



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO
RUIZ GALLO**

ESCUELA DE POSGRADO



***"El reembolso del seguro integral de salud y su impacto en la
gestión económica del Hospital Regional "Virgen de Fátima" de
Chachapoyas mayo 2005"***

TESIS

***Para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias con
Mención en Gerencia de Servicios de Salud***

AUTORA:

Kattia Enith Guerrero Tamariz

ASESORA:

Dra. Ruiz Oliva, Esperanza

**Lambayeque - Perú
2020**

Tesis

El reembolso del Seguro Integral de Salud y su impacto en la Gestión Económica del Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas
Mayo 2005.

Bach. Kattia Enith Guerrero Tamariz
Autora

Dra. Esperanza Ruiz Oliva
Asesora

Presentada a la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo para optar el grado académico de: MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Aprobado por:

M.Sc. VICTOR ECHEANDIA ARELLANO
Presidente del Jurado

M.Sc. BLANCA FALLA ALDANA
Secretaria del Jurado

M.Sc. VICTOR LINARES BACA
Vocal del Jurado

Lambayeque - 2020

DEDICATORIA

A mis padres, hermanos, hijo y esposo, por brindarme su apoyo en todo momento.

AGRADECIMIENTO

A Dios ser supremo que guía mis pasos en el que hacer de mi profesión a mi institución por brindarme apoyo y a mi asesora Dra. Esperanza Ruiz Oliva.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
Resumen	
Summary	
Introducción	
Capítulo I: Análisis del Objeto de Estudio	01
Marco Metodológico	02
Capítulo II: Marco de Referencia del Problema	03
Antecedentes Nacionales	03
Marco Teórico	08
Planes de Beneficio del SIS	10
Metodología de Aplicación para el llenado de los	
Formatos de Atención del SIS	12
Formatos de Atención: Datos Generales	14
Efecto Comparativo de los Diversos Modelos de Financiamiento	
De Servicios de Salud	33
Antecedentes Internacionales	34
Capítulo III: Análisis y Discusión de los Resultados	47
Propuesta	52
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
Bibliografía	
Anexos	

RESUMEN

La presente investigación presenta de manera descriptiva el Sistema de Salud Integral en el Hospital Regional “Virgen de Fátima” de Chachapoyas del Departamento de Amazonas la cual es considerada dentro de las estadísticas de población como Región de pobres y de extrema pobreza. Los objetivos del trabajo son Determinar el valor del reembolso del Seguro Integral de salud durante el mes de mayo del 2005, Determinar el impacto significativo en la gestión económica del Hospital Virgen de Fátima. El alcance de esta investigación se limita a dos grandes áreas como son la población beneficiada y la Institución prestadora de servicios de salud. La metodología empleada para esta investigación de tipo Descriptiva debido a que el sistema a analizar tiene sus normas establecidas en cuanto a calificación de fichas por atención brindada, por lo que se analizó de manera sistemática las atenciones prestadas en el mes de mayo 2005 siendo un total de 846 fichas, de lo cual se deduce como resultado final que: - La mayor cobertura en servicios de salud se brindó a la población de 0-4 años que corresponde al Plan A dentro de este sistema. Así mismo que el tipo de atención que más se brindó fue en consultorios externos y que el reembolso económico fue significativo para el Hospital Regional Virgen de Fátima.

En conclusión, las atenciones de salud brindadas mediante este sistema en una región de pobreza es de gran significancia, ya que permite mejorar las condiciones de vida de la población, y en cuanto al establecimiento que lo brinda, este obtendrá recursos económicos que sumados a una

gestión adecuada proporcionará una atención con calidad mediante la adquisición de equipos y recursos humanos para este propósito.

Palabras claves: El reembolso del Seguro Integral de Salud, impacto en la Gestión Económica

SUMMARY

The present investigation evaluates of descriptive way the System of Integral Health in Virgin the Regional Hospital "of Fátima" of Chachapoyas of the Department of Amazon which is considered within the statistics of population like Region of poor men and extreme poverty. For that reason the Objectives of this work are: To determine the value of the reimbursement of the Integral Insurance of health during the month of May of the 2005. To determine the significant impact in the economic management of the Virgin Hospital of Fátima. Also the reach of this investigation is limited two great areas: a) To population benefitted and b) to the lending Institution from services of health. Being the methodology used for this investigation of the Descriptiva type because the system to analyze has its norms established as far as qualification of cards by offered attention, reason why one analyzed of systematic way the attentions paid in the month of May 2005 being a total of 846 cards, of which we can deduce like final result that: - The greater cover in services of health offered the 0-4 population years that correspond to the Plan To within this system. - Also that the type of attention that offered more was in external doctor's offices and that the economic reimbursement was significant for the Virgin Regional Hospital of Fátima. In conclusion, the offered attentions of health by means of this system in a poverty region are of great significance, since it allows to improve the conditions of life of the population, and as far as the establishment offers that it, this it will

obtain economic resources that added to a suitable management an attention with quality by means of the acquisition of human equipment and resources for this intention will provide.

Key words: The reimbursement of the Integral Insurance of Health, I affect the Economic Management

INTRODUCCION

El derecho a la salud es uno de los mas fundamentales y por su complejidad es uno de los derechos más difíciles de garantizar a plenitud, la salud es un derecho por el valor que tiene por sí misma para el desarrollo de las capacidades, de la personalidad y proyectos de vida de las personas y para el desarrollo sostenido y responsable de los pueblos. La Constitución Política del Perú garantiza el reconocimiento de la dignidad humana como condición y atributo intrínseco inviolable del ser humano, por el solo hecho de existir como tal.

Siendo esta una premisa para brindar servicios de salud a la población especialmente la que se encuentra en zonas de pobreza y extrema pobreza, es que se creó un sistema de ayuda y accesibilidad a este servicio como es el Seguro Integral de Salud (SIS) a nivel Nacional y el cual es brindado a la población del departamento de Amazonas y en específico en la ciudad de Chachapoyas la cual está considerada como un área de pobreza y extrema pobreza. De aquí la importancia de saber si este sistema planteado es el más adecuado para la región en mención donde las necesidades de un servicio de salud optimo y oportuno se hacen palpables en relación a la accesibilidad y mejora de los mismos en poblaciones alejadas al nivel central.

De acuerdo a la problemática encontrada en la Institución en estudio se formuló el problema ¿Cómo el reembolso del Seguro Integral de Salud Impactó en la Gestión Económica del Hospital Regional “Virgen de Fátima” – Chachapoyas durante el mes de mayo 2005?. Planteándose

como objetivo general: Determinar la influencia del Reembolso del seguro integral de salud en el impacto significativo en la Gestión económica del Hospital. Y como objetivo específico, determinar el valor del reembolso del seguro integral y su impacto significativo en la Gestión económica del Hospital Regional Virgen de Fátima en el mes de mayo del 2005.

La hipótesis a confirmar es: El reembolso del Seguro Integral de Salud (SIS) tiene impacto significativo en la gestión económica del Hospital Regional "Virgen de Fátima" Chachapoyas durante el mes de mayo del 2005.

El presente trabajo se ha dividido en tres capítulos. En el Capítulo I se hace un análisis del objeto del estudio, enfocando el problema y el marco metodológico.

En el capítulo II se hace referencia a los antecedentes nacionales que marcaron la pauta hasta llegar a la creación del SIS la cual tiene una misión y visión así como sus componentes dentro de una ficha de atención, luego se enfoca los sistemas de salud en el ámbito internacional específicamente en Latinoamérica.

En el Capítulo III se realiza un análisis y discusión de resultados de la investigación realizada sobre las atenciones en el mes de mayo del 2005 en el Hospital Regional Virgen de Fátima donde se presentó una cobertura de 845 atenciones solo en ese mes donde la demanda se vio incrementada en el Plan A de este sistema el cual representa un reembolso considerable de 5925,80 nuevos soles para la institución de salud, de esta manera se puede resumir que el Sistema del Seguro

Integral puede ser una buena alternativa de solución en salud siempre y cuando se manejen los recursos de manera apropiada en la gestión hospitalaria con la adquisición de recursos y medicamentos que ayudarían en la mejora de los servicios de salud y por ende la satisfacción del cliente o usuario.

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. UBICACIÓN:

El Hospital “Virgen de Fátima” de Chachapoyas, en la Región Amazonas, se encuentra ubicado, en el Jr. Daniel Alcides Carrión S/N. de la ciudad de Chachapoyas, dicho establecimiento fue construido en el año 1961 e inaugurado el 19 de noviembre de 1963 por el Ministro Javier Arias Stella durante el primer gobierno del Arquitecto Fernando Belaunde Terry, su construcción y equipamiento estuvo a cargo de un consorcio alemán, brindando en sus inicios atención de salud preventiva, de ayuda al diagnóstico, recuperativo y de rehabilitación. Está construido de un solo piso con un área de 16,522 metros cuadrados con 100 camas operativas.

