

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
ESCUELA DE POST GRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN  
GERENCIA**



**“INDICADORES DE MONITOREO PRESTACIONALES SEGURO  
INTEGRAL DE SALUD - CÁPITA EN MICRO REDES DE LA RED  
DE SALUD PERIFÉRICA AREQUIPA CAYLLOMA 2014”**

Tesis presentada por la Bachiller

**Beatriz Bernedo Málaga**

Para optar el Grado Académico de

**Magíster en Salud Pública con  
Mención en Gerencia**

**Arequipa – Perú**

**2016**

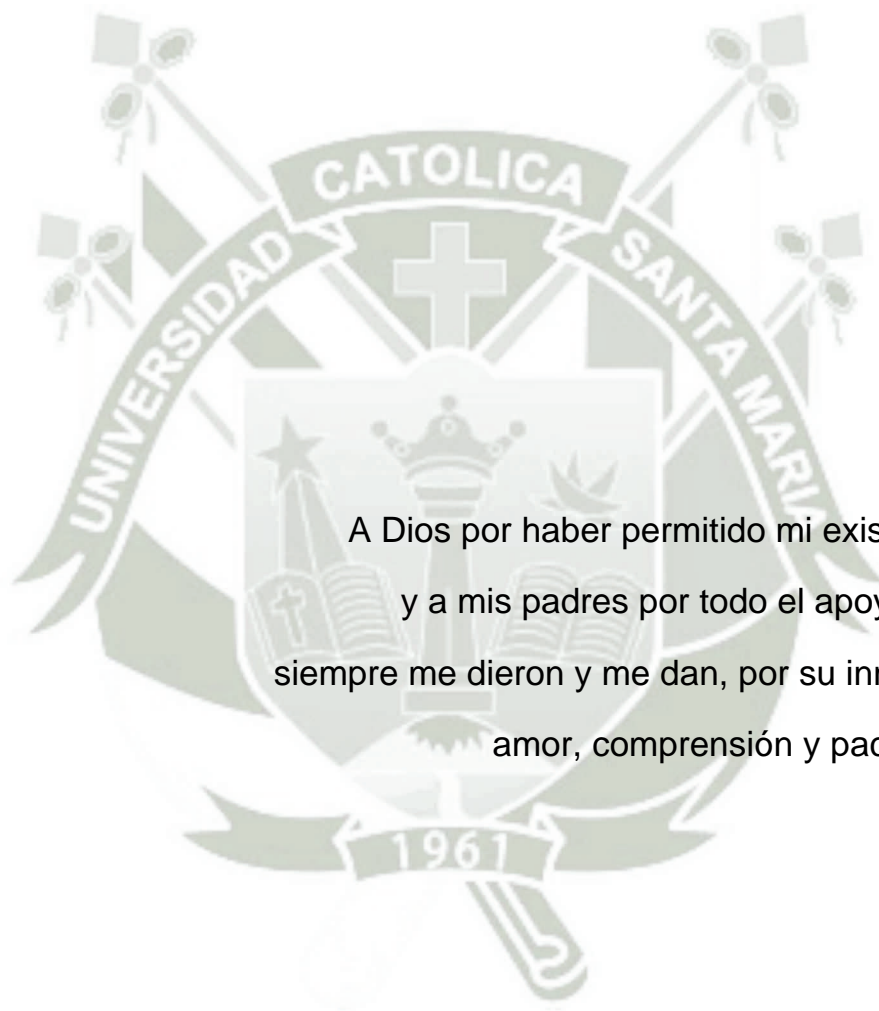
**“COMPARACIÓN DE INDICADORES DE MONITOREO  
PRESTACIONALES SEGURO INTEGRAL DE SALUD - CÁPITA  
EN MICRO REDES DE LA RED DE SALUD PERIFÉRICA  
AREQUIPA CAYLLOMA 2014”**

Creo que necesitamos una pluralidad de indicadores para responder a la pregunta sobre cómo va la sociedad. (Amartya SEN) <sup>1</sup>



---

<sup>1</sup> Entrevista con Amartya SEN publicada en PHILOSOPHIE MAGAZINE, n° 44, Noviembre de 2010, pp. 58-63. [Trad. R.A.]



A Dios por haber permitido mi existencia  
y a mis padres por todo el apoyo que  
siempre me dieron y me dan, por su inmenso  
amor, comprensión y paciencia

INDICE.

Resumen	5
Summary	6
Introducción	7
Capítulo I. Resultados	
1.- Características de las Micro Redes de la Red de Salud Arequipa Caylloma.	10
2.- Características de los Indicadores de Monitoreo Prestacionales del Seguro Integral de Salud - Cápita (SIS Cápita) en Micro Redes	23
3.- Comparación de los Indicadores de Monitoreo Prestacionales del Seguro Integral de Salud – Cápita	50
4.- Discusión y Comentarios	52
Conclusiones	87
Sugerencias	88
Propuesta de intervención	89
Bibliografía	103
ANEXO N° 1. Proyecto de tesis	
ANEXO N° 2. Indicadores SIS cápita	
ANEXO N° 3. Matriz de sistematización	
ANEXO N° 4. Análisis de datos	

## RESÚMEN

Actualmente el Seguro Integral de Salud alineado a los objetivos y estrategias sanitarias nacionales ha incorporado la responsabilidad de las metas nacionales a todo el País, a través de un sistema de evaluación por resultados en base a indicadores sanitarios condicionando recursos financieros al cumplimiento de los mismos. Se evalúa cada indicador según las metas establecidas dentro del Convenio para cada año, de modo de contribuir a mejorar los indicadores sanitarios en un plazo establecido. Amerita investigación la posibilidad de que el presupuesto asignado por el SIS respecto al cumplimiento de los indicadores de monitoreo SIS Cápita sea desigual entre los prestadores de atención primaria considerando que existen zonas de extrema pobreza<sup>2</sup> siendo la inequidad una desigualdad injusta y evitable<sup>3</sup> y por tanto justificándose el estudio así por su relevancia social. Con el objetivo de identificar y cuantificar la diferencia entre Indicadores de Monitoreo Prestacionales del SIS - Cápita en Micro Redes de la Red de Salud Arequipa Caylloma en el año 2014 se desarrolló una investigación de tipo documental, con un nivel descriptivo y comparativo, de corte transversal y univariante. Con la técnica de observación documental se aplicó una ficha de observación estructurada en reportes oficiales consolidados anuales de la Oficina de Seguros, Referencias y Contrareferencias. Algunos indicadores tienen un bajo nivel de cumplimiento en todas las Micro redes. Según el análisis de varianza hemos probado que los promedios de los indicadores de las 28 Micro Redes no son iguales, hallándose diferencias significativas por lo tanto se puede decir que existe relación entre el valor del indicador y la Micro Red de origen. Se recomienda realizar futuros estudios de mayor potencia .investigativa a partir del presente estudio de línea de base.

Palabras clave: Indicadores, SIS Cápita, Aseguramiento en salud.

---

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. INEI; 2007. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Washington, D.C.: PanAmerican Health Organization; 1991.(Reprint series No. 9).

## SUMMARY

Currently the Integral Health Insurance aligned to the objectives and national health strategies incorporated the responsibility of national goals throughout the country, through an evaluation system for results based on health indicators conditional financial resources to fulfill them. Each indicator is evaluated according to the goals set in the Convention for each year, in order to help improve health indicators in a specified period. Warrants investigation the possibility that the budget allocated by the SIS regarding compliance with monitoring indicators SIS Capita is uneven among primary care providers considering that there are areas of extreme poverty to be inequity unfair and avoidable inequality and thus justifying the study and its social relevance. In order to identify and quantify the difference between indicators prestaciones Monitoring SIS - Capita Micro Networks of Red de Salud Arequipa Caylloma in 2014 an investigation of documentary type was developed, with a descriptive and comparative level, cross-sectional and univariate. With the technique of documentary observation a tab structured observation in consolidated annual official reports of the Office of Insurance, References and Contrareferencias was applied. Some indicators have a low level of compliance in all Micro networks. According to the analysis of variance we have proved that averages 28 indicators of Micro Networks are not equal, we found significant differences can therefore say that there is relationship between the indicator value and origin Micro Network. It is recommended that future studies of more .investigative power from the present study baseline.

Keywords: Indicators, SIS Capita, health insurance.

## INTRODUCCIÓN

La *capitación* es la *modalidad de pago* mediante el cual los prestadores de salud (los centros y puestos de salud de las Micro Redes) perciben una asignación presupuestal previamente acordada por cada beneficiario de la población afiliada y que están bajo su responsabilidad en compensación a prestaciones de salud otorgadas a estos pobladores sufriendo ajustes de acuerdo a la necesidad y por un lapso acordado en un contrato; en ese sentido el *cápita* es la cantidad de dinero que se debe cancelar por cada poblador de esta población determinada en un lapso preestablecido, en nuestro caso el 2014; al respecto como profesionales de la salud encontramos indicios que la prestación de los servicios priorizados por los programas presupuestales nacionales, a través del mecanismo de incentivos por desempeño con mecanismo de pago capitado, no han dado los resultados esperados en nuestras Micro redes de la Red Arequipa Caylloma durante el 2014.

En un sentido amplio el hecho de tener un seguro mejora la accesibilidad a los establecimientos de salud, pero no asegura que la población empobrecida vaya a ser la que tiene mejores oportunidades de accesibilidad. Creando solamente un seguro gratis para los pobladores en estado de mayor vulnerabilidad no asegura una mayor accesibilidad al existir barreras culturales, educacionales, geográficas, etc. y otras que se derivan de la actuación de los proveedores de salud.

Nuestro estudio se justifica por su relevancia social en la medida que evaluaremos diferencias en “Indicadores Prestacionales del Convenio de Gestión” en el SIS cápita de las Micro Redes. Estos problemas en la atención de salud de los más pobres merecen ser investigados, y también la contingencia que la capitación del

Seguro Integral de Salud SIS sea menor en determinadas zonas de extrema pobreza en comparación a otras con menor pobreza.

El presente estudio buscó determinar los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en niños menores de un año que tiene siete controles de Crecimiento y Desarrollo, que además haya recibido suplementos con Fe, en pacientes parturientas con seis CPNs o más, en pacientes que han recibido prestaciones preventivas de salud bucal, en atendidos con profilaxis antiparasitaria, en atendidos con prestaciones de salud reproductiva, en mujeres tamizadas con PAP, en tamizados en problemas de salud mental y en las Prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior en las diferentes Micro Redes de la Red. Igualmente evaluar si existe un efecto estadísticamente significativo de la variable (o factor) Micro Red sobre la variable dependiente Indicador de Monitoreo Prestacionales del SIS Cápita en Micro Redes - Red de Salud Arequipa Caylloma en el año 2014

El presente estudio se desarrolló teniendo como ámbito general a la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma y como ámbito específico a la Oficina de Seguros, Referencias y Contrareferencias de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma, por lo tanto es un ámbito institucional. En estos límites espaciales se encuentran las unidades de estudio, que son documentos sobre indicadores de monitoreo de las diferentes Micro Redes, constituyendo fuentes secundarias de información.

Se trata de una investigación coyuntural, con un corte temporal de tipo transversal. El universo o población de estudio está conformado por las Micro Redes las cuales se constituyen como las unidades de estudio por ser las entidades que van a ser objeto de medición y por tanto el sujeto de interés en nuestra investigación; los reportes oficiales de los *INDICADORES DE MONITOREO PRESTACIONALES*

*SIS CÁPITA* son las unidades de información y las Micro Redes las Unidades de análisis ya que en ellos se han registrado las mediciones. **No** ha sido necesario acudir al recurso de examinar una muestra. La técnica elegida fue la aplicación de una ficha de observación estructurada. Dentro de los alcances de la investigación es que los resultados pueden ser aplicables a poblaciones semejantes a la del estudio. La limitación importante en este análisis es que sólo puede hacer un contraste de nuestra hipótesis general hallando evidencia para concluir que los indicadores evaluados provocan diferencia- en el promedio observado para la variable de interés.

En el presente informe de investigación, en primer lugar presentamos nuestros resultados estructurados de acuerdo a los objetivos propuestos, es así que se muestran los promedios de los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita según micro redes; seguidamente se exhiben los resultados de la contrastación de los promedios obtenidos entre las Micro redes para terminar con la discusión de resultados siguiendo el mismo orden e integrando finalmente todos los resultados. La propuesta sugerida obedece a la necesidad de incorporar herramientas de la calidad para mejorar el desempeño de estos proveedores de salud en el cumplimiento de los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita.

## CAPITULO I RESULTADOS

### 1.- CARACTERISTICAS DE LAS MICRO REDES - RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

En primer lugar vamos a describir características de la población estudiada para luego presentar las características de los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma Año 2014. En la parte que corresponde a la evaluación de los Indicadores de Monitoreo Prestacionales con frecuencia se hace mención al 80% en el momento de presentar los resultados, por esta razón es que vemos por conveniente hacer algunas precisiones al respecto que permitan comprender el origen de esta cifra y es debida a la Modalidad de pago por Capitación en la que se reembolsa por cada afiliado, con base a un conjunto de atenciones orientadas a la prevención y a la recuperación por afiliado en Establecimientos de Salud de Atención Primaria. Se financia por todos los afiliados aunque no reciban atenciones. Estos mecanismos de pago capitado son un incentivo para que los prestadores limiten la producción de actividades recuperativas y logran un mejor acoplamiento de estas modalidades de pago a las prestaciones preventivo-promocionales. Es un pago anticipado y fijo que recibe el prestador calculado con base a la cantidad total de afiliados. El monto total

negociado se divide en dos, dicha división es consecuencia de una evaluación de desempeño realizada por el financiador, de este modo se divide en:

- Monto fijo: Es un porcentaje del monto negociado, el cual se trasfiere sin condicionar indicadores de evaluación. Debe ser ejecutado de acuerdo a normatividad vigente priorizando la adquisición de diversos bienes y servicios para el cumplimiento de indicadores negociados.
- Monto variable: Es un porcentaje del monto capitado, el cual se trasfiere por el haber cumplido con metas pre establecidas tanto para indicadores prestacionales como para los financieros producto de la negociación entre asegurador y prestador y según evaluación hecha al desempeño del prestador.

