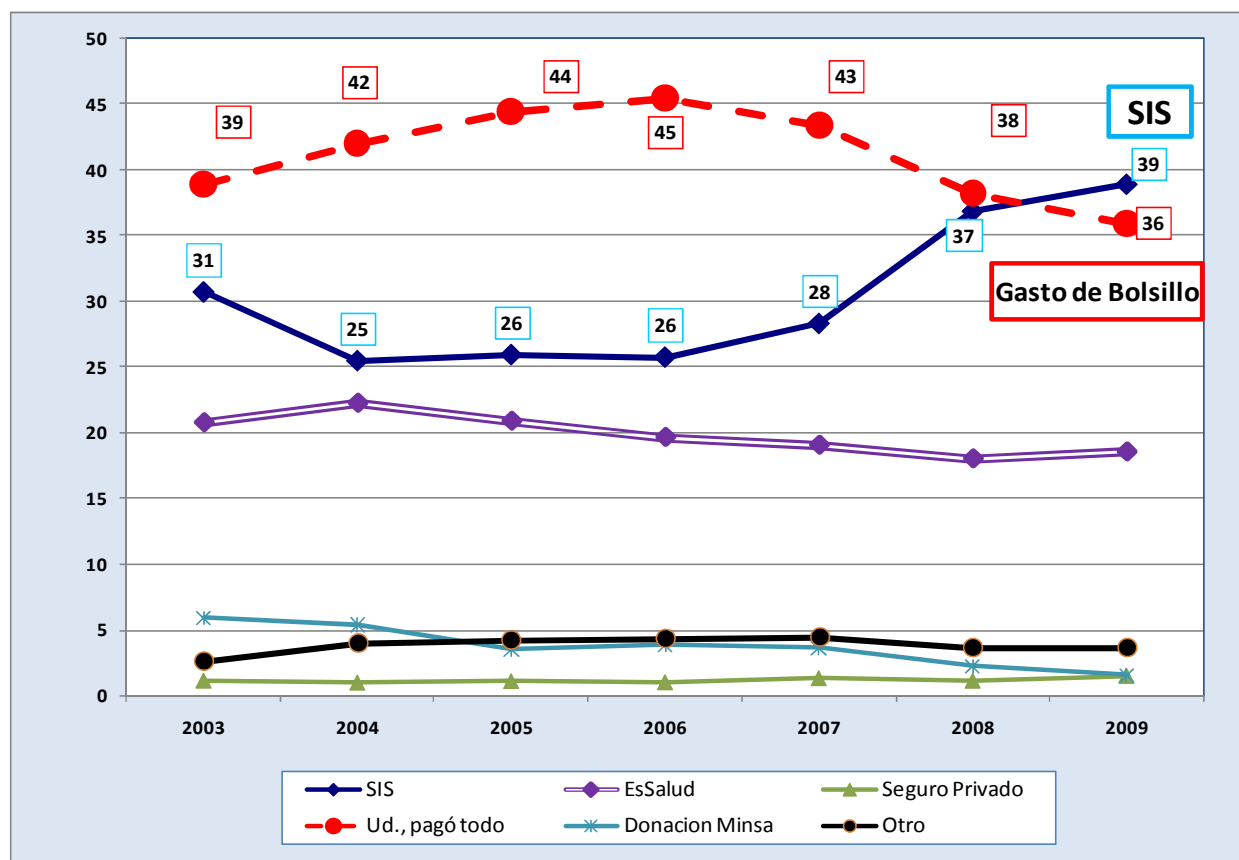
Para la construcción del indicador gasto en salud por cada uno de los financiadores se tomaron en cuenta las variables: Gasto en Consulta Externa, Gasto en Medicamentos, Gasto en Análisis de Laboratorio, Gastos en Servicios de Diagnóstico por Imagen y Gasto en Otros Servicios. (Gráfico N° 12)

Tomando en cuenta que el SIS financia costos variables, es decir medicamentos e insumos y las vacunas, el control del niño, los anticonceptivos y los controles de embarazo, son prestaciones que utilizan recursos estratégicos que son financiados por las Estrategias Sanitarias; asimismo, las prestaciones como, atenciones de parto, hospitalización y/o intervención quirúrgica son reembolsadas por consumo de medicamentos e insumos; es por ello que no han sido consideradas en el análisis.