En la actualidad cuenta con áreas de Neonatología, Pediatría, Cirugía, Emergencia, Sala de operaciones, Sala de partos, Gineco-obstetricia, Medicina y UCI de adultos y en construcción se encuentra el pabellón de Imágenes donde se ubicará un Tomógrafo. Su capacidad resolutive a mejorado gracias a los equipos adquiridos para implementar las nuevas áreas y también al incremento de personal profesional, brindando actualmente atención integral a la población pobre y de extrema pobreza en áreas de medicina, cirugía, traumatología, endocrinología, pediatría, oftalmología, otorrinolaringología, psiquiatría, psicología,

Gineco - obstetricia, medicina física y de rehabilitación y atención en salud preventiva como Inmunizaciones, Control de crecimiento y desarrollo y Control de tuberculosis.

Cuenta además con áreas de nutrición, farmacia, casa de fuerza. Mantenimiento entre otros.

1.2. MARCO METODOLÓGICO:

El diseño de estudio fue de tipo DESCRIPTIVO y el área de estudio, fue la población atendida en el SIS en los diferentes planes como: A, B, C y E de la cobertura programada para cada mes del año 2005 en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, para lo cual se consideró una muestra de las fichas de los pacientes atendidos en el mes de Mayo del 2005, en forma aleatoria y al azar en las cuales se observaron las variables de estudio.

La técnica y recolección de datos se realizó aplicando una guía de observación (ver anexos) en la cual se consignó todos los gastos que ocasionó la atención posteriormente fueron procesados en forma porcentual y sistemática según las variables indicadas con el apoyo del análisis de las normas que rigen este sistema.

CAPITULO II

2. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA

2.1. ANTECEDENTES NACIONALES:

EL SEGURO MATERNO INFANTIL

Según los autores, Karin Rodel y Jean Holst, (Lima, 2001) en el trabajo titulado “Evaluación del Seguro Materno Infantil (SMI) en el Perú con la Metodología Infasure”, llegaron a las conclusiones que desde un principio, una fuerte influencia coyuntural política y partidista en las actividades del seguro lo hicieron perseguir más bien interés específicos que metas epidemiológicas. Por lo que el diseño y la práctica de SMI obedecieron en gran medida a los intereses políticos en función de mantenimiento de gobernabilidad teniendo esto en relación con los donantes internacionales (Banco Mundial, FMI, etc)

Es así que el SMI tuvo una estructura centralista a nivel de la cúpula directiva, mientras que la responsabilidad supervisora estuvo delegada hacia las representaciones locales y la aplicación del esquema se efectuó en áreas rurales y otras comunidades fuera de la capital. Ello provocó una cierta separación entre el nivel central y las instituciones ejecutoras en provincias y dificultó el flujo de retroalimentación desde las áreas de funcionamiento a la oficina y Direcciones de Salud (DISAS).

Como institución del Ministerio de Salud, el SMI estuvo aprovechando una serie de subsidios cruzados tal como el uso gratuito de los establecimientos públicos, de sus instalaciones y sobre todo de la mano de obra del sector salud, se puede justificar el caso del SMI que estuvo representando una estrategia política social, por lo que este tipo de seguro se introdujo sin tomar en cuenta los desafíos culturales, etiológicos y lingüísticos que significa implementar un seguro de salud en un país multiétnico como el Perú. El esquema asegurador no prevé ninguna prevención de actividades discriminatorias de tipo racial ni una preparación adecuada del personal profesional al respecto.

Sin embargo uno de los logros importantes fue el aumento de la focalización en los problemas sanitarios específicos de la salud reproductiva y el incremento de la preocupación por parte de los profesionales de la salud en patología materno – infantil.

Para los prestadores de salud en el Perú, el logro más importante lo representaron las nuevas facilidades de crear ingresos adicionales mediante la participación en el plan de oferta de prestaciones del SMI. En las DISAs donde no interfirieron otros organismos excepto el nivel central y los mismos prestadores o redes de los mismos, el reembolso financiado por el SMI creó un importante incentivo para los

prestadores brindar beneficios cubiertos para generar fondos que pudieran dedicar al mantenimiento o a la compra de equipos nuevos.

El impacto negativo de este sistema de seguro, fueron las restricciones de las afiliaciones debido al financiamiento, cerrándose el SMI a un grupo importante de personas que tenían derecho a ser afiliadas.

Según estudio realizado por Miguel Jaramillo y Sandro Parodi, (Lima, 2004), sobre el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, Análisis de su Incidencia e impacto sobre el Acceso a los Servicios de Salud y sobre la Equidad en el Acceso, afirman que estos seguros han sido el cambio de política más importante en cuanto al modo de financiamiento de la atención pública en salud para lo cual el objetivo del trabajo realizado es evaluar la efectividad de dichos programas para alcanzar a los segmentos más pobres de la población. Así como su impacto sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud. Llegando a las siguientes conclusiones:

- La evidencia del análisis de incidencia sugiere que estos seguros no contribuyeron a reducir la desigualdad en el aseguramiento por la vía de un incremento mayor en la afiliación de la población pobre, en el caso del SMI las tasas de afiliación muestran una tendencia creciente mientras se avanza de los niveles socioeconómicos más bajos a los más altos. El Seguro Escolar

Gratuito (SEG) por su parte, a pesar de haber logrado una alta cobertura en estratos pobres, favoreció entre estos a aquellos que están más cerca de la línea de pobreza, esto es al sector intermedio superior de la distribución del gasto per capita. No favoreció entonces a los más pobres.

- En cuanto al impacto de los seguros a partir de una función de demanda nos permite aproximarnos a sus efectos sobre el acceso a los servicios de salud. Así como a la equidad, diferenciando a la población objetivos por niveles socioeconómicos, los resultados indican que ambos seguros tuvieron un impacto positivo sobre el acceso a los servicios de salud, así como a la equidad, diferenciando a la población objetivo por niveles socioeconómicos, los resultados indican que ambos seguros tuvieron un impacto positivo sobre el acceso a los servicios de salud. Un problema importante tanto para el componente escolar (ex SEG) como para el materno infantil (ex SMI) del Seguro Integral de Salud (SIS) en el contexto de la actual situación fiscal del país parece poco probable que una fuerte expansión de su cobertura pueda ser financiada por recursos públicos, siendo un reto central para el SIS como contribuir a una mayor equidad en el contexto de un programa de cobertura universal. Con el incremento de grupos de población a ser atendidos por el SIS, la creciente demanda de recursos en el sector público en general y

la indefinición de prioridades de gastos, la focalización o ubicación más precisa de los grupos objetivos como derecho – habientes tendrá que afinarse y el paquete de servicios ofrecidos tendrá que redefinirse. La viabilidad de la universalización de la cobertura pasa por la estandarización de los mecanismos de exoneración de las primas de afiliación que el SIS viene utilizando y por que su aplicación sea objeto de mayor profesionalización. El paquete de servicios ofrecidos incluye prestaciones con subsidio total que no se condicen con el nivel de desarrollo del país ni con la situación fiscal. Así la política de otorgar subsidio completo a las medicinas formuladas y a prestaciones como auxilio de sepelio, traslados y servicios odontológicos podrían redefinirse para mantener el paquete en términos más acordes con el esfuerzo fiscal del cual es capaz el país.

Por otro lado, los investigadores afirman que se necesitan estudios sobre como operar la focalización del programa en el ámbito local para ambos seguros, en la perspectiva de una redefinición del paquete de beneficios ofrecidos, a lo cual estaría ligado los temas de pago por diferentes tipos de servicios, la elasticidad de demanda y la viabilidad de un sistema de copago; razón por la cual el estudio que ellos presentaron solo fue de corte transversal y por lo tanto sus limitaciones para establecer causalidades.

2.2. MARCO TEÓRICO

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

El sistema de Seguro Integral de Salud (SIS) fue creado con Resolución Suprema Nº 445-2001-SA.

Con la VISIÓN de Ser la institución que integra y contribuye al sistema de aseguramiento universal que garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Siendo su MISIÓN: Administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual conforme a la Política Nacional de Salud.

FINALIDAD: Contribuir a la protección de los peruanos no asegurados, mediante un seguro integral de salud no contributivo.

PRIODIDAD: Garantizar las prestaciones de salud a la población vulnerable en situación de pobreza extrema y pobreza, dentro de la Política de Aseguramiento Universal.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL SIS:

1. Contribuir al mejoramiento del estado de salud, la disminución de la tasa de morbi – mortalidad, con prioridad en el segmento materno infantil.

2. Propiciar el acceso equitativo de todos los peruanos al seguro de salud, con prioridad en grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza.
3. Contribuir a la construcción de un sistema de aseguramiento público sostenible que garantice calidad en los servicios de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SIS:

1. Asegurar el financiamiento de la población no asegurada.
2. Facilitar servicios de las prestaciones de salud a los beneficiarios del SIS.
3. Mejorar continuamente los niveles de satisfacción en la atención de salud de los beneficiarios.
4. Implementar el sistema de información, educación y comunicación a la población sobre el seguro.
5. Realizar todas aquellas actividades y acciones de su competencia cuya finalidad sea la administración eficiente e los recursos del SIS.