Del 100% del monto a transferir por concepto de Cápita 2014 el 75% correspondió al Monto fijo y el 25% restante correspondió al Monto variable, este último previa evaluación y cumplimiento de los Indicadores. Respecto a este monto variable, si el indicador llega al 100% de la meta establecida se pagará el total del valor monetario del indicador. Cuando el indicador se encuentre igual o mayor al 80% el pago se hará en forma proporcionada al porcentaje ponderado de cumplimiento de indicadores. Dicho de otra manera, la noción de promedio ponderado se utiliza para nombrar a un método de cálculo que se aplica cuando, dentro de la serie de indicadores, uno de ellos tiene una importancia mayor. Hay, por lo tanto, un indicador con mayor peso que el resto. El promedio ponderado consiste en establecer dicho peso, también conocido como ponderación, y utilizar dicho valor para realizar el cálculo del promedio.

Cuando el indicador se encuentre por debajo del 80% no se realizará transferencia del monto variable. Como dijimos líneas arriba el valor de 80% al que nos referimos en la presentación de los resultados de los indicadores se debe a esta forma de

transferir el monto total negociado.

Posteriormente se presentarán los resultados de la comparación de estos Indicadores de Monitoreo con la aplicación de la prueba estadística correspondiente.



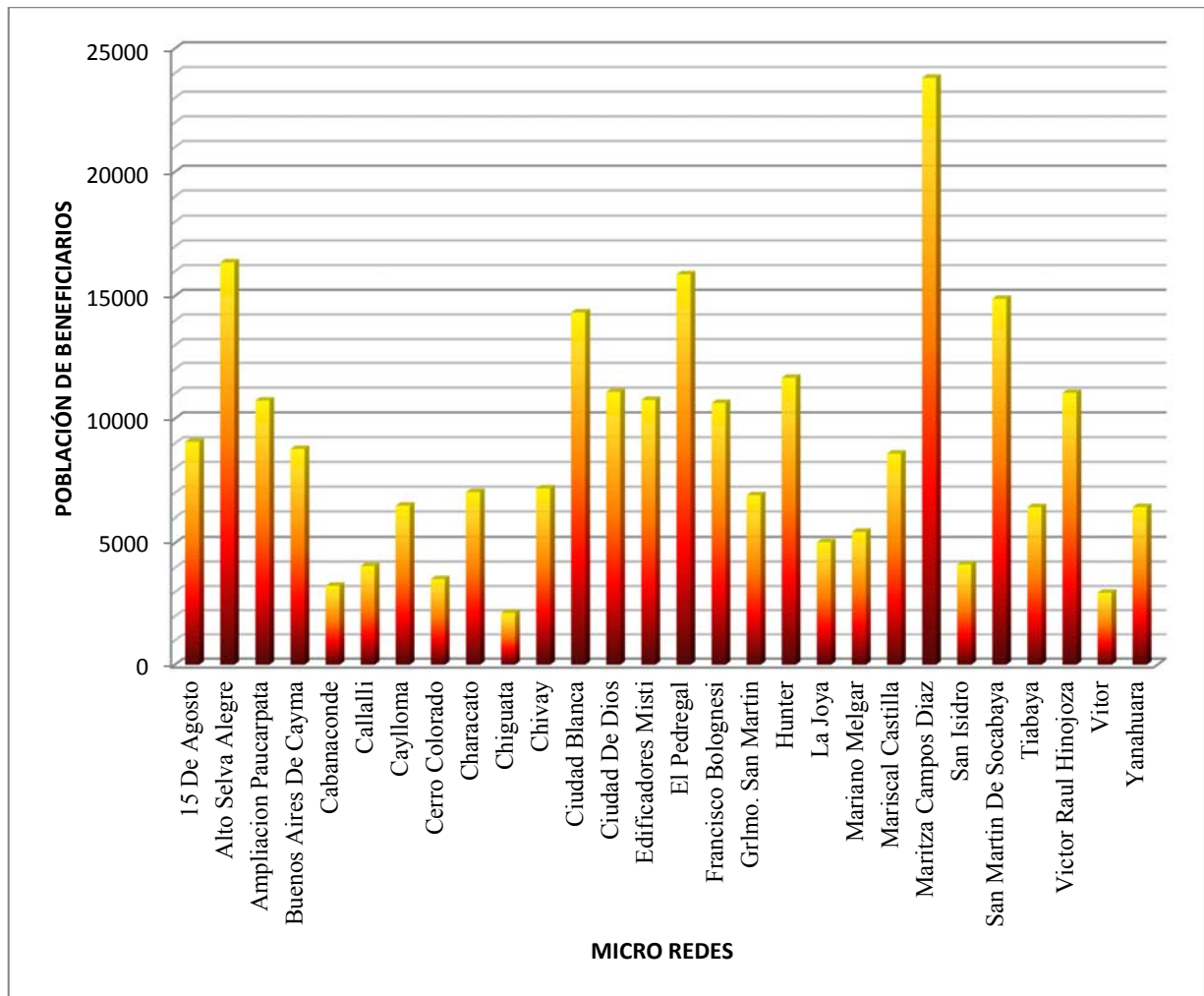
CUADRO N° 1. POBLACIÓN DE BENEFICIARIOS AFILIADOS AL SIS  
SEGÚN MICRO REDES - RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA - 2014

Micro Red		Población de Beneficiarios	
		Número	Porcentaje
1	15 De Agosto	9067	3,65
2	Alto Selva Alegre	16361	6,58
3	Ampliación Paucarpata	10732	4,32
4	Buenos Aires de Cayma	8777	3,53
5	Cabanaconde	3261	1,31
6	Callalli	4077	1,64
7	Caylloma	6489	2,61
8	Cerro Colorado	3539	1,42
9	Characato	7037	2,83
10	Chiguata	2138	0,86
11	Chivay	7182	2,89
12	Ciudad Blanca	14336	5,76
13	Ciudad De Dios	11085	4,46
14	Edificadores Misti	10758	4,33
15	El Pedregal	15878	6,38
16	Francisco Bolognesi	10634	4,28
17	Generalísimo. San Martín	6909	2,78
18	Hunter	11651	4,68
19	La Joya	5038	2,03
20	Mariano Melgar	5457	2,19
21	Mariscal Castilla	8588	3,45
22	Maritza Campos Díaz	23813	9,57
23	San Isidro	4135	1,66
24	San Martín de Socabaya	14888	5,99
25	Tiabaya	6426	2,58
26	Víctor Raúl Hinojoza	11042	4,44
27	Vítor	2977	1,2
28	Yanahuara	6431	2,59
<b>Total</b>		<b>248.706</b>	<b>100,00</b>

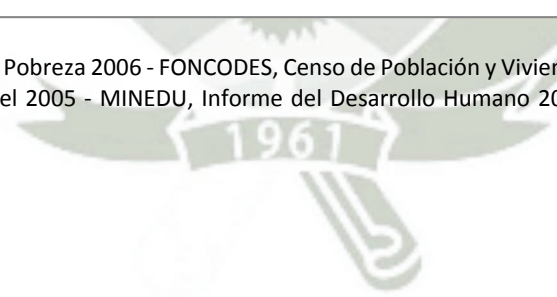
Fuente: Oficina de Seguros, Referencias y Contrareferencias de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma 2014

Las cinco Micro Redes con mayor población de beneficiarios son Alto Selva Alegre, Ciudad Blanca, El Pedregal, Maritza Campos Díaz y San Martín de Socabaya; las menos numerosas en cuanto a afiliados son Cabanaconde, Callalli, Cerro Colorado, Chiguata, San Isidro y Vítor. Esto no quiere decir que sean las menos pobladas sino que aunque tengan una gran población puede que a la vez tengan pocos afiliados.

GRÁFICO N° 1. POBLACIÓN DE BENEFICIARIOS AFILIADOS AL SIS  
SEGÚN MICRO REDES - RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA - 2014



Fuentes: Mapa de Pobreza 2006 - FONCODES, Censo de Población y Vivienda del 2007 - INEI, Censo de Talla Escolar del 2005 - MINEDU, Informe del Desarrollo Humano 2006 – PNUD Elaboración: FONCODES/UPR



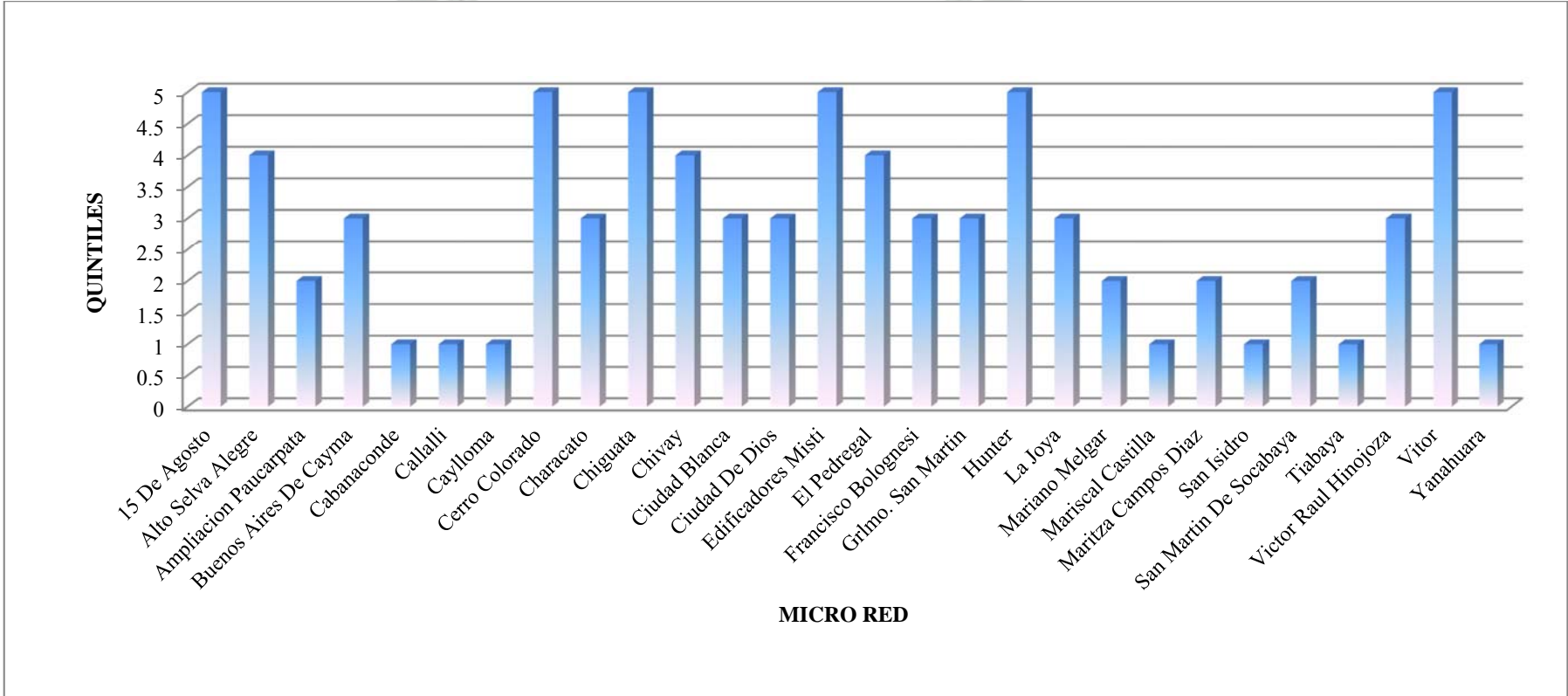
CUADRO N° 2. POBLACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO INTEGRAL DE  
SALUD SEGÚN QUINTILES DE CUMPLIMIENTO EN MICRO REDES DE  
LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA - 2014

N°	Micro Red	Población Beneficiarios	1/: Quintiles ponderados por limitación en el cumplimiento, donde el 1=Más limitado y el 5=Menos limitado
1	15 De Agosto	9067	5
2	Alto Selva Alegre	16361	4
3	Ampliación Paucarpata	10732	2
4	Buenos Aires De Cayma	8777	3
5	Cabanaconde	3261	1
6	Callalli	4077	1
7	Caylloma	6489	1
8	Cerro Colorado	3539	5
9	Characato	7037	3
10	Chiguata	2138	5
11	Chivay	7182	4
12	Ciudad Blanca	14336	3
13	Ciudad De Dios	11085	3
14	Edificadores Misti	10758	5
15	El Pedregal	15878	4
16	Francisco Bolognesi	10634	3
17	Generalísimo San Martín	6909	3
18	Hunter	11651	5
19	La Joya	5038	3
20	Mariano Melgar	5457	2
21	Mariscal Castilla	8588	1
22	Maritza Campos Díaz	23813	2
23	San Isidro	4135	1
24	San Martín De Socabaya	14888	2
25	Tiabaya	6426	1
26	Víctor Raúl Hinojoza	11042	3
27	Vítor	2977	5
28	Yanahuara	6431	1
	Total	248706	3

Fuente: Matriz de elaboración personal.

Se hallan en el quintil 5, el de más alto de cumplimiento, las Micro Redes 15 de Agosto, Cerro Colorado, Chiguata, Edificadores Misti, Hunter y Vítor. En el más bajo Cabanaconde, Callalli, Caylloma, Mariscal Castilla, San Isidro, Tiabaya y Yanahuara.

GRÁFICO N° 2. POBLACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO INTEGRAL DE SALUD SEGÚN QUINTILES DE CUMPLIMIENTO  
 EN MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA - 2014



Fuente: Matriz de elaboración personal.