Además, se evidencia la tendencia del gasto general de los servicios de salud según ENAHO. El SIS en el 2007 financiaba el 28% de los gastos generales en salud de la población consultada, mientras que en el 2009 financió el 39 %. Asimismo el gasto de bolsillo financió en el 2007 el 43% del desembolso en servicios de salud, mientras que en el 2009 el 36 %.

El análisis de la tendencia del gasto de salud en el periodo 2003 al 2008, señala que el mayor financiador ha sido el gasto de bolsillo, que desde el 2007 tiene una marcada tendencia a disminuir coincidentemente el SIS desde el mismo año tiene una marcada tendencia a aumentar, mientras que los demás financiadores se mantiene constantes en el tiempo. Esto indica que uno de los motivos del descenso del gasto de bolsillo ha sido el aumento del financiamiento por parte del Seguro Integral de Salud.

Gráfico N° 12. Tendencia del Gasto General de los servicios de salud según ENAHO 2003- 2009



Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud.
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

En el 2009 el principal financiador de la atención en Consulta Externa es el Seguro Integral de Salud, con 41.2%; seguido del pago de bolsillo con 31.1% y por EsSalud con 16.5%. Los seguros privados no alcanzan el 1%. (Tabla N°5)

Tabla N° 5. Pago de los servicios de Consulta Externa según Prestadores de Servicios de Salud. Periodo 2003- 2009

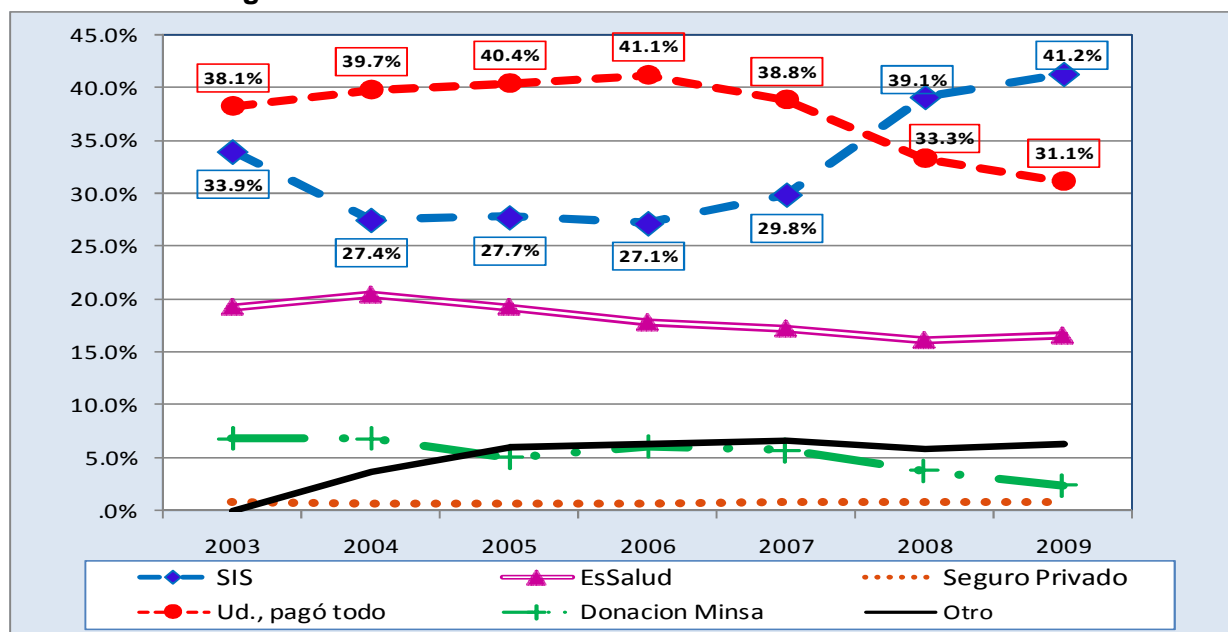
	Año													
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El seguro integral de salud pago todo	3592	33.9%	3112	27.4%	3334	27.7%	3614	27.1%	4607	29.8%	6293	39.1%	6981	41.2%
El seguro integral de salud pago una parte	43	.4%	61	.5%	30	.2%	31	.2%	41	.3%	58	.4%	92	.5%
EsSalud pagó todo	2042	19.3%	2319	20.5%	2321	19.3%	2369	17.8%	2652	17.2%	2588	16.1%	2795	16.5%
EsSalud pagó parte	35	.3%	45	.4%	38	.3%	55	.4%	62	.4%	76	.5%	86	.5%
Seguro privado pagó	85	.8%	73	.6%	84	.7%	79	.6%	115	.7%	122	.8%	140	.8%
Seguro privado pagó una parte	32	.3%	36	.3%	36	.3%	39	.3%	68	.4%	53	.3%	86	.5%
Ud., pagó todo	4042	38.1%	4503	39.7%	4860	40.4%	5479	41.1%	5985	38.8%	5362	33.3%	5259	31.1%
Donacion Minsa	726	6.9%	776	6.8%	613	5.1%	812	6.1%	882	5.7%	616	3.8%	411	2.4%
Otro	0	.0%	414	3.7%	727	6.0%	843	6.3%	1029	6.7%	947	5.9%	1082	6.4%