PLANES DE BENEFICIO DEL SIS

PRESTACIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD.

COMPONENTE MATERNO – INFANTIL

- Plan A, del niño de 0 – 4 años
- Plan C de gestantes.

OTROS COMPONENTES

- Plan B, del niño y del adolescentes de 5 -17 años
- Plan D, del adulto en emergencia
- Plan E, del adulto focalizado.
- Plan F; convenio ESSALUD – MINSA
- Plan G. G1 FONCODES, G2 A trabajar Urbano, G3 contributivo Integral.

COMPONENTE MATERNO INFANTIL

PLAN A: NIÑOS DE 0-4 AÑOS

Se les brindará:

- Atención preventiva promocional el niño sano recién nacido y por grupos etéreos.
- Atención recuperativa del niño enfermo recién nacido y por grupos etéreos.
- Traslado por emergencia
- Sepelio.

PLAN C: GESTANTES

Se les brindará:

- Atención preventivo – promocional dela gestante.
- Atención recuperativa de la gestación incluyendo patologías incurrentes.
- Traslado por emergencia
- Sepelio

COMPONENTE MATERNO INFANTIL

Plan B: Del niño y adolescente de 5 a 17 años:

Este plan se brinda la atención recuperativa del niño y adolescente con patología, traslados por emergencia y sepelio.

Plan D: Adulto en Emergencia:

Se brinda la atención recuperativa de la emergencia en adultos, traslado por emergencia y sepelio.

Plan E: Adulto Focalizado:

En este grupo se encuentran todos los adultos que pertenezcan a organizaciones con son: Clubes de madreers del vaso de leche, comedores populares, lustradores de calzado, indultados inocentes. Proporcionándoles los servicios

de salud en: Atención recuperativa del adulto con patología, traslado por emergencia y sepelio.

PLAN G: CONTRIBUTIVO

PLAN G1 Y G2: ACCIDENTES DE TRABAJO.

Se brindara a tención recuperativa a consecuencia del accidente laboral, con traslado por emergencia y rehabilitación.

PLAN G3: CONTRIBUTIVO INTEGRAL

Se atenderá en lo preventivo al niño y gestante, en atención recuperativa del niño, adolescente y adulto, así como atención recuperativa del niño con patología y se proporcionará traslados por emergencia (urbano/rural/nacional) y sepelio.

METODOLOGÍA DE APLICACIÓN PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS DE ATENCIÓN DEL SIS.

Los datos de afiliación a consignarse deberán ser los mismos que se registraron en la Ficha de Inscripción o en el Contrato de Afiliación y se llenarán en la oficina de administración del establecimiento. Los datos de la atención y prescripción serán registrados y formado por el que brindo la atención. Los datos de medicamentos entregados serán registrado y formado por la responsable de Farmacia; los datos de ayuda al diagnostico

realizados será registrado y firmado por el responsable del Laboratorio y otro. En ambos lados deberá registrarse la conformidad del beneficiario.

El Formato consta de dos partes: el anverso, con los datos del beneficiario, del establecimiento y de la atención; y el reverso con los datos del manejo terapéutico y de ayuda al diagnóstico.

PAUTAS PARA EL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO

- 1) Se registra sólo UNA (01) prestación por formato.
- 2) El formato tendrá registrado el código preimpreso.
- 3) En los espacios para llenar, escribir en letra de imprenta y mayúscula.
- 4) En los recuadros con alternativas, colocar una "X" donde corresponda.
- 5) Utilizar un solo color de tinta y no hacer borrones ni correcciones; de lo contrario, el formato será invalidado.
- 6) Los datos registrados serán claros y legibles; en caso contrario el formato será invalidado.
- 7) El formato deberá contener la firma, sello y huella digital como señal de conformidad.
- 8) El Formato de Atención será por duplicado: el original se enviará al Punto de Digitación que lo entregará a la ODSIS; y la copia se incluirá en la historia clínica del

usuario, hecho que se verificará en todas las intervenciones de control que el SIS realice.

Todo formato con error en el registro por omisión de algún dato, ilegible o con enmendaduras no será reconocido para efecto de pago de la prestación.

FORMATO DE ATENCIÓN

DATOS GENERALES Y DE ATENCIÓN

CODIGO DE ATENCIÓN:

Es el número que identificará la atención brindada por el establecimiento y deberá estar pre – impreso en el formato antes de su distribución. Para evitar la duplicidad, la DISA otorgará un rango de números suficientes para atender la demanda en cada establecimiento.

Los tres primeros dígitos identifican a la DISA (descripción abreviada) en el que se encuentra el establecimiento. Los siguientes dos dígitos corresponden al LOTE 05(que son los últimos dígitos del año en curso) y los últimos para el NUMERO de la atención.

Ej: La atención número 27890 en el mes de Febrero en un establecimiento de la DISA Bagua

FORMATO DE ATENCIÓN														
Disa			Lote				Número							
A	M	2	-	0	5	-	0	0	0	2	7	8	9	0

ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA ATENCIÓN:

Se colocará el número del código y el nombre que el MINSA le ha asignado.

Ej. Centro de Salud IMAZA con código: 010204A201

CODIGO EE.SS	NOMBRE DE EE.SS QUE REALIZA LA ATENCIÓN
010205*201	C.S. IMAZA

DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIRIÓ AL PACIENTE:

Se registra sólo cuando el paciente acude referido por otro establecimiento de menor capacidad resolutive. Ej: Del Puesto de Salud El Triunfo con Código N° 010201A303 al CS Imaza con Hoja de Referencia N° 00032

CÓDIGO EE.SS.	NOMBRE DEL EE.SS QUE REFIERE AL PACIENTE	N° HOJA REFERENCIA
010201A303	P.S. ELTRIUNFO	

TIPO DE ATENCIÓN

Son de 3 tipos y se registra con una aspa (X) según corresponda:

Común: Es la atención que brinda sólo el EE.SS que afilió al beneficio en forma ambulatoria por un problema de salud (ej.

Consulta externa, exámenes de laboratorio o procedimiento) o para un control (ej. CPN, CRED, PAI.

Referido: Es la atención que se brinda a una paciente referido por un problema que no pudo ser resuelto en el EE.SS. de origen de menor capacidad resolutoria. La referencia puede ser para atención a especialistas), por apoyo al diagnóstico o por emergencia. No puede referirse a Hospitales Nacionales o Institutos sin agotar previamente las posibilidades del nivel regional. Todas las prestaciones posteriores que se brinde a un paciente (o al producto si es una gestante en trabajo de parto) que ingresa por referencia serán también de tipo “referencia” 8mientras dure su permanencia en el EE.SS)

Emergencia: Es la atención por un problema de salud que pone en riesgo la vida del beneficiario o afecta órganos nobles y puede dejar secuelas invalidantes; se requiere la atención inmediata. Esta atención será prestada en el establecimiento más cercano al lugar de ocurrencia de la emergencia. Todas las prestaciones posteriores que se brinde a un paciente (o al producto si es una gestante en trabajo de parto) que ingrese por emergencia serán también e tipo “emergencia” (mientras dure su permanencia en el EE.SS)

Ej.

Consulta Externa por IRA de niña de 10 años en C.S. que lo afilió

Atención Inmediata RN Normal en Hospital II, cuya madre ingreso de emergencia.

a)

TIPO DE ATENCIÓN	
Común	X
Referencia	
Emergencia	

b)

TIPO DE ATENCIÓN	
Común	
Referencia	
Emergencia	X

MODALIDAD DE ATENCIÓN

Son de 3 tipos y se registra con un aspa (X) según corresponda:

Regular: Cuando la atención es para afiliados/inscritos y está dentro de la cobertura del Plan y no requiere ningún requisito adicional.

Excepcional: Cuando la atención excede los 10 días de estancia hospitalaria o el gasto es mayor al 1.2. UIT. Es sólo para afiliados. Deberá registrarse el N° del Acta de Aprobación del CAAEPI Local o de 1º Instancia.

Especial: Cuando el diagnostico está dentro de las exclusiones del SIS.

Ej. Caso Excepcional: RN hospitalizado más de 10 días y aprobado oportunamente su aplicación de estancia con el Acta N° 0015-2005-CAAEPI Bagua.

Ej. Caso Especial: aprobado con Oficio n° 0176 – 2005 – SIS – GO para un niño del Plan A.

MODALIDAD DE ATENCIÓN		
Regular		Nº Oficio/Acta de Autorización
Excepcional	X	0015-05
Especial	X	0176-05

SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO:

Se registra la condición del beneficiario, que puede estar sólo inscrito (durante 30 días o durante la emergencia⁹ o estar ya afiliado, y se marca con una aspa donde corresponda.