CUADRO N° 3. MICRO REDES DE SALUD SEGÚN QUINTILES DE  
POBREZA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA 2014

N°	Micro Red	Población Beneficiarios	Quintiles ponderados por la población. 1=Más pobre 5=Menos pobre
1	15 de Agosto	9067	4
2	Alto Selva Alegre	16361	5
3	Ampliación Paucarpata	10732	4
4	Buenos Aires De Cayma	8777	4
5	Cabanaconde	3261	2
6	Callalli	4077	2
7	Caylloma	6489	1
8	Cerro Colorado	3539	4
9	Characato	7037	3
10	Chiguata	2138	3
11	Chivay	7182	2
12	Ciudad Blanca	14336	4
13	Ciudad de Dios	11085	4
14	Edificadores Misti	10758	5
15	El Pedregal	15878	2
16	Francisco Bolognesi	10634	4
17	Generalísimo San Martín	6909	5
18	Hunter	11651	5
19	La Joya	5038	2
20	Mariano Melgar	5457	5
21	Mariscal Castilla	8588	4
22	Maritza Campos Díaz	23813	4
23	San Isidro	4135	2
24	San Martín De Socabaya	14888	4
25	Tiabaya	6426	3
26	Víctor Raúl Hinojoza	11042	5
27	Vítor	2977	2
28	Yanahuara	6431	5
	Total	248706	4

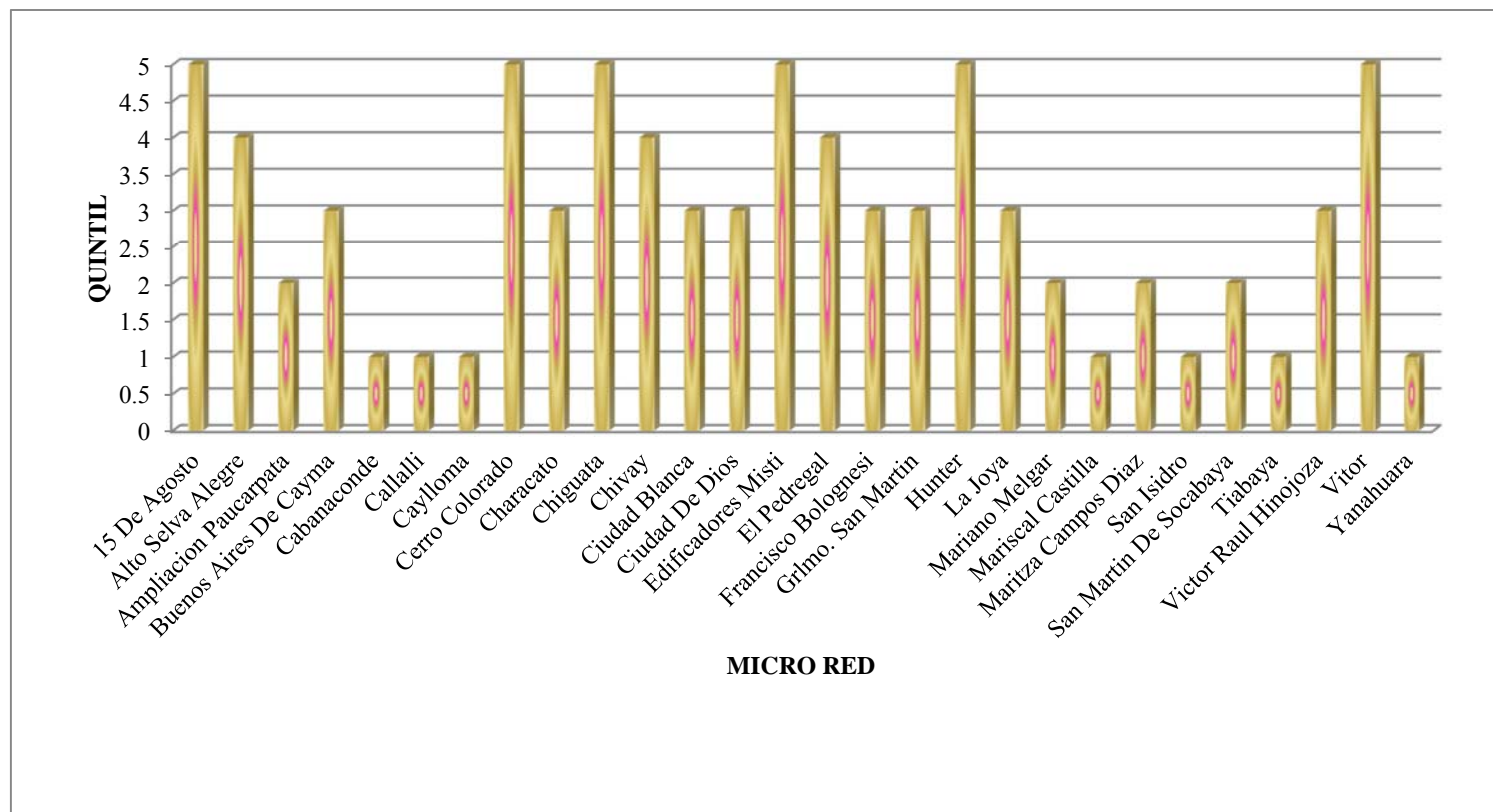
Fuentes: Mapa de Pobreza 2006 - FONCODES, Censo de Población y Vivienda del 2007 - INEI, Censo de Talla Escolar del 2005 - MINEDU, Informe del Desarrollo Humano 2006 – PNUD. Elaboración: FONCODES/UPR

De acuerdo al mapa de Pobreza y según los quintiles ponderados por la población en el quintil menos pobre está Alto Selva Alegre, Edificadores Misti, Generalísimo San Martín, Hunter, Mariano Melgar, Víctor Raúl Hinojoza y Yanahuara. En el quintil más pobre se halla sólo Caylloma (Quintil 1). En el Quintil 2 le siguen

Cabanaconde, Callalli, Chivay, El Pedregal, La Joya, San Isidro y Vitor y en conjunto que en conjunto hacen el grupo de las micro redes más pobres dentro de las estudiadas.



GRÁFICO N° 3. MICRO REDES DE SALUD SEGÚN QUINTILES DE POBREZA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA 2014



1=Más pobre y el 5=Menos pobre. Fuentes: Mapa de Pobreza 2006 - FONCODES, Censo de Población y Vivienda del 2007 - INEI, Censo de Talla Escolar del 2005 - MINEDU, Informe del Desarrollo Humano 2006 – PNUD. Elaboración: FONCODES/UPR

CUADRO N° 4. MICRO REDES DE SALUD SEGÚN QUINTILES DE  
POBREZA Y CUMPLIMIENTO DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA 2014

N°	Micro Red	Población Beneficiarios	Quintiles ponderados por limitación en el cumplimiento. 1=Más limitado. 5=Menos limitado	2/: Quintiles ponderados por la población 1=Más pobre. 5=Menos pobre
1	15 de Agosto	9067	5	4
2	Alto Selva Alegre	16361	4	5
3	Ampliación Paucarpata	10732	2	4
4	Buenos Aires De Cayma	8777	3	4
5	Cabanaconde	3261	1	2
6	Callalli	4077	1	2
7	Caylloma	6489	1	1
8	Cerro Colorado	3539	5	4
9	Characato	7037	3	3
10	Chiguata	2138	5	3
11	Chivay	7182	4	2
12	Ciudad Blanca	14336	3	4
13	Ciudad De Dios	11085	3	4
14	Edificadores Misti	10758	5	5
15	El Pedregal	15878	4	2
16	Francisco Bolognesi	10634	3	4
17	Generalísimo San Martín	6909	3	5
18	Hunter	11651	5	5
19	La Joya	5038	3	2
20	Mariano Melgar	5457	2	5
21	Mariscal Castilla	8588	1	4
22	Maritza Campos Díaz	23813	2	4
23	San Isidro	4135	1	2
24	San Martín de Socabaya	14888	2	4
25	Tiabaya	6426	1	3
26	Victor Raul Hinojoza	11042	3	5
27	Vitor	2977	5	2
28	Yanahuara	6431	1	5
	Total	248706	3	4

Fuentes: Mapa de Pobreza 2006 - FONCODES, Censo de Población y Vivienda del 2007 - INEI, Censo de Talla Escolar del 2005 - MINEDU, Informe del Desarrollo Humano 2006 – PNUD. Elaboración: FONCODES/UPR

Las más limitadas en el cumplimiento de los indicadores son las micro redes Cabanaconde, Callalli, Caylloma, Mariscal Castilla, San Isidro, Tiabaya y Yanahuara; mientras que las que mejor desempeño presentan son 15 de Agosto, Cerro Colorado, Chiguata, Edificadores Misti,

Hunter y Vítor.

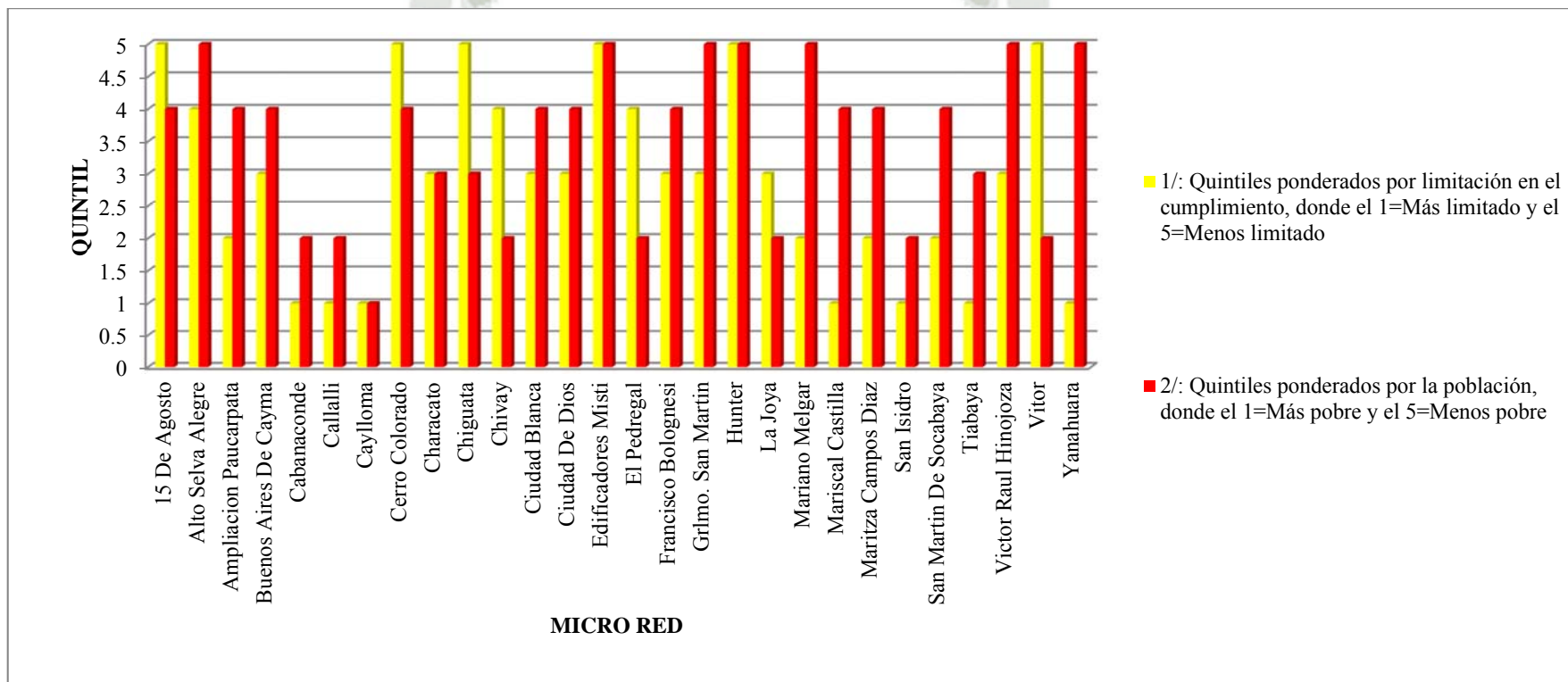
Las Micro Redes más pobres según Quintiles ponderados por la población son Caylloma, Cabanaconde, Callalli, San Isidro, La Joya, Chivay y El Pedregal, estando en el otro extremo Yanahuara, Mariano Melgar, Generalísimo San Martín, Victor Raul Hinojoza, Alto Selva Alegre, Edificadores Misti y Hunter.

Las micro redes Cabanaconde, Callalli, Caylloma, Mariscal Castilla, San Isidro coinciden en pertenecer al grupo más limitado y al más pobre a la vez. Al contrario sólo Edificadores Misti está tanto en el grupo con mejor desempeño como el menos pobre.



GRÁFICO N° 4. MICRO REDES DE SALUD SEGÚN QUINTILES DE POBREZA Y CUMPLIMIENTO DE LA RED DE SALUD

AREQUIPA CAYLLOMA 2014



Fuentes: Mapa de Pobreza 2006 - FONCODES, Censo de Población y Vivienda del 2007 - INEI, Censo de Talla Escolar del 2005 - MINEDU, Informe del Desarrollo Humano 2006 – PNUD. Elaboración: FONCODES/UPR

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES DE MONITOREO  
PRESTACIONALES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - CÁPITA (SIS  
CÁPITA) EN MICRO REDES

CUADRO N° 5. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA SEGÚN  
INDICADOR NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON 07 CONTROLES DE CRECIMIENTO Y  
DESARROLLO Y SUPLEMENTADOS CON HIERRO, AREQUIPA 2014.