Elaborado por: Gerencia de Operaciones

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

La tendencia de pago de Consulta Externa por SIS evidencia una tendencia creciente a partir del año 2007, donde la población consultada indicaba que las atenciones ambulatorias eran financiadas en un 29.8% y llegando a un 41.2% para el año 2009. (Grafico N° 13)

Gráfico 13. Tendencia del gasto de bolsillo en el pago de los servicios de Consulta según Prestadores de Servicios de Salud. Periodo 2003- 2009.



Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

Para el año 2009 el principal financiador de las medicinas fue el gasto de bolsillo con 36.5%; seguido por el Seguro Integral de Salud con 35.4% y por EsSalud con 13.9%. El pago de las medicinas por los seguros privados no alcanza al 1%. (Tabla N°6)

Tabla N° 6. Pago de Medicinas según Prestadores de Servicios de Salud. Periodo 2003- 2009

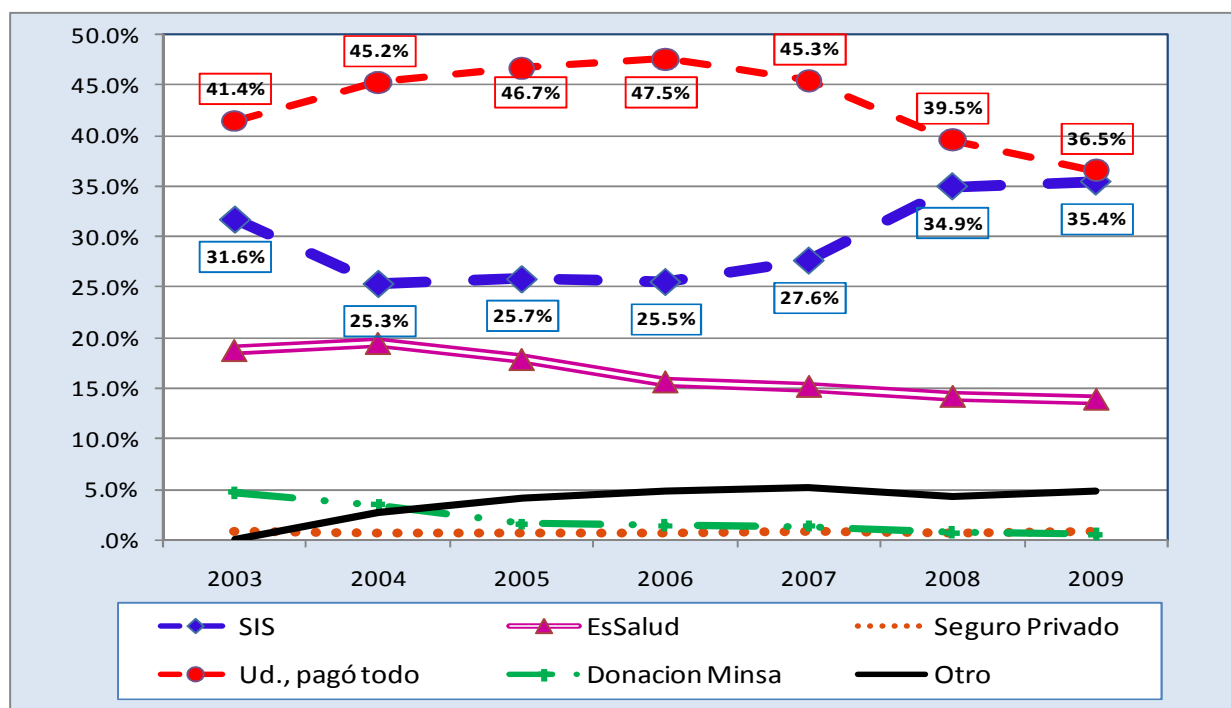
	Año													
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El seguro integral de salud pago todo	3183	31.6%	2734	25.3%	3004	25.7%	3278	25.5%	4128	27.6%	5448	34.9%	5809	35.4%
El seguro integral de salud pago una parte	141	1.4%	169	1.6%	191	1.6%	241	1.9%	310	2.1%	549	3.5%	819	5.0%