Ej.: Se atiende a un adulto en emergencia que calificó como pobre extremo:

SITUACIÓN	
Inscrito	X
Afiliado	

CÓDIGO DE INSCRIPCIÓN /AFILIACIÓN

Los tres primeros dígitos identifica la región (DISA), los siguientes dos dígitos son para el LOTE 05 (que son los últimos dígitos del año en curso) y los últimos para el NUMERO de la inscripción o afiliación. Es el mismo que se registró en el Contrato de Afiliación.

Ej. Afiliado en un establecimiento de la DISA Bagua con Nº de afiliación 0042689:

CÓDIGO INSCRIPCIÓN AFILIACIÓN		
DISA	Lote	Número
AM2	05	0042698

CÓDIGO DEL AUTOGENERADO DE ESSALUD:

Sólo para asegurados vigentes de ESSALUD. Se solicita los documentos establecidos por ESSALUD.

Ej. Acude el Sr. Roberto Infantes Soto con un autogenerado N° 67011841PSHR006:

CÓDIGO AUTOGENERADO ESSALUD														
6	7	0	1	1	8	4	I	P	S	H	R	0	0	6

FECHA DE NACIMIENTO

Registrar en los espacios correspondientes y con dos dígitos, según corresponda: El día (del 01 al 31), el mes (01 al 12) y los cuatro dígitos correspondientes al año en que nació

Ej. A quién nació el siete de junio de 1997, corresponderá:

FECHA DE NACIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO
07	06	1997

SEXO:

Marca "M" si el usuario es del sexo masculino o "F" si es del sexo femenino.

Ej: La Srta Lilian Tarazona, del Plan C, acude a su 3º CPN a las 16º semanas de gestación:

PLAN DE BENEFICIO:

Se registra la primera letra del Plan de Beneficios que le corresponda: “A” para niños de 0 a 4 años; “B” para niños y adolescentes de 5 a 17 años. “C” cuando se trate de una gestante o puerpera; “D” para adultos en emergencia; “E” para adultos focalizados según ley y “F” para los asegurados en ESSALUD, donde exista el Convenio de Intercambio Prestacional.

En casos Especiales aprobados para adultos que no son beneficiarios, se inscribirá como Plan D (sólo para efectos de ingresar al sistema)

EDAD GESTACIONAL

En beneficiarias del Plan C se registrará la edad de gestación en semanas (ver carné Materno Perinatal)

SEXO	
Masculino	
Femenino	X

PLAN
C

EDAD GESTACIONAL	
16	Semanas

APELLIDOS Y NOMBRES

Se registrará en los espacios correspondientes y según corresponda el apellido paterno, el materno y los nombres. En el caso de apellidos o nombres compuestos se registrarán en

la fila correspondiente separando con un espacio en blanco, si
tuvieran más de 2 nombres, sólo consignará los dos primeros
según el orden de registro en los documentos de identidad

APELLIDO PATERNO
DÍAZ DEL PRIETO

APELLIDO Materno
SANGAMA

PRIMER NOMBRE
LILIAN

SEGUNDO NOMBRE
MARGARITA

FECHA DE ATENCIÓN Y HORA:

Registrar en los espacios correspondientes el día (del 01 al 31) y el mes (01 al 12) . los tres primeros dígitos del año podrían estar pre – impreso. Para el caso de los pacientes que requieran ser internados (hospitalizados) este registro será el mismo que el de la Fecha de Alta, pues el registro del formato se hace al egreso del paciente.

Se registrará la hora en el primer recuadro (del 01 al 24) y los minutos en el segundo recuadro (del 01 al 60). Ej. : El CPN se realizó a las 04:30 p.m. del once de setiembre del 2004:

FECHA DE ATENCIÓN		
DÍA	MES	AÑO
11	09	2004

HORA		
16	:	30

PERSONAL QUE ATIENDE:

La atención puede ser realizada por “personal del establecimiento” si la prestación es en el mismo establecimiento o dentro de su jurisdicción; o “personal

itinerante o ELITE”, si la prestación es brindada por personal que pertenece a la DISA o a la red de servicios de salud.

Ej.: Personal de Salud en un Equipo itinerante planifica, coordina y brinda atención en una comunidad de indígenas Shipivo – Cobino:

PERSONAL QUE ATEIENDE	
Del establecimiento	
Itinerante o Elite	X

LUGAR DE ATENCIÓN:

La atención por personal de la institución puede brindarse en el mismo establecimiento y sería “intramural” o fuera del establecimiento y sería “extramural”.

Ej.:Equipo itinerante brinda atención en comunidad nativa Loma Linda Del Valle del Palcazo:

LUGAR DE ATENCIÓN	
Intramural	
Extramural	X

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:

Se registrará aquí el número que el establecimiento asigne a la historia clínica del paciente.

Ej.: Afiliado con historia clínica N° 23567, se registrará así:

N° HISTORIA CLÍNICA
23567

DESTINO DEL BENEFICIARIO:

Un paciente puede ser: dado de "alta" si se resuelve su motivo de consulta; es "hospitalizado" si amerita el diagnóstico, es "citado" para un control (en los post quirúrgicos), "referido" a otro establecimiento de mayor complejidad (para atención por "consulta externa o apoyo al diagnóstico o emergencia"), "contrarreferido" a su establecimiento de origen; o puede morir y registrar como "fallecido".

Ej: Un Centro de Salud trasfiere un niño a un Hospital por un cuadro de Abdomen agudo.

DESTINO DEL BENEFICIARIO						HOSPITALIZADO	
				FALLECIDO		CONTRAREFE:	
	X	C. Externa		Ap. Diagnóst.		Emergencia	X

**DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFOERE O
CONTRARREFIERE:**

Se registra sólo cuando al paciente se refiere a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive o se contrarrefiere a su EE.SS. de origen. Ej: del CS Imaza al Hospital de Apoyo Bagua con código N° 010201a101

CÓDIGO EE.SS	EE.SS AL QUE SE REFIERE O CONTRARREFIERE
010201A101	HOSPITAL DE APOYO BAGUA

SERVICIOS O PRESTACIONES:

La atención brindada se registrará encerrando en un círculo el código según corresponda a la prestación y de acuerdo a las definiciones operacionales y Planes de Beneficio.

Sólo se marcará UNA prestación en el formato de atención.

Cuando es un beneficiario del Plan A o del Plan C, simultáneamente se registrará información en el recuadro de Servicios Materno Infantil

FECHA DE INGRESO Y ALTA:

Sólo en pacientes hospitalizados; se registrará la fecha de ingreso en el recuadro asignado para ello. La fecha de Alta corresponde a la fecha en que el paciente egresa del establecimiento; esta fecha deberá ser la misma que se registra en el espacio correspondiente a fecha de atención.

Ej.: Paciente ingresa a las 20:00 hrs. Por el servicio de emergencia el 27/10/04, se mantiene en observación y al día siguiente es internado, permaneciendo hospitalizado durante ocho días.

SERVICIO MATERNO INFANTIL:

El peso del Recién Nacido se registrará en gramos.

En el caso de vacunas, se escribirá el número de la Dosis correspondiente.

En relación al Control del Niño Sano o Control de Crecimiento y Desarrollo, al Control Prenatal o Control del Puerperio, se escribirá el número del control correspondiente.

Durante una atención puede registrarse más de un servicio materno infantil.

Ej.: Durante la Atención Integral de Salud, un niño de 02 meses recibe las primeras dosis de las vacunas antipolio y DPT, y tiene el segundo control de niño sano en el presente año.

Ej.: Gestante ARO en el octavo mes de gestación recibe un segundo control y la tercera dosis de vacunación antitetánica, se registrará:

SERVICIO MATERNO INFANTIL				
PESO RECIEN NACIDO				
VACUNAS N° DOSIS				
BCG	1	PENTV.		
DPT	1	INFLUENZA		
APO (polio)		PAROTIDITIS		
ASA (saramp)		AMARILICA		
HVB (hepatit)		RUBEOLA		
ANTITETÁNIC	3			
N° CONTROL				
CRECIMIENTO Y DESARROLLO				
CONTROL PRENATAL				2°
CONTROL DE PUERPERIO				

CÓDIGO CIE 10:

Registre aquí el código correspondiente a cada diagnóstico según la clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Versión (CIE -10)

DIAGNÓSTICO/ACTIVIDAD:

Registrar la(s) patología(s) que se aborda a la actividad preventiva promocional que se realiza. En el 1º Diagnóstico se registre el más relevante según criterio médico, que más recursos demande o el motivo de consulta y el que abordara en esta oportunidad. Con el enfoque de atención integral indagar si hubiere evidencias de otras patologías y registrar el 2ºy 3º diagnóstico según el orden de importancia.

TIPO DIAGNOSTICO:

Marca con una equis (x) sobre la letra P ó D ó C ó R, si el diagnostico realizado es presuntivo (P) o definitivo (D) o confirmado (C) o repetido (R) respectivamente.

Ej.: Se diagnostica Amigdalitis Aguda no especificada y Anemia con resultado de laboratorio, se solicita exámenes para descartar parasitosis.