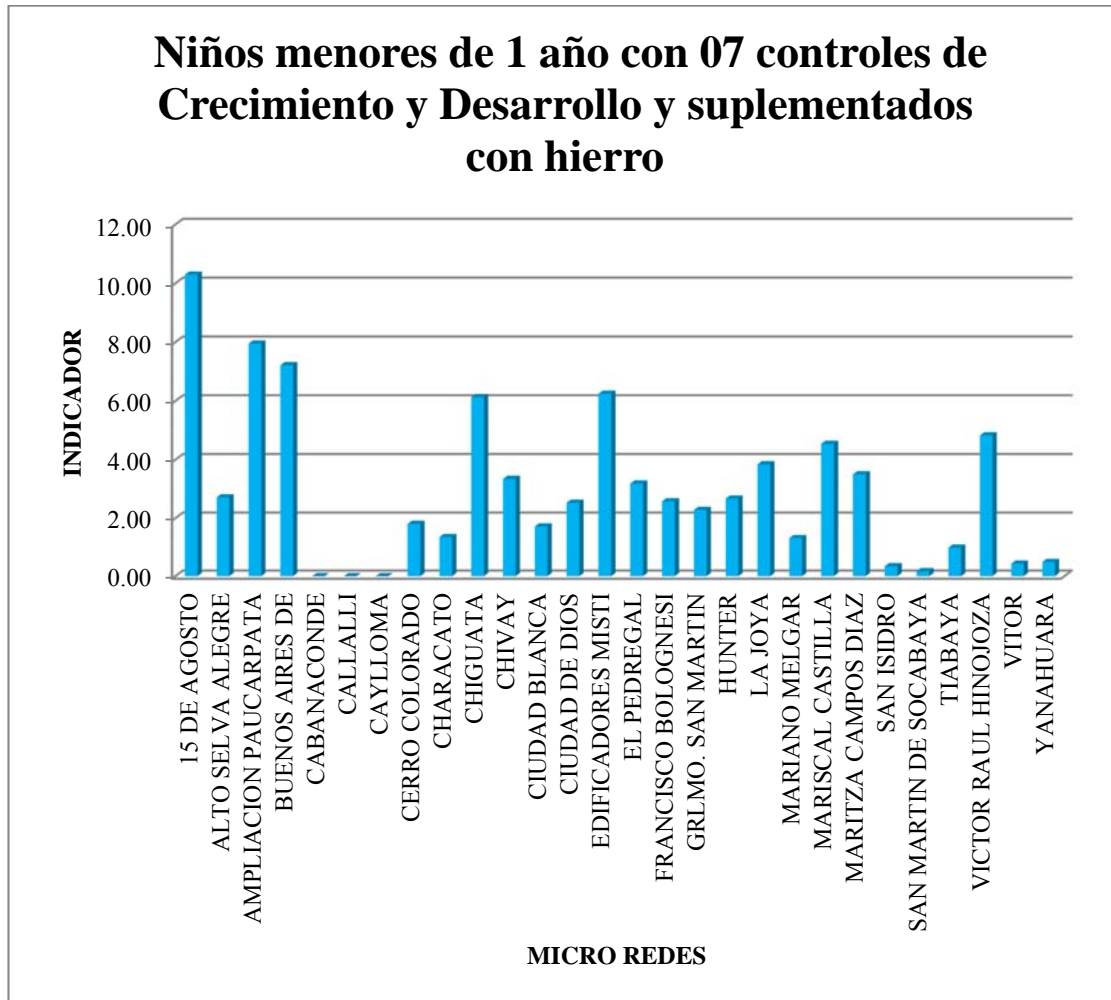
MICRO RED	Número de niñas y niños adscritos al SIS que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación, y cuentan con mínimo 07 CRED y han recibido 2250 mg de hierro elemental en el periodo de evaluación.	Total de niñas y niños adscritos al SIS que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación (Subsidiado y NRUS)	Indicador (porcentaje)
<b>15 de Agosto</b>	205	1991	10,30
<b>Alto Selva alegre</b>	107	3932	2,72
<b>Ampliación Paucarpata</b>	146	1836	7,95
<b>Buenos Aires de Cayma</b>	153	2121	7,21
<b>Cabanaconde</b>	0	214	0,00
<b>Callalli</b>	0	270	0,00
<b>Caylloma</b>	0	452	0,00
<b>Cerro Colorado</b>	13	720	1,81
<b>Characato</b>	19	1408	1,35
<b>Chiguata</b>	16	261	6,13
<b>Chivay</b>	28	836	3,35
<b>Ciudad Blanca</b>	47	2738	1,72
<b>Ciudad de Dios</b>	67	2642	2,54
<b>Edificadores Misti</b>	162	2594	6,25
<b>El Pedregal</b>	100	3133	3,19
<b>Francisco Bolognesi</b>	55	2130	2,58
<b>Generalísimo San Martín</b>	30	1313	2,28
<b>Hunter</b>	63	2352	2,68
<b>La Joya</b>	53	1378	3,85
<b>Mariano Melgar</b>	14	1065	1,31
<b>Mariscal Castilla</b>	68	1497	4,54
<b>Maritza Campos Díaz</b>	197	5619	3,51
<b>San Isidro</b>	2	581	0,34
<b>San Martín de Socabaya</b>	5	2931	0,17
<b>Tiabaya</b>	12	1219	0,98
<b>Victor Raul Hinojoza</b>	91	1884	4,83
<b>Vitor</b>	2	464	0,43
<b>Yanahuara</b>	6	1220	0,49
<b>Total</b>	1661	48801	3,40

Fuente: Matriz de elaboración personal.

En este cuadro destacan las Micro redes 15 de Agosto, Ampliación Paucarpata, Buenos Aires de Cayma, Chiguata, Edificadores Misti y Víctor Raúl Hinojoza con los más altos valores en el indicador. En el otro extremo se hallan las que tienen los resultados más bajos como las Micro redes Cabanaconde, Callalli, Caylloma, San Isidro, San Martín de Socabaya y Vitor, sin embargo se aprecia que las cifras son realmente bajas en todas las micro redes evidenciando un pobre desempeño en el indicador Niños Menores de 1 Año con 07 Controles de Crecimiento y Desarrollo y Suplementados con Hierro.



GRÁFICO N° 5. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON 07  
CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y SUPLEMENTADOS  
CON HIERRO, AREQUIPA 2014.



Fuente: Matriz de elaboración personal.

CUADRO N° 6. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR MUJERES PARTURIENTAS CON 6  
CONTROLES PRENATALES O MÁS, AREQUIPA 2014.

MICRO RED	N° acumulado de partos registrados, de mujeres adscritas en la Micro Red/DISA con 6 controles prenatales o más durante su embarazo en el periodo de evaluación	N° acumulado de partos registrados, de mujeres adscritas en la	Indicador (porcentaje)
15 de Agosto	1333	2224	59,94
Alto Selva alegre	2358	3805	61,97
Ampliación Paucarpata	1083	1984	54,59
Buenos Aires de Cayma	1239	2054	60,32
Cabanaconde	114	213	53,52
Callalli	146	283	51,59
Caylloma	89	377	23,61
Cerro Colorado	657	835	78,68
Characato	805	1277	63,04
Chiguata	141	213	66,2
Chivay	357	879	40,61
Ciudad Blanca	1935	2906	66,59
Ciudad de Dios	1507	2200	68,5
Edificadores Misti	1697	2267	74,86
El Pedregal	597	1648	36,23
Francisco Bolognesi	1115	1915	58,22
Generalísimo San Martín	822	1311	62,7
Hunter	1724	2672	64,52
La Joya	816	1548	52,71
Mariano Melgar	976	1582	61,69
Mariscal Castilla	1001	1433	69,85
Maritza Campos Díaz	4109	7347	55,93
San Isidro	358	534	67,04
San Martín de Socabaya	1681	2931	57,35
Tiabaya	401	1363	29,42
Víctor Raúl Hinojoza	1175	1901	61,81
Vítor	227	325	69,85
Yanahuara	466	1236	37,7
<b>Total</b>	<b>28929</b>	<b>49263</b>	<b>58,72</b>

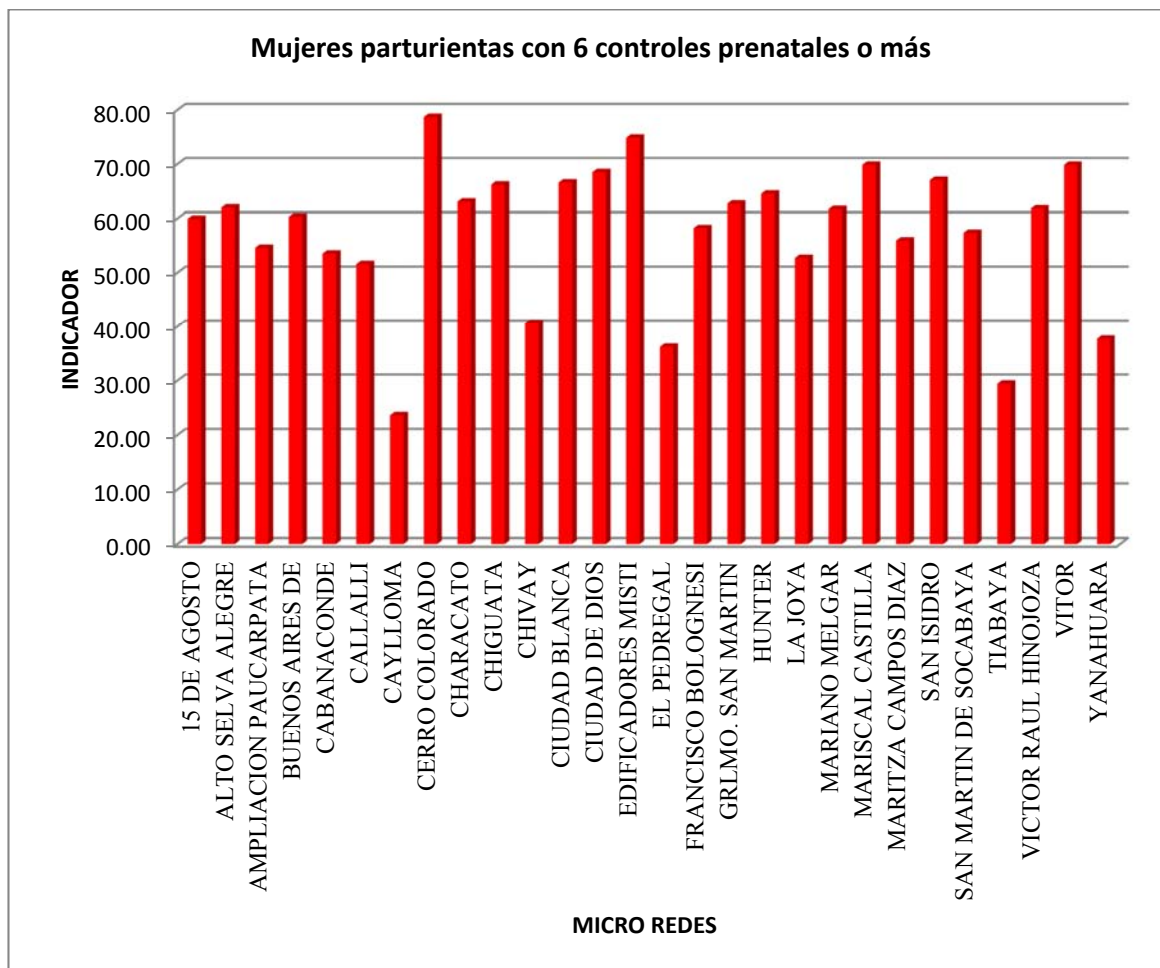
Fuente: Matriz de elaboración personal.

En el cuadro 6 resaltan las Micro Redes de Cerro Colorado, Ciudad de Dios, Edificadores Misti, Mariscal Castilla, San Isidro y Vítor como las de mejores puntajes en el indicador Control Pre Natal, mientras que las de más bajos están las

Micro redes de Callalli, Caylloma, Chivay, El Pedregal, La Joya, Tiabaya y Yanahuara. Merece destacarse que ninguna de las Micro redes 28 llega al 80% de la meta propuesta como indicador.



GRÁFICO N° 6. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR MUJERES PARTURIENTAS CON 6  
CONTROLES PRENATALES O MÁS, AREQUIPA 2014.



Fuente: Matriz de elaboración personal.

CUADRO N° 7. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR ATENDIDOS EN PRESTACIONES DE  
SALUD BUCAL, AREQUIPA 2014.