EsSalud pagó todo	1886	18.7%	2104	19.5%	2082	17.8%	2007	15.6%	2268	15.1%	2207	14.1%	2278	13.9%
EsSalud pagó parte	116	1.2%	168	1.6%	185	1.6%	304	2.4%	328	2.2%	308	2.0%	440	2.7%
Seguro privado pagó	82	.8%	64	.6%	78	.7%	78	.6%	114	.8%	102	.7%	128	.8%
Seguro privado pagó una parte	29	.3%	38	.4%	32	.3%	45	.3%	73	.5%	65	.4%	95	.6%
Ud., pagó todo	4166	41.4%	4889	45.2%	5453	46.7%	6117	47.5%	6790	45.3%	6166	39.5%	5994	36.5%
Donacion Minsa	465	4.6%	369	3.4%	176	1.5%	178	1.4%	199	1.3%	107	.7%	87	.5%
Otro	0	.0%	281	2.6%	474	4.1%	621	4.8%	764	5.1%	662	4.2%	781	4.8%

Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

Asimismo a partir del año 2007 se evidencia una tendencia creciente en el financiamiento de medicinas por parte del SIS que podría asociarse al descenso del gasto de bolsillo. (Gráfico N° 14)

Gráfico 14. Tendencia del gasto de bolsillo en el pago de Medicinas según Prestadores de Servicios de Salud. Periodo 2003- 2009



Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

Para el 2009 el pago de los Análisis de laboratorio fue generado principalmente por el gasto de bolsillo con 43%; seguido por EsSalud con 25.3% y del Seguro Integral de Salud con un 20.1%.(Tabla N° 7)

Tabla N°7. Pago de los análisis de laboratorio según Prestadores de Servicios de Salud. Periodo 2003- 2009