Nº	CÓDIGO	Diagnostico / actividad (Descripción)	TIPO O ₁			
1	J03	9 Amigdalitis Aguda no especificada	P	D	C	R
2	D50	9 Anemia por deficiencia de hierro, sin otra especificación	P	D	C	R
3	B82	9 Parasitosis intestinal sin otra especificación	P	D	C	R

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN:

El que realiza la atención registrará sus datos personales:

Nombre y Apellidos completos.

Si es Profesional: marcar con una equis (X) donde corresponda (Ej. Médico, Odontólogo) y a continuación su número de Colegiatura (No es el código asignado por la DISA, sino el otorgado por su Colegio Profesional). Si el médico tiene especialidad se registra el que corresponda, así como el N° de su Registro Nacional de Especialidad (RNE); de igual forma si tiene sub- especialidad.

Si es otro profesional o no lo es, registrar en Otro la profesión u ocupación que corresponda (Ej. Psicólogo, Técnico de Laboratorio). Si no es profesional registrar su número de DNI.

N° COLEGIATURA DNI			APELLIDOS NOMBRES RESPOSNABLE DE LA ATENCIÓN						ESPECIALIDAD RNE		
19875			JOSE CAMPOS VILLAR						12057		
Medico :	X	Especia lidad	08	PEDIATRÍA			Subespecialid ad		09	NEUROPEDIATR ÍA	
Odonto		Obstetr iz		Enferm .		Nutrició n		Tec. Med.		Biolog o	Tex. Enf. .
OTRO (especificar)											

FIRMAS SELLOS Y HUELLA DIGITAL

Firma y Sello del Responsable de la Atención: Al finalizar la atención se registrará la firma y el sello personal con el logo del establecimiento.

Firma y Huella Digital de Afiliado o Apoderado: El responsable de la atención solicitará que el afiliado o su apoderado firme y coloque su huella digital.

Las enmendaduras, datos ilegibles, el no registro de la prestación, el registro de dos o más prestaciones, el no registro del diagnóstico o no haber consignado la firma y huella digital del afiliado, la ausencia de la firma y sello del responsable de la atención, son algunas de las causas que invalidarán el formato

TERAPEUTICA Y SERVICIO DE APOYO ALDIAGNOSTICO

Cuando se trate de una atención recuperativa o de una referencia, y esta haya requerido de mediación o apoyo al diagnóstico, se utilizará esta hoja que tiene tres bloques: Terapeutica, Apoyo al Diagnostico e Insumos Complementarios.

Se presenta una relación impresa con los medicamentos en orden alfabético, de mayor uso y según la denominación común internacional (D.C.I):

- FF: formas farmacéuticas en ampollas, tabletas, frascos, pote, etc.
- CONCENT: concentración en ml, mg, % según volumen y peso, etc.
- PRESCRITO: la cantidad indicada por el responsable de la atención.

- ENTREGADO; la cantidad que el responsable de farmacia entrega al afiliado.
- DIAG: el número de Diagnóstico para el cual se prescribió y entregó el medicamento.

TABLA DE SIGLAS Y EQUIVALENCIAS DE PRESENTACIÓN

AMP	Ampolla, vial, inyectable –pre llenada, vacunas.
CDE	Cartucho dental
ENV	Polvos, lápiz, sobres
FCO	Soluciones, gota, suspensión, polvo para reconstituir, líquidos, jarabe, loción, toques, aerosol, spay, elixir, inyectable alto volumen
LTS	gases medicinales
OVU	Óvulos, candelillas
ML	Ciertos gases medicinales
POT	Cremas, ungüentos, gel, crema, oftálmica, ung. Oftálmico
SUP	Supositorios
SUS	Suspensión, sol, oral, extemp.
TAB	Tabletas, Cápsulas, comprimidos, grageas

TERAPEUTICA:

1. Busque en la lista el medicamento prescrito (recetado)
2. Ubique la presentación y concentración del medicamento que se está indicando.

3. En la columna PRESCRITO y en la misma fila del medicamento, escriba la cantidad recetada o prescrita.
4. En la columna ENTREGADO y en la misma fila, escribir la cantidad total entregada.
5. En la última columna de la fila, denominada DIAG, escriba el número e orden del diagnóstico por el cual se está recetando el medicamento, es decir, 1 para el Diagnóstico Principal, y si lo hubiera, 2 para el segundo Diagnóstico y 3 para el tercer Diagnóstico.

Ej.: Para un 1º diagnóstico (Dx) Describa y entregue Ciprofloxacino 14 tabletas de 500 mg y Paracetamol 10 tabletas de 500 mg.

Nº	MEDICAMENTO	TT	CONCET.	RECETA	ENTREGA	Dx.
21	Ciprofloxacino	Tab.	500 mg	14	14	1
96	Paracetamol	Tab.	500 mg	10	10	1

APOYO AL DIAGNÓSTICO:

Para laboratorio se marca con un aspa (X) lo indicado (IND) y lo realizado o ejecutado (EJE); se escribe el número del diagnóstico (Dx) para el cual se solicitó el examen.

Ej, Para un 2º Dx se indica Test de Graham y Examen Parasitológico; sólo se realizó el último

LABORATORIO	IND	EJE	Dx.
Examen Seriado Parasitológico	X	X	2
Test de Graham	X		2

Para el Dx por Imágenes y Procedimientos registrar el número de placas o procedimientos indicado (IND) y realizado (EJE) y el nº Dx para el que se solicitó.

Ej.: Se indica y efectiviza dos Radiografías de Cráneo (frente y perfil) para un 1º diagnóstico

DIAGNOSTICO PORIMÁGENES			
RADIOLOGÍA SIN CONTRASTE	IND	EJE	Dx.
Costilla			
Cráneo Frontal, Perfil y Base	2	2	1

Ej.: Un paciente acude a Emergencias se le indicó tres nebulizaciones y sólo se le realizó dos.

PROCEDIMIENTOS	IND	EJE	Dx.
Limpieza quirúrgica de heridas			
Nebulización	3	2	1

INSUMOS COMPLEMENTARIOS

Se marca con una aspa (x) lo indicado (IND) y lo realizado o ejecutado (EJE); se escribe el número del diagnostico (Dx) para el cual se solicitó el insumo.

Nº	INSUMOS			IND	EJE	Dx.
2	Cánula de Traqueostomía	UNI	11FR	X	X	1
5	Catéter Venoso Central	UNI	12F			

OTROS MEDICAMENTOS INSUMOS, EXAMENES O PROCEDIMIENTOS

Se utilizan los espacios en blanco en caso de no encontrar el examen o procedimiento efectivizado en el listado de Apoyo al Diagnostico registrarlos en los recuadros vacíos con letra de imprenta, así como a

la izquierda, la cantidad de estos. No utilizar el nombre comercial de los medicamentos. Es obligatorio consignar el código SISMED para los medicamentos y/o insumos complementarios y el código CPT para los exámenes y procedimientos médico quirúrgicos.

OBSERVACIONES:

Si fuera necesario, en las líneas en blanco (parte inferior del bloque derechos) el prestador registrará en forma resumida alguna nota explicativa sobre la atención.

FIRMA, SELLO Y HUELLA DIGITAL

Para efectos de pago y como señal de conformidad de los medicamentos recibidos y/o de los exámenes o procedimientos realizados, se requiere la firma y sello del Responsable de Farmacia o Laboratorio, así como la firma y huella digital del beneficiario o apoderado.

**EFFECTO COMPARTATIVO DE LOS DIVERSOS MODELOS DE
FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD.**

MODELOS	CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES	EQUIDAD	EFICIENCIA MACROECONÓMICA	EFICIENCIA MICROECONÓMICA
VOLUNTARIO CON PAGO DIRECTO	Sistema más primitivo, donde el financiamiento estatal o de la seguridad social no existe y el usuario debe pagar al prestador de los servicios al momento en que lo necesita con dinero de su propio bolsillo	Es muy inequitativo, por que el acceso a los servicios depende de la capacidad de pago. Es muy costoso para los pacientes quienes deben pagar cuando menos lo pueden hacer pues están enfermos.	Se regula por la oferta y la demanda. El consumidor tiende a restringir el gasto-por que lo asume directamente pero el médico tiende a fomentar la demanda. Como el conocimiento es asimétrico, es difícil lograr eficiencia macro ni microeconómico	No hay garantía de que puede cumplirse con el principio de la soberanía del consumidor, por la asimetría de la información entre pacientes y médicos, a favor de estos últimos.
VOLUNTARIO CON REEMBOLSO	Es el sistema típico "convencional de las compañías privadas de seguros: La persona paga una prima, realiza los gastos médicos con dinero de su bolsillo y la compañía aseguradora, se lo reembolsa, total o parcialmente	Más equitativo que el anterior, pero todavía deficiente. El acceso al seguro esta relacionado con la capacidad de pago. Además las personas con riesgo	El medico tiende a inducir la demanda y el consumidor no tiene interés de restringir el gasto, puesto que se le reembolsa el dinero. El sistema tiende al gasto excesivo. Tiene altos costos	La competencia entre aseguradores y proveedores tiende a elevar la cantidad y calidad de los servicio, pero a la vez, a incrementar los precios.