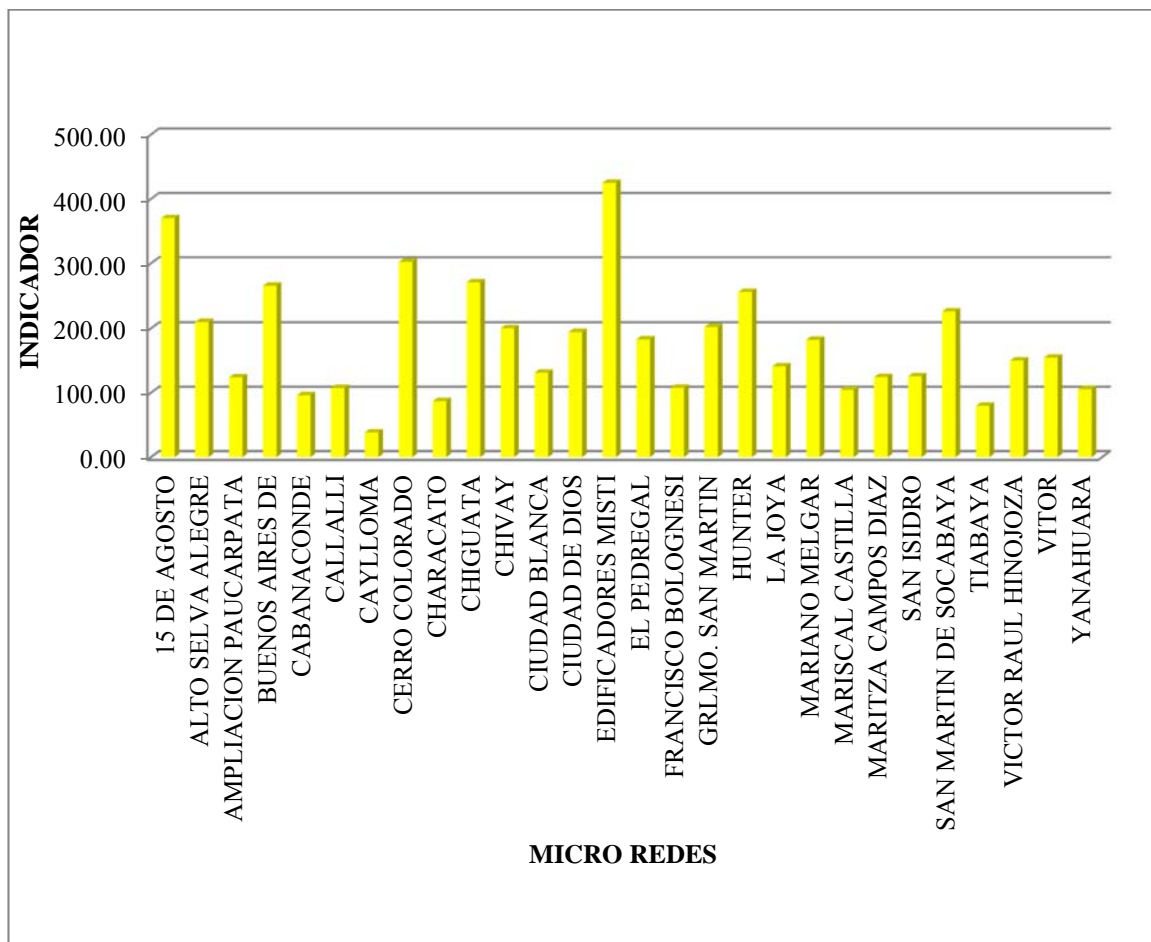
Micro Red	N° acumulado de atendidos en Salud Bucal consideradas en los códigos prestacionales 020, 021 y en el SO2 (Plan Salud Escolar) con CPT=99255 en el periodo de evaluación	N° asegurados al 01 de Enero 2014(Subsidiado y NRUS)	Indicador (porcentaje)
15 De Agosto	33557	9067	370,10
Alto Selva Alegre	34340	16361	209,89
Ampliación Paucarpata	13295	10732	123,88
Buenos Aires De	23282	8777	265,26
Cabanaconde	3139	3261	96,26
Callalli	4383	4077	107,51
Caylloma	2491	6489	38,39
Cerro Colorado	10698	3539	302,29
Characato	6128	7037	87,08
Chiguata	5785	2138	270,58
Chivay	14383	7182	200,26
Ciudad Blanca	18806	14336	131,18
Ciudad De Dios	21555	11085	194,45
Edificadores Misti	45724	10758	425,02
El Pedregal	29061	15878	183,03
Francisco Bolognesi	11450	10634	107,67
Generalísimo San			
Martín	13969	6909	202,19
Hunter	29777	11651	255,57
La Joya	7101	5038	140,95
Mariano Melgar	9949	5457	182,32
Mariscal Castilla	8982	8588	104,59
Maritza Campos Díaz	29629	23813	124,42
San Isidro	5192	4135	125,56
San Martín De			
Socabaya	33692	14888	226,30
Tiabaya	5135	6426	79,91
Víctor Raúl Hinojoza	16578	11042	150,14
Vítor	4604	2977	154,65
Yanahuara	6791	6431	105,60
Total	449476	248706	180,73

Fuente: Matriz de elaboración personal

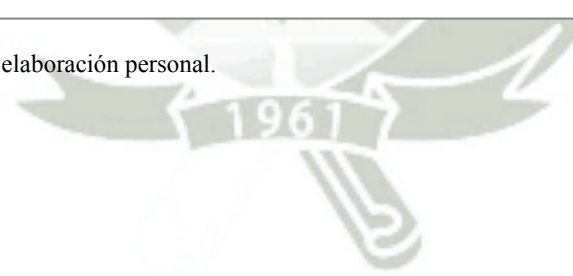
En el indicador Prestaciones de Salud Bucal las Micro Redes 15 de Agosto, Buenos Aires de Cayma, Cerro Colorado, Chiguata, Edificadores Misti y Hunter tienen los mejores valores en el indicador Atendidos en Prestaciones de Salud Bucal, llegando a duplicar e incluso cuadruplicar la meta propuesta, al contrario los valores más bajos los tienen las Micro redes Cabanaconde, Caylloma, Characato, Mariscal Castilla, Tiabaya y Yanahuara. En este indicador las Micro redes Tiabaya y Caylloma son las únicas que no llegan al 80% de la meta.



GRÁFICO N° 7. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR ATENDIDOS EN PRESTACIONES DE  
SALUD BUCAL, AREQUIPA 2014.



Fuente: Matriz de elaboración personal.



CUADRO N° 8. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR ATENDIDOS CON PROFILAXIS  
ANTIPARASITARIA, AREQUIPA 2014.

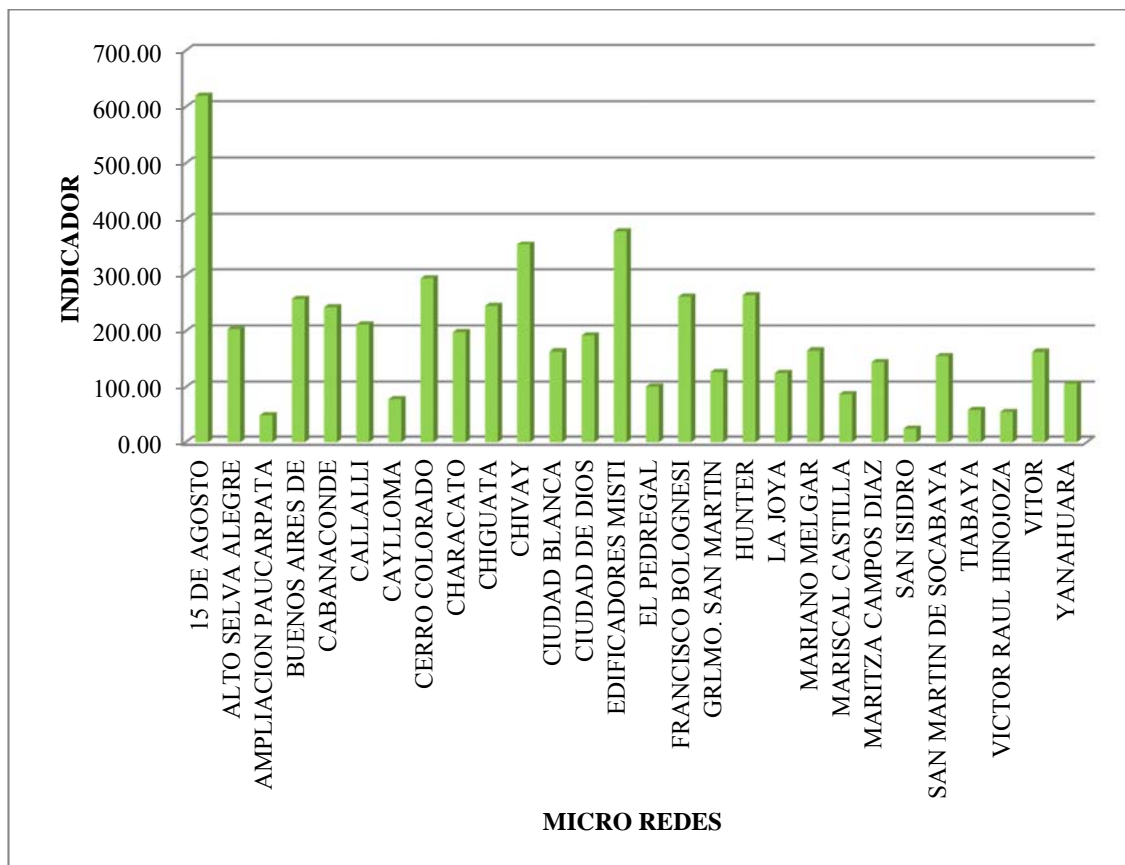
Micro red	N° acumulado de atendidos de 2 - 14 años en Profilaxis Antiparasitaria en el periodo de evaluación	N° asegurados (2-14a) al 01 de Enero 2014(Subsidiado y NRUS)	Indicador (porcentaje)
15 De Agosto	13856	2235	619,96
Alto Selva Alegre	9615	4722	203,62
Ampliación Paucarpata	2347	4796	48,94
Buenos Aires de Cayma	5875	2282	257,45
Cabanaconde	2224	917	242,53
Callalli	2549	1204	211,71
Caylloma	2164	2771	78,09
Cerro Colorado	2482	844	294,08
Characato	4399	2219	198,24
Chiguata	1384	565	244,96
Chivay	7918	2229	355,23
Ciudad Blanca	5703	3476	164,07
Ciudad De Dios	6920	3600	192,22
Edificadores Misti	12044	3178	378,98
El Pedregal	6687	6615	101,09
Francisco Bolognesi	3147	1204	261,38
Generalísimo San Martín	3527	2771	127,28
Hunter	9062	3432	264,04
La Joya	1944	1547	125,66
Mariano Melgar	1978	1194	165,66
Mariscal Castilla	3546	4067	87,19
Maritza Campos Díaz	9998	6885	145,21
San Isidro	525	2138	24,56
San Martín De Socabaya	6968	4458	156,30
Tiabaya	1108	1890	58,62
Víctor Raúl Hinojoza	2111	3848	54,86
Vítor	1850	1131	163,57
Yanahuara	1621	1526	106,23
<b>Total</b>	<b>133552</b>	<b>79697</b>	<b>167,57</b>

Fuente: Matriz de elaboración personal.

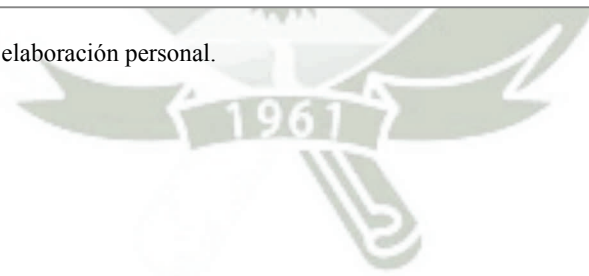
En las Micro redes 15 De Agosto, Cerro Colorado, Chivay, Edificadores Misti, Francisco Bolognesi y Hunter los resultados son los más altos de todas las Micro redes, duplicando y sextuplicando incluso la meta propuesta, el caso contrario es el de las Micro redes Ampliación Paucarpata, Caylloma, Mariscal Castilla, San Isidro, Tiabaya y Víctor Raúl Hinojosa que son los más bajos no alcanzando al 80% excepto una de ellas en este Indicador Atendidos con Profilaxis Antiparasitaria.



GRÁFICO N° 8. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR ATENDIDOS CON PROFILAXIS  
ANTIPARASITARIA, AREQUIPA 2014.



Fuente: Matriz de elaboración personal.



CUADRO N° 9. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR ATENDIDOS CON PRESTACIONES DE  
SALUD REPRODUCTIVA, AREQUIPA 2014.

MICRO RED	Número acumulado de atendidos en Salud Reproductiva	Número de asegurados entre 12 y 60 años de la Micro Red	Indicador (porcentaje)
15 De Agosto	11206	5663	197,88
Alto Selva Alegre	10062	10087	99,75
Ampliación Paucarpata	6009	5268	114,07
Buenos Aires de Cayma	7327	5906	124,06
Cabanaconde	3076	1857	165,64
Callalli	2976	2424	122,77
Caylloma	2243	3697	60,67
Cerro Colorado	5825	2207	263,93
Characato	5954	4142	143,75
Chiguata	2545	1246	204,25
Chivay	5412	4048	133,70
Ciudad Blanca	12909	9330	138,36
Ciudad De Dios	9984	6741	148,11
Edificadores Misti	22587	6296	358,75
El Pedregal	11909	8977	132,66
Francisco Bolognesi	6505	6445	100,93
Generalísimo San Martín	4991	3749	133,13
Hunter	13137	7129	184,28
La Joya	4030	3058	131,79
Mariano Melgar	3938	3604	109,27
Mariscal Castilla	5428	4205	129,08
Maritza Campos Díaz	17301	15505	111,58
San Isidro	3572	2043	174,84
San Martín De Socabaya	11749	9115	128,90
Tiabaya	3165	3925	80,64
Víctor Raúl Hinojoza	5617	6183	90,85
Vítor	3316	1732	191,45
Yanahuara	3619	4175	86,68
<b>Total</b>	<b>206392</b>	<b>148757</b>	<b>138,74</b>

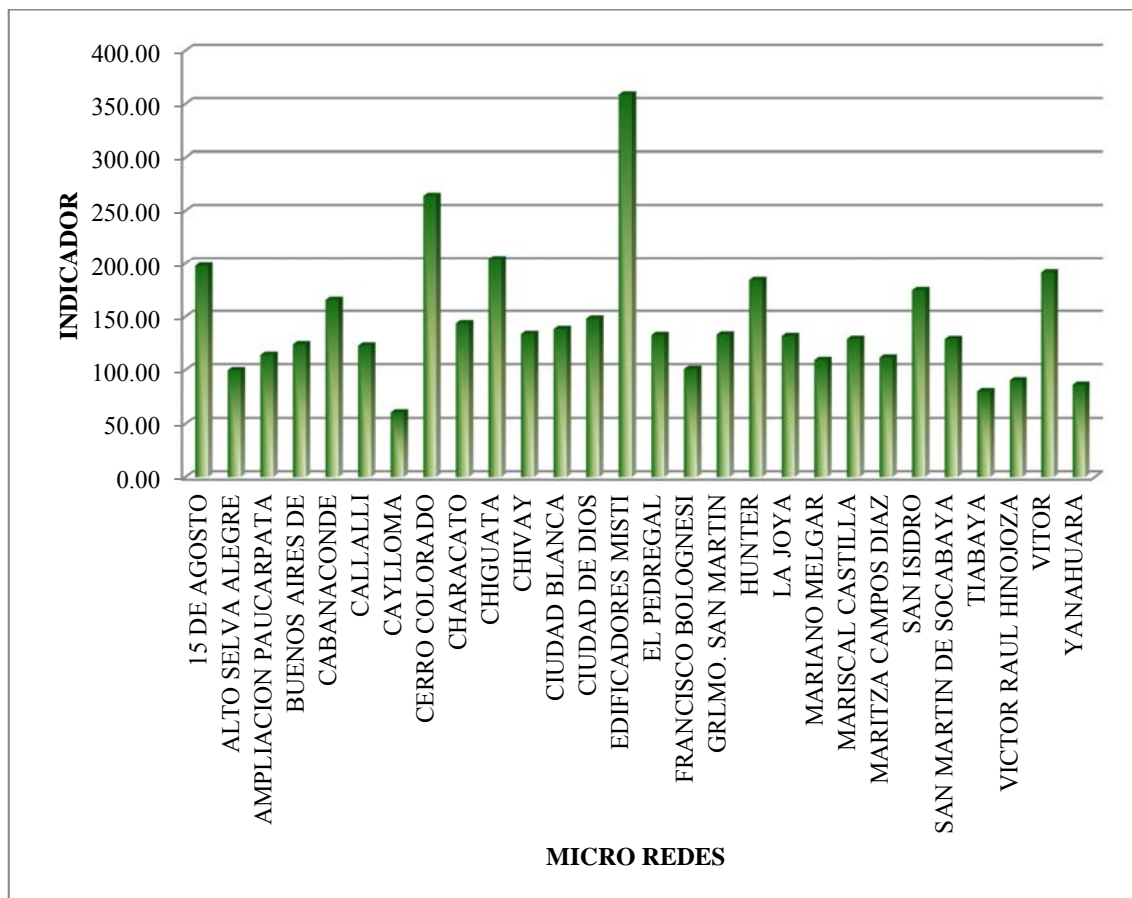
Fuente: matriz de elaboración personal.