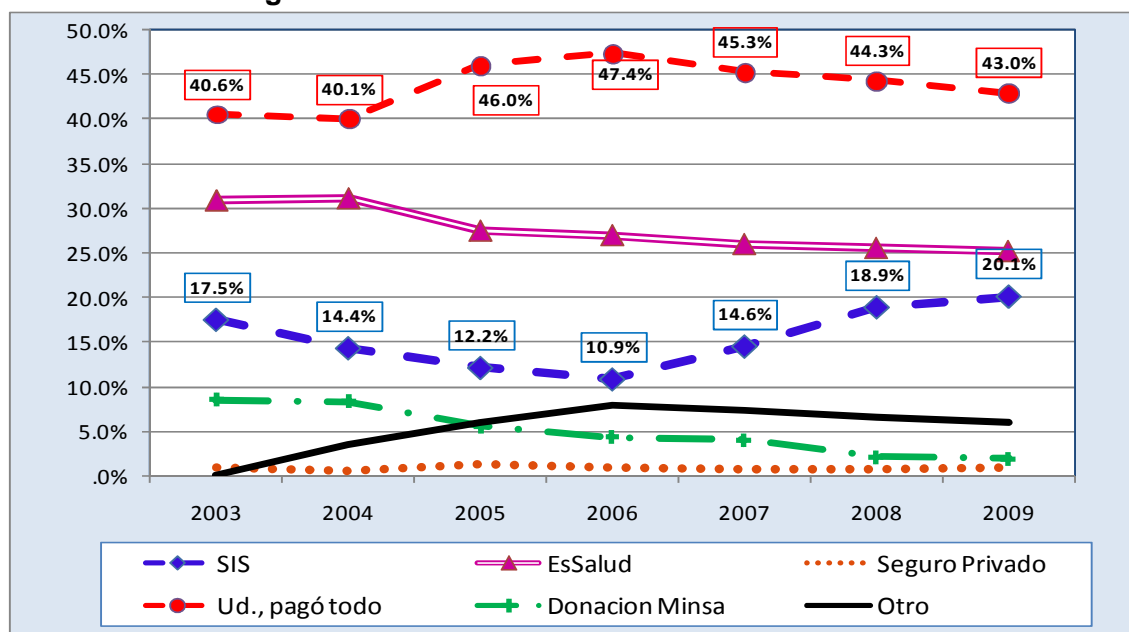
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El Seguro integral de salud pago todo	298	17,5%	286	14,4%	245	12,2%	244	10,9%	392	14,6%	531	18,9%	635	20,1%
El Seguro integral de salud pago una parte	11	,6%	12	,6%	8	,4%	5	,2%	11	,4%	9	,3%	33	1,0%
EsSalud pagó todo	525	30,9%	620	31,1%	555	27,5%	607	27,0%	702	26,1%	718	25,6%	797	25,3%
EsSalud pagó parte	7	,4%	15	,8%	10	,5%	14	,6%	19	,7%	27	1,0%	24	,8%
Seguro privado pagó	16	,9%	12	,6%	28	1,4%	22	1,0%	21	,8%	21	,7%	33	1,0%
Seguro privado pagó una parte	8	,5%	12	,6%	8	,4%	12	,5%	23	,9%	13	,5%	27	,9%
Ud., pagó todo	689	40,6%	798	40,1%	927	46,0%	1064	47,4%	1221	45,3%	1243	44,3%	1354	43,0%
Donacion Minsa	145	8,5%	166	8,3%	113	5,6%	98	4,4%	108	4,0%	58	2,1%	62	2,0%
Otro	0	,0%	71	3,6%	121	6,0%	178	7,9%	197	7,3%	183	6,5%	187	5,9%

Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

La tendencia en el financiamiento de los Análisis de laboratorio por el Seguro Integral de Salud va en ascenso progresivo a partir del 2007, coincidentemente, el gasto de bolsillo tuvo un ligero descenso en el mismo periodo. El pago por parte de EsSalud presenta un descenso de 5.6% en el periodo, asimismo el financiamiento por parte de los seguros privados es uno de los menores, siendo constante en el tiempo. (Gráfico N° 15)

Gráfico 15. Tendencia del gasto de bolsillo en el pago de los Análisis de Laboratorio según Prestadores de Servicios de Salud. Periodo 2003- 2009



Elaborado por: Gerencia de Operaciones – SIS.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

En la Tabla N° 8 se puede observar que para el año 2009 el pago en servicios de Diagnóstico por Imágenes fue por gasto de bolsillo en un 50.1%, seguido por EsSalud con un 29.7% y por Seguro Integral de Salud 7.4%. En este último no alcanza el 8%, sin embargo se evidencia una tendencia creciente a partir del 2005. (Grafico N° 16)