		mayor necesidad como los ancianos, tiende a ser rechazados.	administrativos a nivel de todo el sistema.	
PUBLICO CON REEMBOLSO	Es un sistema semejante al anterior, pero la contribución es obligatoria y regulada por el Estado	Puede ser equitativo, debido al financiamiento compulsivo que promueve la solidaridad. Los posibles aumentos en los precios puedes hacer graves las contribuciones.	Hay presiones para elevación de los costos nacionales de los servicios, por las mismas razones del modelo anterior, y por lo tanto aumenta el gasto nacional en salud.	Estimula la competencia entre proveedores, lo que tiende a elevar la cantidad y calidad de los servicios. A la vez tiende a incrementar los precios.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES DEL MANEJO DE SEGURO:

BOLIVIA: Aseguramiento Público

En la evaluación los dos primeros años (2003 y 2004) del Seguro Universal Materno Infantil, SUMI se ha establecido que: Del total de prestaciones otorgadas, el 70% correspondieron al primer nivel, el 18% al segundo y el 12% al tercer nivel; el 96% de estas prestaciones fueron otorgadas en establecimientos del subsector público, 1.1% en el seguro social de corto plazo, 2% en establecimientos de la Iglesia Católica y 1,4% en ONGs. Sin embargo aún gran parte de la población no reconoce

este seguro como un derecho, en tanto otros a pesar de reconocerlo no buscan atención.

Así mismo en el país coexisten los sistemas de aseguramiento público con los mediados por la Seguridad Social de corto plazo y el aseguramiento privado.

Se ha previsto ampliar la población actualmente protegida por la Seguridad Social de Corto Plazo centrando los esfuerzos en quienes se hallan más desprotegidos, incluyendo adultos mayores, población trabajadora sin dependencia salarial y personas con discapacidad, sobre la base de un financiamiento sostenible en el tiempo, mediante políticas de aseguramiento progresivo de todas las personas y bajo premisas de aseguramiento adecuadas a cada sector.

Los escasos recursos financieros disponibles plantean un gran desafío para alcanzar una mejor salud para todos, por ello es indispensable comenzar por una mayor racionalización en el uso de los recursos disponibles en el sector salud, buscando al mismo tiempo, responder con mayor eficiencia, calidad y ética profesional.

En los próximos años se tiene previsto mantener el SUMI, y el Seguro Médico Gratuito de Vejez, - luego de reajustes que reflejen mejor la equidad buscada y su sostenibilidad en ambos casos se espera ampliar la población beneficiaria, sobre todo en el área rural; ello implica por un lado el fortalecimiento de la capacidad de oferta asistencial - tanto del subsector público como de la seguridad social de corto plazo - en dicha

área y en el marco de la eficiencia y delimitación de roles, y por otro lado, la búsqueda de estrategias de sostenibilidad financiera y el mejoramiento de mecanismos de afiliación.

También se propenderá a la desaparición de los Seguros delegados y al avance en el ejercicio de la libre afiliación.

De igual manera el Ministerio de Salud y Deportes coordinará esfuerzos con Ministerio de Trabajo y las AFPS para controlar la evasión de afiliación a los Entes gestores, estimada en 350.000 personas aproximadamente que significaría una cobertura de 1,5 millones de personas más aseguradas y un 40% de población cubierta.

Todas las transformaciones propuestas se acompañarán de la creación de mecanismos de control que garantizarán una gestión transparente, eficiente, con calidad y sostenible financieramente en el tiempo.

Se implementará un programa multilingüe y multicultural de difusión y promoción de los derechos y obligaciones de los usuarios de Seguros Públicos que abarque a todos los estratos poblacionales, especialmente la población excluida y cuya producción combine los medios y trabajo presencial en justas proporciones.

ECUADOR:

Durante el año 2006, el Gobierno Ecuatoriano puso en vigencia el Programa de Aseguramiento Universal en Salud, PRO-AUS, cuyo objetivo fue brindar un sistema de aseguramiento que comprende prestaciones

integrales con calidad, eficiencia y equidad, bajo una concepción de protección social y una lógica de aseguramiento público, priorizando a la población que vive en condiciones de extrema pobreza y pobreza (la más vulnerable).

Sin embargo, durante el año 2007 la implementación de dicha estrategia se limitó a la ciudad de Quito y a los cantones de Guayaquil y Cuenca, proponiendo para el resto del país el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC). El MAISFC busca mejorar el acceso de la población vulnerable (Q1y Q2)* a los servicios de salud mediante la creación de equipos básicos de atención en las áreas de salud, a los cuales se les asigna un territorio y una población para su cuidado y protección social.

La modalidad dominante de pago en los modelos de aseguramiento en salud es la capitación o pago por evento. Las instituciones que participan en el aseguramiento en salud son: El Ministerio de Salud Pública (MSP) como proveedor y financiador, la Corporación Metropolitana de Salud (Quito) y la Corporación de Salud (Cuenca) como modelos presupuestarias del Proyecto de Aseguramiento Universal de Salud (AUS) que impulsó el MSP en 2006 y en Guayaquil como una modalidad ad hoc que utiliza recursos del bono de desarrollo humano que otorga el gobierno a las familias de pobres.

La regulación del aseguramiento en salud es ejercida por el MSP, a través de la Subsecretaría de Extensión de Protección Social en Salud cuyo grado de desarrollo es incipiente. El marco regulador existente para las

instituciones que participan de la protección social está dado por los Convenios firmados con proveedores de primero y segundo nivel donde se detallan las actividades de salud, individuales y colectivas, que deben ejecutarse en prevención y curación así como las actividades de promoción de la salud.

*Quintiles con población de extrema pobreza sin ningún tipo de seguros.

Fuente: Fuente: MSP - Proyecto MODERSA. Consultoría CARE-UJH.
Diseño AUS. 2003.

ARGENTINA:

LOS SISTEMAS DE SEGURO: FINANCIAMIENTO

Integración y Reforma de los Seguros de Salud

El subsector de la seguridad social brinda, a través de las obras sociales, cobertura financiera a alrededor de 20 millones de personas, como ya fuera mencionado. Queda así casi un tercio de la población carente de cobertura explícita, siendo este grupo poblacional el que concentra el mayor porcentaje de personas con bajos ingresos y el que contribuye con una mayor proporción al gasto directo de bolsillo.

Para lograr un sistema de salud más equitativo y eficiente es esencial, por un lado, tratar de disminuir las diferencias que existen entre las distintas entidades que componen el sistema, y por otro lado, atemperar las

diferencias en cuanto a acceso, financiamiento y prestaciones entre la población con cobertura explícita y la población que actualmente carece de ella, haciendo extensiva la cobertura a estos últimos.

Lo que se procura es integrar la cobertura financiera que brindan las Obras Sociales nacionales, las Obras Sociales provinciales, las empresas de medicina prepaga y la potencial cobertura que se podría brindar a la población carente de la misma, dentro de un mismo marco regulatorio, financiero y prestacional, de manera de facilitar la portabilidad de la misma entre las distintas entidades.

Simultáneamente es necesario mejorar la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad de las obras sociales, profundizando los procesos de reconversión y de libre opción, de modo que garanticen las prestaciones esenciales de salud y su calidad. Es asimismo menester fortalecer la función reguladora, de evaluación y de control por parte de los organismos de Gobierno -nacionales, provinciales y municipales- mediante el desarrollo coordinado y la aplicación de las normas y procedimientos pertinentes.

Si este proceso tuviera éxito, aunque en muchas jurisdicciones implicara realizar reformas legislativas, se podría disponer de un sistema con mayor integralidad y homogeneidad a nivel del país.

El Ministerio de Salud de la Nación se propone una modificación global importante del **Sistema Nacional del Seguro de Salud**, en consenso con

otras instancias nacionales y provinciales, que comprende los siguientes objetivos:

- **Consolidar y ampliar la reforma de las Obras Sociales Nacionales** y propiciar acuerdos con las jurisdicciones para la **reforma de las Obras Sociales Provinciales**, profundizando los procesos de reconversión, libre opción y la integración dentro del marco regulatorio nacional.
- Garantizar los servicios de salud, con criterios de integralidad y universalidad, para la **población sin cobertura** y propiciar el desarrollo de **seguros de salud** a nivel jurisdiccional.
- Incorporar a las Empresas de **Medicina Prepaga al marco regulatorio** del sistema de seguro.
- Definir los **beneficios básicos y únicos** a los que se obliga el sistema:

PMO

- Implementar normas para el **diagnóstico económico financiero y procedimiento de crisis de Obras Sociales** y promocionar e **implementar Consorcios** y otras formas asociativas de Obras Sociales.
- Desarrollar en **coordinación con el Sistema Nacional de Información** para la Salud, los sistemas de información requeridos por el sistema de seguros, así como los estudios necesarios de economía de la salud, para una administración más eficiente.