En el Indicador Atendidos con Prestaciones de Salud Reproductiva las Micro redes 15 de Agosto, Cerro Colorado, Chiguata, Edificadores Misti, Hunter y Vítor son las más destacadas por sus altos valores que incluso algunas cuadruplican la meta. Los

indicadores más bajos son exhibidos por las Micro redes Alto Selva Alegre, Caylloma, Francisco Bolognesi, Tiabaya, Víctor Raúl Hinojoza y Yanahuara sin embargo todas excepto una sobrepasan la meta planteada del 80% en este indicador.



GRÁFICO N° 9. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR ATENDIDOS CON PRESTACIONES DE  
SALUD REPRODUCTIVA, AREQUIPA 2014.



Fuente: Matriz de elaboración personal.

CUADRO N° 10. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR MUJERES TAMIZADAS CON  
PAPANICOLAU, AREQUIPA 2014.

Micro red	N° acumulado de afiliadas entre 25 a 64 años que se realizaron PAP en el periodo de evaluación	N° Total de mujeres entre 25 a 64 años que son aseguradas al SIS(Subsidiado y NRUS)	Indicador (porcentaje)
15 de Agosto	3676	2184	168,32
Alto Selva Alegre	3311	4033	82,10
Ampliación Paucarpata	2086	2007	103,94
Buenos Aires De	1281	2074	61,76
Cabanaconde	372	688	54,07
Callalli	585	863	67,79
Caylloma	215	1144	18,79
Cerro Colorado	1885	854	220,73
Characato	1524	1584	96,21
Chiguata	615	486	126,54
Chivay	1188	1482	80,16
Ciudad Blanca	3516	4011	87,66
Ciudad De Dios	2076	2410	86,14
Edificadores Misti	5377	2772	193,98
El Pedregal	1974	2972	66,42
Francisco Bolognesi	2121	2526	83,97
Generalísimo San Martín	1464	1441	101,60
Hunter	4181	2907	143,83
La Joya	1231	1236	99,60
Mariano Melgar	853	1612	52,92
Mariscal Castilla	1937	1732	111,84
Maritza Campos Díaz	4895	5602	87,38
San Isidro	1125	669	168,16
San Martín de Socabaya	2779	3595	77,30
Tiabaya	502	1530	32,81
Víctor Raúl Hinojoza	2729	2627	103,88
Vítor	1237	613	201,79
Yanahuara	907	1840	49,29
Total	55642	57494	96,78

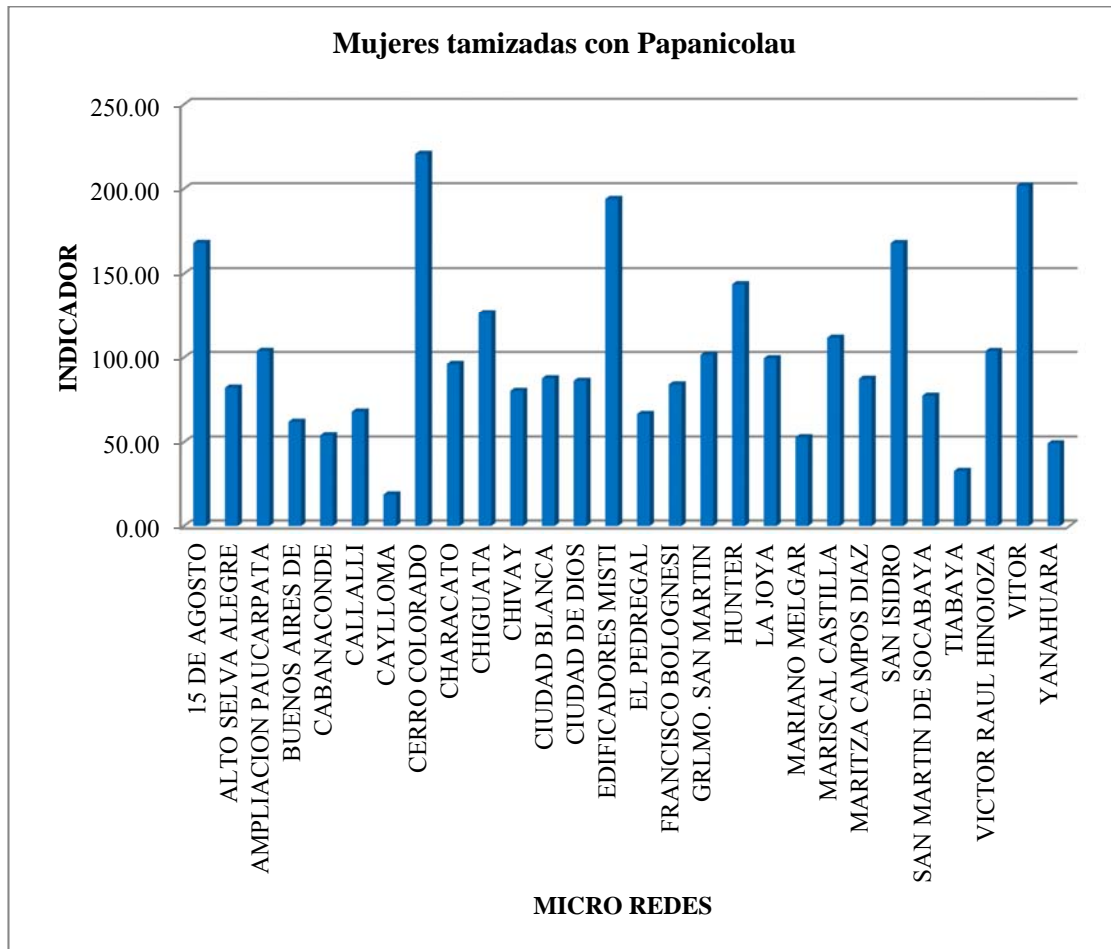
Fuente: matriz de elaboración personal.

Las Micro redes 15 De Agosto, Cerro Colorado, Edificadores Misti, Hunter, San Isidro y Vítor sobrepasan el 80% de la meta propuesta en el Indicador Mujeres Tamizadas con Papanicolau, en algunos casos duplicando, mientras que Buenos Aires de Cayma,

Cabanaconde, Caylloma, Mariano Melgar, Tiabaya y Yanahuara tienen los valores más bajos y están lejos de llegar al 80%.



GRÁFICO N° 10. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR MUJERES TAMIZADAS CON  
PAPANICOLAU, AREQUIPA 2014.



Fuente: Matriz de elaboración personal.

CUADRO N° 11. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR TAMIZADOS EN PROBLEMAS DE  
SALUD MENTAL, AREQUIPA 2014.

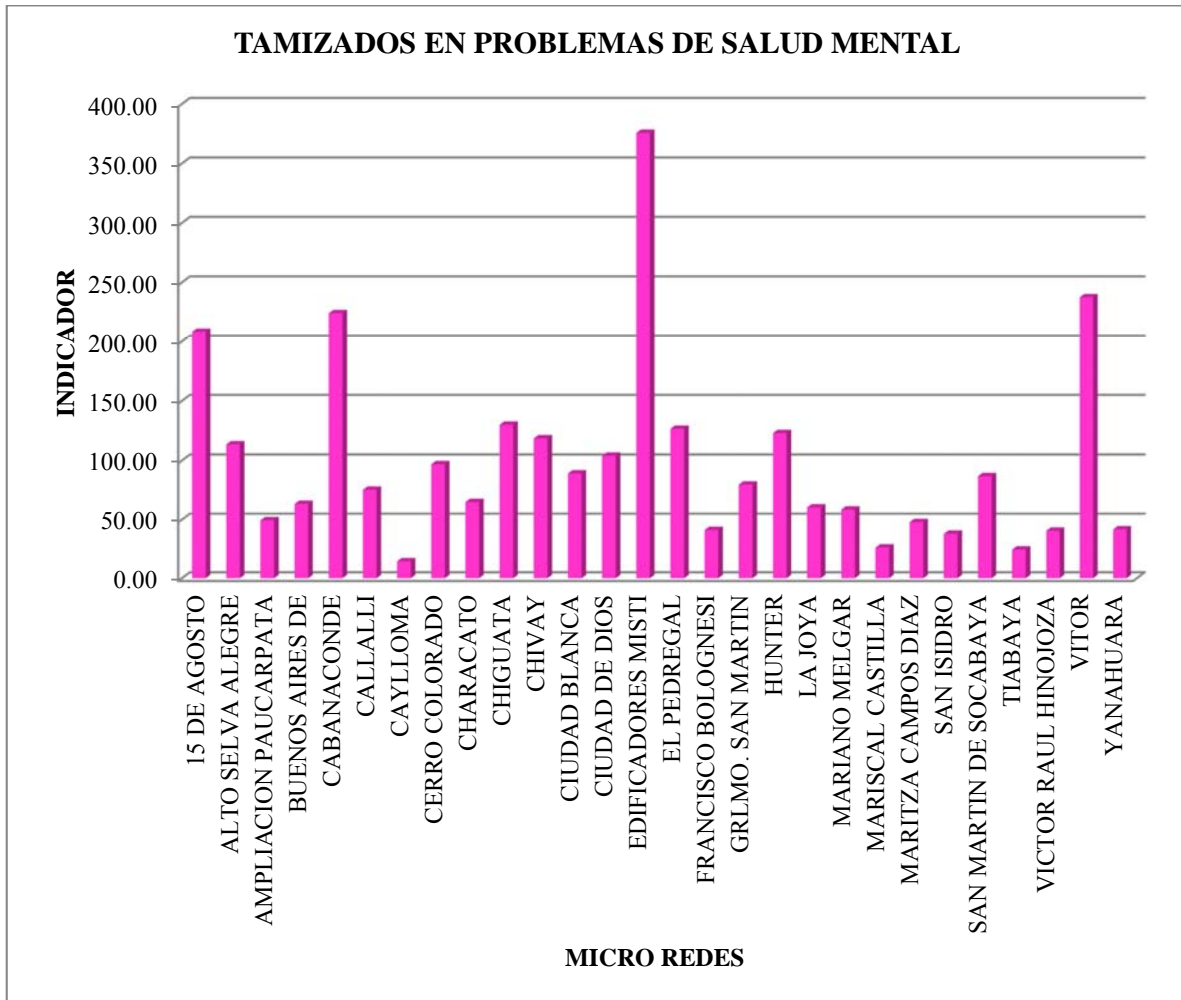
Micro red	N° acumulado de tamizados en problemas de Salud Mental en el periodo de evaluación	N° asegurados al 01 de Enero 2014 (Subsidiado y NRUS)	Indicador (porcentaje)
15 De Agosto	18894	9067	208,38
Alto Selva Alegre	18578	16361	113,55
Ampliación Paucarpata	5314	10732	49,52
Buenos Aires de Cayma	5573	8777	63,50
Cabanaconde	7308	3261	224,10
Callalli	3080	4077	75,55
Caylloma	938	6489	14,46
Cerro Colorado	3430	3539	96,92
Characato	4580	7037	65,08
Chiguata	2780	2138	130,03
Chivay	8518	7182	118,60
Ciudad Blanca	12793	14336	89,24
Ciudad De Dios	11529	11085	104,01
Edificadores Misti	40420	10758	375,72
El Pedregal	20110	15878	126,65
Francisco Bolognesi	4382	10634	41,21
Generalísimo San Martín	5520	6909	79,90
Hunter	14341	11651	123,09
La Joya	3048	5038	60,50
Mariano Melgar	3201	5457	58,66
Mariscal Castilla	2249	8588	26,19
Maritza Campos Díaz	11421	23813	47,96
San Isidro	1569	4135	37,94
San Martín De Socabaya	12940	14888	86,92
Tiabaya	1575	6426	24,51
Víctor Raúl Hinojoza	4485	11042	40,62
Vítor	7072	2977	237,55
Yanahuara	2686	6431	41,77
<b>Total</b>	<b>238334</b>	<b>248706</b>	<b>95,83</b>

Fuente: matriz de elaboración personal.