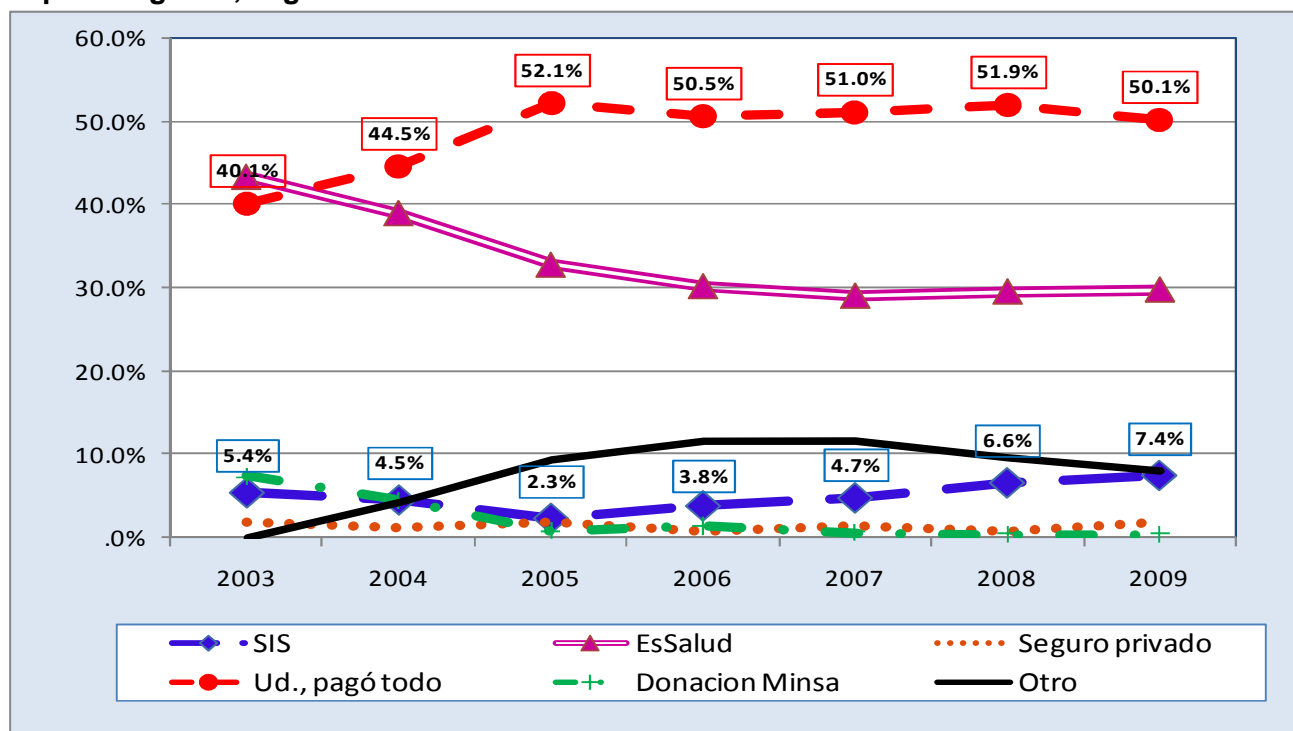
Tabla N° 8 Pago de los servicios de Diagnóstico por imágenes según Prestadores de Servicios de Salud. Periodo 2003- 2009

	Año													
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El seguro integral de salud pago todo	21	5.4%	25	4.5%	18	2.3%	33	3.8%	53	4.7%	79	6.6%	102	7.4%
El seguro integral de salud pago una parte	0	.0%	1	.2%	0	.0%	2	.2%	1	.1%	2	.2%	10	.7%
EsSalud pagó todo	170	43.4%	217	39.0%	260	32.7%	264	30.1%	324	29.0%	355	29.5%	407	29.7%
EsSalud pagó parte	4	1.0%	6	1.1%	5	.6%	7	.8%	6	.5%	4	.3%	8	.6%
Seguro privado pagó	7	1.8%	7	1.3%	15	1.9%	7	.8%	16	1.4%	9	.7%	26	1.9%
Seguro privado pagó una parte	4	1.0%	4	.7%	3	.4%	8	.9%	12	1.1%	10	.8%	17	1.2%
Ud., pagó todo	157	40.1%	248	44.5%	414	52.1%	443	50.5%	571	51.0%	625	51.9%	686	50.1%
Donacion Minsa	29	7.4%	25	4.5%	6	.8%	12	1.4%	7	.6%	5	.4%	5	.4%
Otro	0	.0%	24	4.3%	74	9.3%	101	11.5%	129	11.5%	116	9.6%	109	8.0%

Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

Gráfico N° 16: Tendencia del gasto de bolsillo en los servicios de Diagnóstico por Imágenes, según Prestadores de Servicios de Salud. Periodo 2003- 2009



Elaborado por: Gerencia de Operaciones – Seguro Integral de Salud

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2003 - 2009.

V. CONCLUSIONES

- En el 2005, los principales financiadores de los servicios de salud fueron el Gasto de Bolsillo (34.2 %), seguido del Gobierno (30.7%) y de Empleadores (30.5%).
- El Seguro integral de salud es el principal asegurador en el país, cubriendo al 41.6% de la población al 2009.
- En el periodo 2007 – 2009, el gasto de bolsillo para el pago de los servicios de consulta disminuyó en 7% mientras que el financiamiento del SIS aumento en 11,4%, existiendo una relación inversa entre ambas variables ($R = -0.99$).
- En el periodo 2007 – 2009, el gasto de bolsillo para el pago de medicamentos disminuyó en 8.8%, mientras que el financiamiento del SIS aumento en 7.4%, existiendo también una relación inversa entre ambas variables ($R = - 0.97$).
- Desde el año 2007 hasta la fecha se evidenciaron una mejora en los indicadores de salud pública y una disminución del gasto de bolsillo, lo que coincide con la aprobación del D. S 004-2007-SA, en el que el plan de beneficios aumenta y las exclusiones específicas disminuyen.
- Existe una relación inversa entre el aumento del financiamiento de las atenciones a niños menores de cinco años en los que se brinda Suplementación con Hierro y el descenso de la Tasa de Anemia. ($R = - 0.89$) y de Desnutrición ($R = - 0.76$).
- Desde el año 2007, el número de afiliaciones aumenta en 69% con respecto al año 2009.

VI. RECOMENDACIONES

- El Seguro Integral de Salud deberá desarrollar las acciones necesarias a fin de solicitar el incremento progresivo de su presupuesto para el año 2012 en adelante.
- Considerando que el nuevo plan de beneficios del Seguro Integral de Salud incluye el PEAS y planes complementarios (Cobertura Extraordinaria y Atenciones de Emergencia prioridad I y II), se recomienda iniciar el proceso de sustitución de plan de beneficios en todas las regiones en las que se implemente el AUS, a fin de mejorar aún más la cobertura a nuestros afiliados.
- El Seguro Integral de Salud de acuerdo al Decreto de Urgencia N° 048-2010 que establecen “Medidas Extraordinarias para la Implementación de Mecanismos para el Incremento de la Cobertura del Aseguramiento en Salud”, deberá realizar el proceso de depuración de su Base de Datos en la cual generará la migración de asegurados del régimen subsidiado hacia el régimen Semi-contributivo y Contributivo; lo que contribuirá a que el SIS financie con mayor eficiencia a su población objetivo.
- El Seguro Integral de Salud deberá coordinar con los gobiernos regionales y el Ministerio de Salud la automatización de los procesos relacionados con la afiliación, información de las prestaciones brindadas, supervisión y evaluación de las mismas y transferencias.
- En el marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Seguro Integral de Salud deberá realizar periódicamente evaluaciones que evidencien el efecto del nuevo plan de beneficios, que incluye el PEAS y planes complementarios, en el gasto de bolsillo.
- El Seguro Integral de Salud retroalimentará al Ministerio de Salud con las conclusiones extraídas del Informe.