Marco Regulatorio de las Obras Sociales Nacionales. Decreto 446/2000

El cambio en el **Marco Regulatorio de las Obras Sociales Nacionales** recibió un nuevo impulso desde la publicación del **Decreto 446 en junio de 2000**, a través del cual se busca incrementar la solidaridad del sistema mediante el fortalecimiento del Fondo Solidario de Redistribución, aumentando los aportes al mismo en relación con el nivel salarial. Además, asegura una cápita por “beneficiario”, no por afiliado como era en el sistema hasta el presente, e incrementa las posibilidades de optar libremente entre más agentes de salud, ya que permite que los prepagos y otras entidades puedan inscribirse como agentes de salud, con la obligación de brindar las mismas prestaciones y en igualdad de condiciones respecto de las Obras Sociales.

El paso lógico siguiente sería el ajuste de las cápitass por riesgo según edad, sexo y lugar de residencia, en concordancia con un sistema más equitativo, así como el desarrollo de un padrón de afiliados confiable y actualizado.

Cabe señalar que para que las entidades puedan cumplir adecuadamente con las prestaciones que por Ley deben brindar (PMO), deberían tener una población de beneficiarios de un tamaño y con características tales, que constituya un conjunto de riesgo adecuado. En la actualidad, un porcentaje muy significativo de entidades no reúne estas condiciones, ya que poseen una población insuficiente en cuanto a número de beneficiarios, por lo que se prevé una concentración de las mismas.

La **Superintendencia de Servicios de Salud** se encuentra abocada a la **reglamentación del Decreto**, que entrará en vigencia a partir de **Enero del 2001**. Dicha reglamentación contempla entre otras cosas, la cápita mínima que el sistema asegura por beneficiario; un sistema de reaseguro para las prácticas de baja prevalencia y alto costo; normas claras para evitar posibles prácticas de selección adversa o “descreme” por parte de los agentes, así como para el control de los subsidios cruzados, en general por la atención en el sector público de personas aseguradas en otros sistemas, sin la necesaria compensación económica.

Programa Médico Obligatorio –PMO

El Programa Médico Obligatorio es un listado de las prestaciones que obligatoriamente deben brindar las Obras Sociales Nacionales y está en vigencia desde la publicación de la Resolución del Ministerio de Salud N° 247/96. El Ministerio elaboró dicho programa en cumplimiento del Decreto del Poder Ejecutivo N° 492/95.

El análisis del actual **PMO** revela que reproduce el modelo prestacional vigente, con un fuerte acento en los procesos curativos de mediana y alta complejidad. Asimismo carece de un desarrollo suficiente de acciones de prevención y promoción y de pautas para la acción en el primer nivel de atención.

La **Superintendencia de Servicios de Salud** está analizando el **PMO** y proponiendo las modificaciones y adecuaciones necesarias, a fin de exigir a los entes del seguro y a los prestadores de salud la

implementación de la nueva estrategia, en cuanto a desarrollar un modelo con fuerte **énfasis en la prevención y promoción**, que facilite la accesibilidad y que incluya la atención materno infantil o de patologías prevalentes como el VIH/SIDA. Dichos cambios deberán, además, reflejar y adaptarse a las realidades jurisdiccionales o regionales.

Esta situación convierte al **PMO** en un poderoso **instrumento de políticas de salud**, con un carácter de “**único**” y como parte de un nuevo proyecto de salud más equitativo.

CHILE:

El Sistema de Salud chileno es mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados. El sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes: los 29 Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP).

La función principal del SNSS consiste en brindar prestaciones de salud a través de una red asistencial compuesta por Hospitales, Consultorios Urbanos y Rurales, y Estaciones Médico-rurales y Postas Rurales; también ejerce funciones de regulación. El Instituto de Salud Pública (ISP) sirve de Laboratorio Nacional y de Referencia, lo que involucra la normalización y control de calidad de los laboratorios y de los medicamentos; también tiene funciones en la vigilancia y cumplimiento de

regulaciones ambientales. La CENABAST facilita la provisión de medicamentos y demás insumos de uso médico al sistema. El FONASA financia las acciones de salud y las inversiones, así como las prestaciones otorgadas a través del Sistema o por otros organismos. Además, establece convenios y fija aranceles. La SISP se encarga de controlar las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs).

El financiamiento proviene de un aporte fiscal al aseguramiento y la provisión públicos. Además, existe un aporte obligatorio de los asalariados que corresponde al 7% de sus sueldos. El componente público lo gestiona FONASA este Fondo recibe los aportes de los asalariados que escogen esta opción de aseguramiento, así como las transferencias del Presupuesto de la Nación para la atención de los indigentes y para el financiamiento de los programas de salud pública.

El aseguramiento privado se hace a través de las ISAPREs. En 1999 FONASA cubría al 62% y las ISAPRES al 22% de la población. La población cubierta por FONASA tiene una mayor proporción de mujeres y de adultos mayores que la adscrita a las ISAPRES; sin embargo, la participación de mujeres cotizantes en este último sistema es similar a su representación en la fuerza de trabajo. El 16% de la población restante pertenece a otros sistemas (Fuerzas Armadas, Universidades, etc.) o no está adscrita a ningún esquema formal de seguro.

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), aseguradoras privadas de salud que administran la cotización obligatoria de quienes

opten por adscribirse a ellas. Las ISAPREs pueden acordar con sus clientes primas complementarias para mejorar los planes de salud. Las ISAPRE son fiscalizadas por la Superintendencia de ISAPRE (SISP). Existe otro seguro específico para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que es administrado por Mutualidades de Empleadores y financiado por los empleadores mediante un porcentaje de las remuneraciones (0,9%), el que puede aumentar según el riesgo de accidentabilidad de la empresa. La cobertura global del FONASA en el año 1999 fue de 62% de la población chilena, mientras que la de las ISAPRE fue de 22%. El 16% restante corresponde a grupos con sistemas particulares (como las Fuerzas Armadas) o no pertenecen a ningún sistema. La población cubierta por FONASA tiene una mayor proporción de mujeres, especialmente en el segmento de edad fértil, y de adultos mayores que la población adscrita a las ISAPREs.

Los asegurados del FONASA tienen dos posibilidades de acceso a la atención de salud. En la modalidad institucional, sólo pueden utilizar la red pública de prestadores. Toda la población considerada como indigente pertenece a esta modalidad. La otra alternativa es la modalidad de libre elección, reservada a los cotizantes y sus beneficiarios. Estos tienen la opción de elegir dentro de la lista de prestadores públicos y privados que han suscrito convenio con FONASA.

Las ISAPREs pueden ser cerradas o abiertas. En el primer caso, la posibilidad de inscripción está limitada a ciertas personas, en general las que trabajan en una empresa o un sector económico determinado. En el

segundo, la inscripción es abierta a toda la población con niveles de renta que les permita afiliarse. En su gran mayoría, las ISAPREs (23 operando en 2000) trabajan preferentemente con prestadores privados, aunque pueden realizar acuerdos con las instituciones públicas de salud para la atención de urgencia, unidades de tratamiento intensivo y pensionados (secciones de hospitales públicos destinadas a atención de pacientes privados, con un número de camas que no puede exceder 10% del total de la dotación). Algunas ISAPRE disponen, a su vez, de su propia red para la atención de sus beneficiarios.

El FONASA y la SISP, si bien son instituciones con patrimonio y personalidad jurídica propia, se encuentran sometidos a la rectoría del Ministro de Salud. Los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, son los representantes del Ministro en la Región, quien los designa en consulta con el Intendente y pasan a formar parte del gabinete técnico de ese último.

Existen otros dos organismos autónomos de ámbito nacional: el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimiento (CENABAST). El ISP, a la vez que realiza el control de los medicamentos e insumos médicos, también actúa como laboratorio de referencia nacional y productor de vacunas y reactivos, y tiene funciones en la vigilancia y cumplimiento de regulaciones ambientales. La CENABAST actúa como agente intermediador para la compra de productos destinados al subsistema público.

CAPITULO III

1.1. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS:

Durante el mes de mayo del año 2005 el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas presentó una cobertura de 846 atenciones dentro del sistema de seguro integral de salud (SIS) en sus diferentes planes propuestos como son: Plan A,B,C,D,E (ver tabla N° 01) , observándose que la mayor cobertura en servicios de salud la tuvieron la población afiliada en el Plan A (grupo etáreo de 0-4 años) correspondiendo en un 40.5% del total de atenciones en el mes de mayo, en el plan C fue de 39.1%, el plan B el 21.1 % y en menor porcentaje el plan D y E con 1.1.% y 0.1% respectivamente.

TABLA N°01:

**ATENCIONES SEGÚN PLANES DE SALUD- MAYO 2005-
HRVFCH.**

PLANES	Nº	%
PLAN A	343	40.5
PLAN B	170	20.1
PLAN C	322	38.1
PLAN D	10	1.1
PLAN E	01	0.1
TOTAL	846	100

Fuente: ODSIS- Chachapoyas

Así mismo durante mayo del 2005 se realizaron un total de 846 atenciones en los diferentes planes observándose que los pacientes del plan B fue el grupo etéreo que acudió en su mayoría a consulta externa es decir un 74.1% seguido de los usuarios del plan A con un 65.3% . De igual manera el grupo que se fue atendido con el servicio de hospitalización fue el grupo del plan D con un 40% de las atenciones seguido del grupo del plan A con un 23.3% y en cuanto a emergencias el grupo con mayor atención fueron del Plan D con un 60% de las atenciones seguido del grupo del Plan B con un 17.7% de las atenciones generadas en dicha área (ver tabla n° 02).

TABLA N° 02:
ATENCIONES POR SERVICIO-MAYO 2005-HRVFCH.

PLANES	TIPO DE ANTENCION						TOTAL	
	Consulta	Externa	Hospitalización		Emergencia			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	224	65.3	80	23.3	39	11.4	343	100
B	126	74.1	14	8.2	30	17.7	170	100
C	200	62.1	68	21.1	54	16.8	322	100
D	0	0	4	40	6	60	10	100
E	1	100	0	0	0	0	1	100

Fuente: ODSIS- Chachapoyas

También se puede explicar en la tabla N 03 que del 100% de atenciones realizadas en el mes de mayo del 2005, el 64.4% corresponde a atenciones realizadas de manera común es decir a oferta y demanda, siendo un 27.4% atenciones por emergencia y solo un 8.2% referencias (69 atenciones) derivadas al establecimiento por centros y puestos de salud de periferia con menor capacidad resolutive (ver tabla n° 03).

TABLA N°03:
TIPO DE ATENCIONES.

TOTAL DE ATENCIONES	COMUN	REFERIDOS	EMERGENCIA
846	545	69	232
100%	64.4%	8.2%	27.4%

Fuente: ODSIS-Chachapoyas.

TABLA N°04:

PRODUCCION APROBADA MAYO 2005 – REEMBOLSO AL HRVF-CH.

SALDO ANTERIOR SEGÚN REPORTE A JUNIO 2005 (1)						MOVIMIENTO												SALDO ACTUAL SEGÚN REPORTE A JULIO DEL 2005 (4)=(1+2-3)					
						PRODUCCION APROBADA MAYO DEL 2005 (2)						TRANSFERENCIA JULIO DEL 2005 (3)											
PLAN A	PLAN B	PLAN C	PLAN D	PLAN E	TOTAL	PLAN A	PLAN B	PLAN C	PLAN D	PLAN E	TOTAL	PLAN A	PLAN B	PLAN C	PLAN D	PLAN E	TOTAL	PLAN A	PLAN B	PLAN C	PLAN D	PLAN E	TOTAL
1,713.77	703.00	2,600.00	90.00	0.00	5,106.77	4,034.00	2,523.00	10,259.00	510.00	12.00	17,338.00	5,925.80	3,339.00	13,317.00	623.00	13.00	23,217.80	-178.03	-113.00	-458.00	-23.00	-1.00	-773.03

FUENTE: ODSIS CHACHAPOYAS

Como se puede apreciar en la presente tabla n°4 el resultado de las atenciones (producción) realizadas durante el mes de mayo del 2005 es de s/17.338.00 , pero dicha transferencia se realizó de manera retrasada es decir en el mes de Julio del mismo año agregándose a esta cantidad un adelanto de las atenciones realizadas en junio bajo el mismo sistema en el HRVF, razón por lo que retrasó las actividades económicas a ejecutar en mayo y que ayudaría a mejorar la capacidad resolutive del hospital mediante la compra de insumos, equipos, medicinas, etc que beneficiaría a la población inscrita en dicho sistema de salud.

1.2. PROPUESTA:

El sistema de Seguro Integral de salud (SIS) es una propuesta muy positiva a las necesidades de una población vulnerable sobre todo porque brinda una mayor accesibilidad a los servicios de salud, pero sin embargo muestra sus limitaciones y debilidades sistémicas ya que aún no puede coberturar enfermedades complejas y/o congénitas (ejem: cáncer, malformaciones congénitas, etc) así como limita las atenciones a personas con desequilibrios mentales de diferente índole. Problemática que si bien es analizada y estudiada en otras áreas de salud pero que no refleja el dar solución a dichos problemas a aquella población de extrema pobreza que es la más asequible a tal situación.

Por ello la propuesta que se realiza mediante esta corta evaluación a un sistema de salud universal es que se debe ampliar las coberturas, los planes de atención y mejorar las tarifas mediante un análisis socioeconómico que alcance en su totalidad y brinde soluciones o de alternativas de mejorar la universalidad de un sistema de salud a la población mas vulnerable, garantizando su gratuidad teniendo como meta accesibilidad a los servicios de salud, población sana y establecimientos de salud equipados según sus niveles para brindar una atención con calidad y calidez.

CONCLUSIONES

- El reembolso del seguro integral tiene impacto significativo para el Hospital Regional Virgen de Fátima ya que permitió mejorar la institución con equipos e insumos.
- El reembolso del seguro integral impactó positivamente en la gestión económica del Hospital durante el mes de mayo del 2005.
- La oferta y la demanda se va incrementando paulatinamente cuando se cuenta con los medios para brindar una adecuada atención, esto en relación a que en el mes de mayo se realizaron más atenciones locales que atenciones por referencias de otros establecimientos periféricos.

RECOMENDACIONES

La presente investigación permitió que se realicen algunas recomendaciones a la institución prestadora de servicios de salud como el Hospital Regional Virgen de Fátima y a la oficina del Seguro Integral en lo siguiente:

La mejora en la gestión del Hospital Regional Virgen de Fátima sería si el reembolso de las prestaciones de salud se realizaran al siguiente mes y no retrasarlas por dos o más meses.

- Implementar estrategias que permitan clasificar las atenciones de manera práctica para su clasificación y posterior reembolso.
- Capacitación permanente al personal de salud en el manejo y llenado de fichas de atención disminuyendo así el tachado de formatos por mal llenado o por errores.

BIBLIOGRAFIA

1. Boletín informativo: Políticas de salud – Ministerio de salud Argentina – Buenos Aires 2000 – pg. 23 al 27.
2. Boletín de la OPS: Perfil del Sistema de Servicios de Salud – Chile 2002- Pg 04 al 06.
3. Boletín Perfil de los Sistemas de Salud – Ecuador 2008- OPS- Pg 23 y 24.
4. Instructivo N° 001-2005-SIS-J/GO - Registro del formato de atención de Puestos, Centros de Salud y Hospitales I y II - Lima
5. JARAMILLO Miguel, PARODI Sandro- El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso- Editorial GRADE- Lima 2004 – Pg. 61 a 66.
6. LEÓN Francisco - Modernización y comercio exterior de los servicios de salud - Editorial CEPAL / ECLAC - Santiago de Chile-2000.
7. Manual Lineamientos del Modelo de Seguro Integral de Salud - MINSA-2001-Perú.
8. RATHE Magdalena— La Reforma de Salud y la Seguridad Social USAID-RES-PID-PUCCMM-SANTO DOMINGO, RD- 2001. Noviembre.
9. RODEL Karin / HOLST Jens- Evaluación del Seguro Materno Infantil (SMI) en el Perú con la Metodología Infosure- Proyecto

Sectorial "Seguros sociales de salud para países en vías de desarrollo"- GTZ- Lima 2001.- Pg. 15 a 17.

10. ZANELLI REYES, Humberto - Manual Implementación y Capacitación del SIS- 2001. - USIS - Lima - Perú
11. MINSA. Seguro integral de salud. 2005. En www.minsa.gob.pe
[Noviembre 2005]
12. Seguro Escolar Gratuito [Setiembre 2005] www.google.com
13. Efecto Comparativo de los diversos modelos de Financiamiento en servicios de Salud [Agosto 2005] www.yahoo.com.es

ANEXOS

ANEXO 1

GUIA DE OBSERVACION DE FICHAS DEL SIS

La presente guía permitirá clasificar el tipo de atención que se brindó al usuario de este sistema en mayo del 2005, en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas teniendo como base el formato del SIS(anexo 2)

I. ASEGURAMIENTO:

a.- Subsidiado

b.- Sis Salud

II. SITUACION:

a.- Inscrito

b.- Afiliado

III. PLAN:

1.- A 2.- B 3.- C 4.- D 5.- E 6.- G

IV ATENCION:

a.- Común

b.- Referido

c.- Emergencia

V.- CONCEPTOS PRESTACIONALES:

1.- Servicios Generales y especializados

2.- Alto costo (medicamentos, insumos y procedimientos)

3.- Traslado de emergencia

4.- Caso Especial

5.- Caso excepcional

6.- Sepelio.

VI.- DESTINO:

1.- Alta 2.- Citado 3.- Hospitalizado 4.- Contrarreferido 5.-

Fallecido

6.- Referido.

VII.- SERVICIO MATERNO INFANTILES:

1.- Atención al RN 2.- Atención a Gestante 3.- Vacunas

4.- Control de CRED 5.- Puerperio.

[illegible]