Los resultados en el Indicador Tamizados en Problemas de Salud Mental señalan que las Micro Redes 15 de Agosto, Cabanaconde, Chiguata, Edificadores Misti, El Pedregal y Vítor tienen buenos resultados e incluso algunas duplican o triplican el valor de 80% del indicador. En cambio en las Micro Redes Caylloma, Francisco Bolognesi, Mariscal Castilla, San Isidro, Tiabaya y Víctor Raúl Hinojoza estos valores son muy bajos y se hallan muy lejos de la valla del 80%.



GRÁFICO N° 11. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR TAMIZADOS EN PROBLEMAS DE  
SALUD MENTAL, AREQUIPA 2014.



Fuente: Matriz de elaboración personal.

CUADRO N° 12. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR PRESTACIONES RECHAZADAS POR  
PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR, AREQUIPA 2014.

Micro Red	Número acumulado de prestaciones rechazadas por Prestaciones de Control Presencial Posterior en el periodo de evaluación	Número acumulado de prestaciones evaluadas por Prestaciones de Control Presencial Posterior (Subsidiado y NRUS)	Indicador (porcentaje)
15 De Agosto	45	240	18,75
Alto Selva Alegre	108	240	45,00
Ampliación Paucarpata	350	1740	20,11
Buenos Aires de Cayma	48	240	20,00
Cabanaconde	57	180	31,67
Callalli	0	0	0,00
Caylloma	0	0	0G,00
Cerro Colorado	5	60	8,33
Characato	170	840	20,24
Chiguata	0	0	0,00
Chivay	57	180	31,67
Ciudad Blanca	108	540	20,00
Ciudad de Dios	409	780	52,44
Edificadores Misti	240	1440	16,67
El Pedregal	135	540	25,00
Francisco Bolognesi	130	600	21,67
Generalísimo San Martín	0	0	0,00
Hunter	412	1680	24,52
La Joya	311	660	47,12
Mariano Melgar	424	1020	41,57
Mariscal Castilla	0	0	0,00
Maritza Campos Díaz	502	1080	46,48
San Isidro	0	0	0,00
San Martín de Socabaya	256	1860	13,76
Tiabaya	451	780	57,82
Víctor Raúl Hinojoza	308	1500	20,53
Vítor	0	0	0,00
Yanahuara	389	1380	28,19
<b>Total</b>	<b>4915</b>	<b>17580</b>	<b>27,96</b>

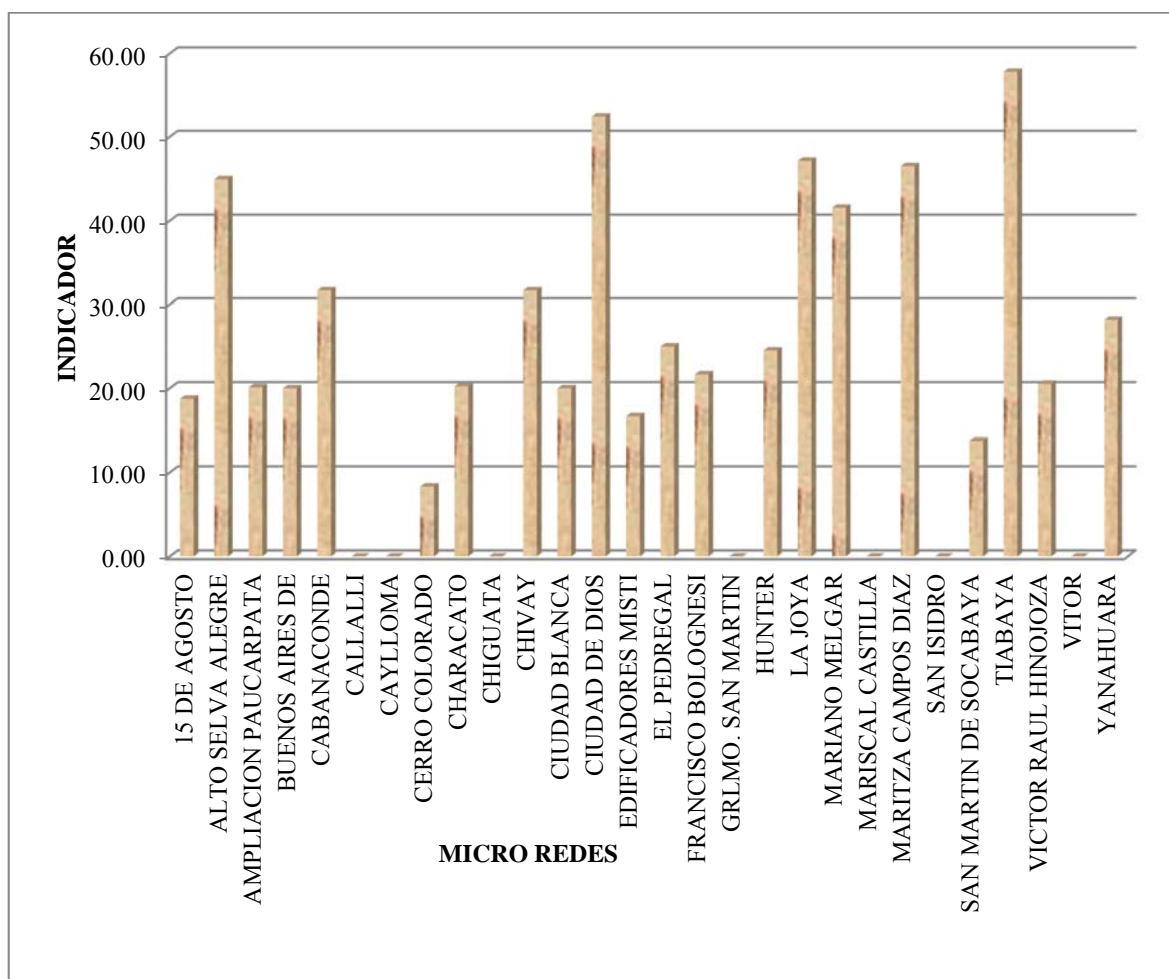
Fuente: Matriz de elaboración personal.

En el Indicador Prestaciones Rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior se hallan resultados con valores muy bajos en todas las Micro Redes. Las que mayor puntaje tienen son Alto Selva Alegre, Ciudad De Dios, La Joya, Mariano Melgar, Maritza

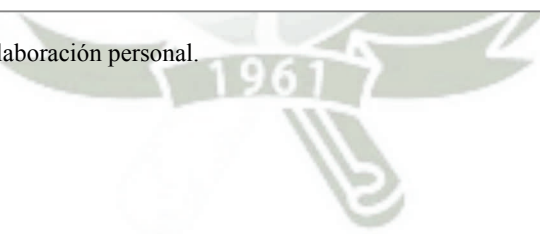
Campos Díaz y Tiabaya, mientras que las que muestran los resultados más bajos son las Micro Redes Callalli, Caylloma, Chiguata, Generalísimo San Martín, Mariscal Castilla, San Isidro y Vitor. Tengamos en cuenta que este es un indicador negativo en el cual el valor alcanzado mientras más bajo es significa que representa un mejor desempeño.



GRÁFICO N° 12. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADOR PRESTACIONES RECHAZADAS POR  
PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR, AREQUIPA 2014.



Fuente: Matriz de elaboración personal.



CUADRO N° 13. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADORES DE MONITOREO SIS CÁPITA,  
AREQUIPA 2014.

Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápite Micro Redes Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma (en porcentajes)									
MICRO RED	1 CRED %	2 CPN %	3 PREST BUC %	4 PROF ANTI %	5 PREST SR %	6 CACU %	7 SALUD MENTAL %	10 PREST RECH PCPP %	PROMEDIO %
15 DE AGOSTO	10,30	59,94	370,10	619,96	197,88	168,32	208,38	18,75	206,70
ALTO SELVA ALEGRE	2,72	61,97	209,89	203,62	99,75	82,10	113,55	45,00	102,33
AMPLIACION PAUCARPATA	7,95	54,59	123,88	48,94	114,07	103,94	49,52	20,11	65,37
BUENOS AIRES DE	7,21	60,32	265,26	257,45	124,06	61,76	63,50	20,00	107,45
CABANACONDE	0,00	53,52	96,26	242,53	165,64	54,07	224,10	31,67	108,47
CALLALLI	0,00	51,59	107,51	211,71	122,77	67,79	75,55	0,00	79,61
CAYLLOMA	0,00	23,61	38,39	78,09	60,67	18,79	14,46	0,00	29,25
CERRO COLORADO	1,81	78,68	302,29	294,08	263,93	220,73	96,92	8,33	158,35
CHARACATO	1,35	63,04	87,08	198,24	143,75	96,21	65,08	20,24	84,37
CHIGUATA	6,13	66,20	270,58	244,96	204,25	126,54	130,03	0,00	131,09
CHIVAY	3,35	40,61	200,26	355,23	133,70	80,16	118,60	31,67	120,45
CIUDAD BLANCA	1,72	66,59	131,18	164,07	138,36	87,66	89,24	20,00	87,35
CIUDAD DE DIOS	2,54	68,50	194,45	192,22	148,11	86,14	104,01	52,44	106,05
EDIFICADORES MISTI	6,25	74,86	425,02	378,98	358,75	193,98	375,72	16,67	228,78
EL PEDREGAL	3,19	36,23	183,03	101,09	132,66	66,42	126,65	25,00	84,28
FRANCISCO BOLOGNESI	2,58	58,22	107,67	261,38	100,93	83,97	41,21	21,67	84,70
GENERALÍSIMO SAN MARTÍN	2,28	62,70	202,19	127,28	133,13	101,60	79,90	0,00	88,63
HUNTER	2,68	64,52	255,57	264,04	184,28	143,83	123,09	24,52	132,82
LA JOYA	3,85	52,71	140,95	125,66	131,79	99,60	60,50	47,12	82,77
MARIANO MELGAR	1,31	61,69	182,32	165,66	109,27	52,92	58,66	41,57	84,17
MARISCAL CASTILLA	4,54	69,85	104,59	87,19	129,08	111,84	26,19	0,00	66,66
MARITZA CAMPOS DIAZ	3,51	55,93	124,42	145,21	111,58	87,38	47,96	46,48	77,81
SAN ISIDRO	0,34	67,04	125,56	24,56	174,84	168,16	37,94	0,00	74,81
SAN MARTÍN DE SOCABAYA	0,17	57,35	226,30	156,30	128,90	77,30	86,92	13,76	93,38
TIABAYA	0,98	29,42	79,91	58,62	80,64	32,81	24,51	57,82	45,59
VICTOR RAUL HINOJOZA	4,83	61,81	150,14	54,86	90,85	103,88	40,62	20,53	65,94
VITOR	0,43	69,85	154,65	163,57	191,45	201,79	237,55	0,00	127,41
YANAHUARA	0,49	37,70	105,60	106,23	86,68	49,29	41,77	28,19	56,99
<b>Total</b>	<b>3,40</b>	<b>58,72</b>	<b>180,73</b>	<b>167,57</b>	<b>138,74</b>	<b>96,78</b>	<b>95,83</b>	<b>27,96</b>	<b>96,22</b>

Fuente: Matriz de elaboración personal

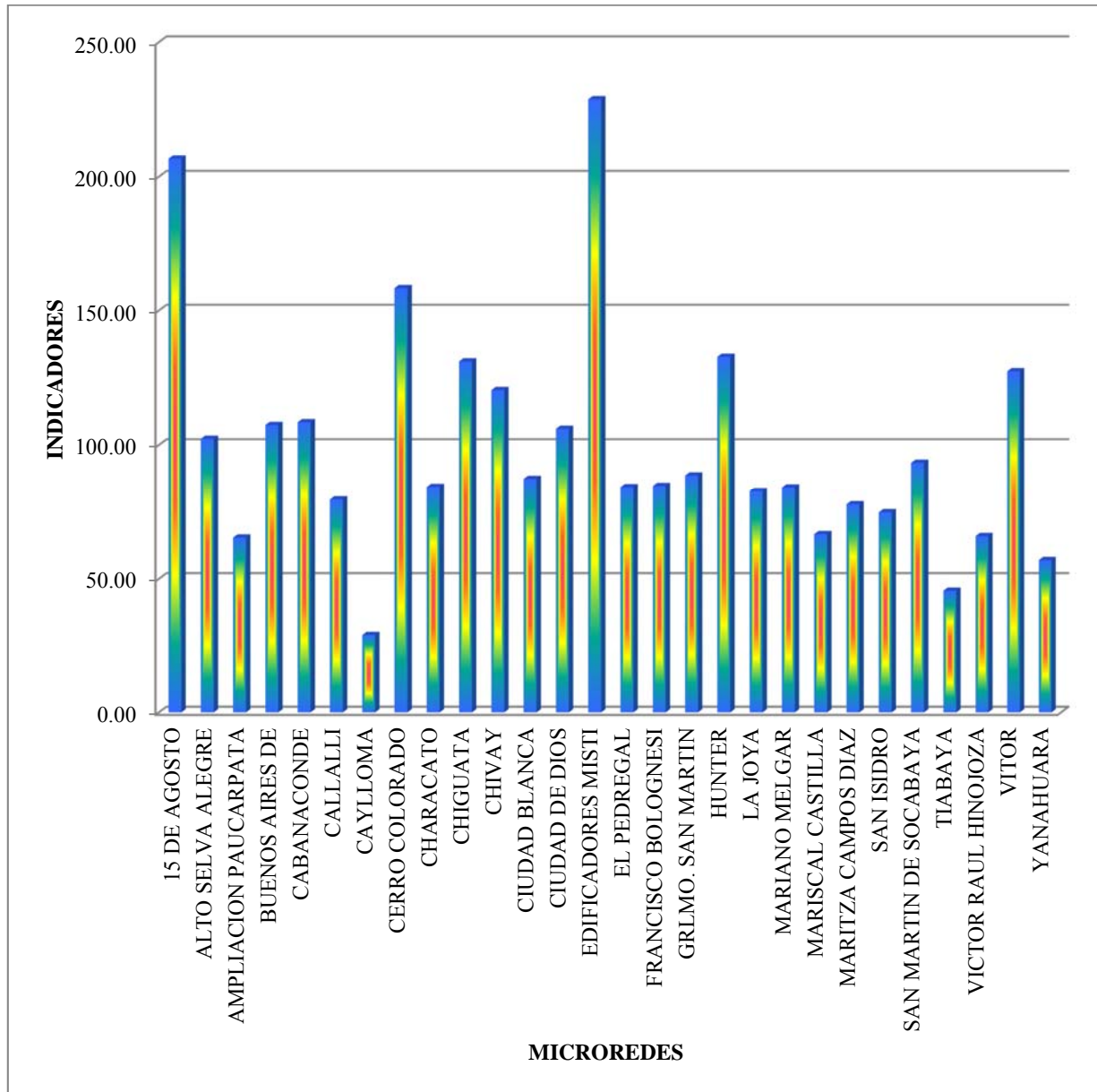
1 CRED: Porcentaje de niños menores de 1 año con 07 CRED y suplementados con hierro. 2 CPN Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más. 3 PREST BUC Porcentaje de atendidos en prestaciones de salud bucal. 4 PROF ANTI Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria. 5 PREST SR Porcentaje de atendidos con prestaciones de salud reproductiva. 6 CACU Porcentaje de mujeres tamizadas con PAP. 7 SALUD MENTAL Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental. 10 PREST RECH PCPP Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP

Las Micro redes 15 de Agosto, Cerro Colorado, Chiguata, Edificadores Misti, Hunter y Vitor son las que tienen mejor desempeño al ser evaluadas respecto al promedio de sus

indicadores de monitoreo SIS Cápita, o sea del promedio de los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en niños menores de 1 año con 07 CRED y suplementados con hierro, en mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más, en atendidos en prestaciones de salud bucal, en atendidos con profilaxis antiparasitaria, en atendidos con prestaciones de salud reproductiva, en mujeres tamizadas con PAP, en tamizados en problemas de salud mental y Prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior en cada Micro red de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en el 2014. Al contrario la más baja performance la muestran las Micro Redes Ampliación Paucarpata, Caylloma, Mariscal Castilla, Tiabaya, Víctor Raúl Hinojoza y Yanahuara.

Por otro lado, evaluando por separado el promedio entre las Micro Redes de cada uno de los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en afiliados menores de un año de edad y que tienen siete Controles de Crecimiento y Desarrollo, que hayan recibido suplementos de Fe fue de 3,40%, en afiliadas que tienen seis CPN o más 58,72%, en atendidos en prestaciones de salud bucal 180,73%, en atendidos con profilaxis antiparasitaria 167,57%, en atendidos con prestaciones de salud reproductiva 138,74, en mujeres tamizadas con PAP 96,78%, en tamizados en problemas de salud mental 95,83% y Prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior 27,96% en las diferentes Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en el 2014. Es así que se nota muy bajo desempeño en todos los prestadores de atención primaria de salud en el Porcentaje de niños menores de 1 año con 07 CRED y suplementados con hierro. Lo mismo sucede en todas las Micro Redes, aunque en menor grado de incumplimiento, cuando se trata del Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más así como en el Porcentaje de prestaciones rechazadas por Procesos de Control Presencial Posterior.

GRÁFICO N° 13. MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA  
CAYLLOMA SEGÚN INDICADORES DE MONITOREO SIS CÁPITA,  
AREQUIPA 2014.



Fuente: Matriz de elaboración personal

### 3.- COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES DE MONITOREO PRESTACIONALES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – CÁPITA

#### CUADRO N° 14. ANÁLISIS DE VARIANZA DE UN FACTOR SEGÚN INDICADORES SIS CÁPITA 2014 EN MICRO REDES DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Análisis de varianza de un factor

##### RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>Cuenta Indicadores</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio Porcentajes</i>	<i>Varianza</i>
Micro red 1	8	1653,61705	206,702131	42067,5091
Micro red 2	8	818,603437	102,32543	5315,47397
Micro red 3	8	522,989919	65,3737398	1894,97673
Micro red 4	8	859,56647	107,445809	10230,7635
Micro red 5	8	867,792913	108,474114	8343,46568
Micro red 6	8	636,9114	79,613925	4815,5331
Micro red 7	8	234,009771	29,2512214	789,677765
Micro red 8	8	1266,76511	158,345638	15901,4413
Micro red 9	8	674,99457	84,3743212	4067,4911
Micro red 10	8	1048,68807	131,086009	10686,8828
Micro red 11	8	963,581049	120,447631	13037,3109
Micro red 12	8	698,807047	87,3508809	3244,66397
Micro red 13	8	848,40112	106,05014	4629,95152
Micro red 14	8	1830,21967	228,777458	31281,8939
Micro red 15	8	674,267218	84,2834022	3841,04297
Micro red 16	8	677,630755	84,7038444	6473,74745
Micro red 17	8	709,073934	88,6342417	4656,65054
Micro red 18	8	1062,53115	132,816393	9783,08866
Micro red 19	8	662,173055	82,7716318	2401,33203
Micro red 20	8	673,396889	84,1746111	3959,45744
Micro red 21	8	533,281399	66,6601749	2535,43111
Micro red 22	8	622,476966	77,8096208	2260,10486
Micro red 23	8	598,450098	74,8062622	5197,58316
Micro red 24	8	747,007675	93,3759594	5644,91975
Micro red 25	8	364,716607	45,5895759	797,774014
Micro red 26	8	527,514834	65,9393542	2246,59009
Micro red 27	8	1019,30559	127,413198	8498,14795
Micro red 28	8	455,948342	56,9935428	1479,01343

Fuente: Matriz de elaboración personal.

##### ANÁLISIS DE VARIANZA

<i>Origen de las variaciones</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Entre grupos	409419,816	27	15163,6969	1,96491921	0,00473351	1,5428122
Dentro de los grupos	1512573,43	196	7717,21139			

Fuente: Matriz de elaboración personal.

De la observación de los cuadros precedentes se puede establecer que los valores de los Indicadores SIS Cápita en las Micro Redes en el 2014 varían significativamente según la Micro Red que se trate; debido a que el valor de F es superior al valor crítico. Otra manera de poder concluir, es obteniendo el valor p (p value), si éste es menor a 0,05, *se rechaza la hipótesis nula que plantea que todas las medias de los indicadores son iguales*. Para este caso el valor  $p = 0,00473351$  indica una Probabilidad menor a 0,05, entonces deberá rechazarse la hipótesis nula ya que nuestro valor p para el resultado obtenido es menor que el nivel de significación planteado, convencionalmente de 0,05 o 0,01. En otras palabras valor  $p$  señala la probabilidad de lograr el resultado alcanzado **si partimos de la suposición que la hipótesis nula es cierta**. Como este valor  $p$  es menor al nivel de significación señala que es falsa la hipótesis de partida (que todas las medias de los indicadores son iguales). Se recomienda realizar un análisis post ANOVA para poder identificar el mejor indicador.

#### 4. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En nuestro trabajo de investigación se ha encontrado que los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma 2014 son semejantes al medir un bajo nivel de ejecución de las metas planteadas en las actividades de las Micro redes y son diferentes al estar en algunas Micro Redes en mayor proporción comparativamente y en forma significativa respecto a otras.

En seguros de salud la *Capitación* es la modalidad de pago a prestadores de servicios de salud (los centros y puestos de salud de las Micro Redes de la Red) con base en cada afiliado como pago por determinadas prestaciones de salud que recibirá esta población recibiendo ajustes si fuese necesario y por un tiempo acordado en el contrato. En salud un seguro favorece la accesibilidad en términos amplios, pero no garantiza que la población más empobrecida resulte más beneficiada respecto a la accesibilidad si hay otras barreras culturales, educativas, geográficas, etc. y las derivadas de la actuación de los proveedores de salud.

El SIS establece una relación de indicadores sanitarios, sustancialmente, utilizada para dar seguimiento y ajustar las acciones que un sistema, subsistema, o proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de su misión, objetivos y metas. Se evalúa cada indicador según las metas establecidas dentro del Convenio para cada año, las cuales se establecerán de manera progresiva, de modo de contribuir a mejorar los indicadores sanitarios en un plazo establecido. A continuación discutiremos el resultado de esta evaluación para cada indicador:

#### 4.1. AFILIADOS MENORES DE UN AÑO CON SIETE CONTROLES CRED (CRECIMIENTO Y DESARROLLO) Y QUE RECIBEN SUPLEMENTOS CON FE (FIERRO).

La prevalencia de desnutrición crónica infantil (DCI) es un indicador utilizado por todos los países para vigilar los logros de las intervenciones en salud y nutrición.

<sup>4</sup>La desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, que afecta al 19,5% de niños menores de cinco años. Esta condición se acentúa en la población de más temprana edad y con mayor grado de exclusión, como es el caso de la población rural, de menor nivel educativo y de menores ingresos económicos.

Las dos terceras partes del Perú muestran valores superiores al promedio del país, y en el resto las cifras son mayores al 30%, <sup>5</sup> punto de corte internacional definido por la Organización Mundial de la Salud para establecer a la desnutrición crónica infantil como un problema de Salud Pública de alta prevalencia. <sup>6</sup> Lo señalado pone en claro que en el país existe una elevada presencia de desigualdad e inequidad.

La DCI es un problema multifactorial, producida por una gran variedad de determinantes socioeconómicas. Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales). <sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> SANCHEZ-ABANTO, José. Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [online]. 2012, vol.29, n.3 [citado 2015-12-28], pp. 402-405 . Disponible en: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000300018&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300018&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-4634.

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011 Informe principal. Lima: INEI; 2011.

<sup>6</sup> World Health Organization. Nutrition Landscape Information System (NLIS). Country profile indicators: interpretation guide. Geneva: WHO; 2010.

<sup>7</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 1998. Ginebra: UNICEF; 1998.

Asimismo, existen condiciones sociales íntimamente relacionadas con su desarrollo, como son el bajo nivel educativo de la madre; la alimentación deficiente en calidad y cantidad; las condiciones inadecuadas de salud y saneamiento, y el bajo estatus social de la madre en la toma de decisiones dentro del hogar.<sup>8</sup> Además, la desnutrición crónica infantil genera daños permanentes e irrecuperables después del segundo año de vida en nuestra población.<sup>9 10</sup>

#### 4.1.1. CONTROLES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LOS AFILIADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

En este indicador en lo que respecta al control CRED desagregaremos la discusión por grupos de edades, así en primer lugar presentaremos lo referente al control del recién nacido quienes tienen que recibir dos controles para aceptar que se ha cumplido con esta actividad.

Las micro redes han considerado en la apertura programática en estos años la atención de alrededor de la tercera parte de todos los neonatos de su ámbito de influencia logrando una cobertura en el año del estudio de 4 de cada 5 niños fijados como meta. De lo trabajado se pueden evidenciar algunas dificultades para el cumplimiento de metas sanitarias en este grupo de edad debido a la inasistencia de las madres al 2do. control luego de haber recibido el primero en establecimientos de salud que brindan atención de parto institucional, deficiente trabajo de atención integral en la atención del niño menor de un mes ya que la madre acude a los centros y puestos de salud para el primer y segundo control del puerperio y se pierde la

---

<sup>8</sup> Smith L, Haddad L. Overcoming child malnutrition in developing countries: past achievements and future choices. Washington: International Food Policy Research Institute; 2000.

<sup>9</sup> López N, Alí V, Rojas C. Acciones efectivas para reducir la desnutrición crónica. Evidencias del cambio en zonas rurales del Perú 2003-2004. Lima: CARE Perú; 2005.

<sup>10</sup> Victora C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child

oportunidad de hacer el control del neonato por una insuficiente coordinación con los servicios de medicina y enfermería para cumplir con esta actividad, lo que se hace extensivo para seguir al paciente como parte del trabajo extramural. A esto se suma la escasez de recurso humano que genera sobrecarga funcional de los profesionales de la salud al tener que atender las actividades preventivo promocionales intra y Extramuro, la demanda habitual de la morbilidad con prestaciones recuperativas, la asistencia a las reuniones de capacitación y gestión generadas por el entorno tan cambiante tan complejo de la situación sanitaria, las sobrecargadas demandas de información de las estrategias sanitarias, del sistema de información y Seguro Integral de Salud, y por último a las exigencias propias de los sistemas administrativos por delegación de funciones. A esto también contribuye de manera importante los determinantes sociales de la población que no permiten que las madres tengan como una necesidad sentida y no satisfecha el cumplimiento de los controles en el primer mes de vida.

Sobre el control del niño menor de un año. la Estrategia Sanitaria Nacional estableció normativamente que este grupo de edad debe cumplir con once controles; o sea un control cada mes hasta cumplir el primer año de edad. En el año del estudio se consideró el registro de los pacientes que figuran en el padrón nominal que identifica efectivamente a los niños de la localidad, con base en un registro manifiesto, oportuno, actualizado y veraz contribuye directamente al reforzamiento de la familia, la cultura y la nacionalidad de los menores de edad, permitiéndoles el acceso a los servicios de salud, educación, programas sociales, alimentación y otros. Estos se actualizan cada mes por los gobiernos locales y los establecimientos de salud de las Micro redes con criterio de territorialidad.

De la evaluación de los controles en esta edad se aprecia que los primeros controles tienen una cobertura mayor al 100 por ciento pero si los relacionamos índice de deserción vemos que no llegan al 80% los que completan todos sus controles. Igualmente apreciamos que es muy notorio que los niños reciben más controles en los 6 primeros meses que coincide con el calendario de vacunación, pero en la medida que van llegando al último trimestre de su primer año los controles disminuyen sensiblemente.

Respecto al niño de un año se acepta que han completado sus controles si se han controlado cada dos meses (seis controles en total). Las metas programadas se han cumplido sólo al 80% habiendo una mejoría comparativa respecto al período anterior pero aún no es suficiente lo avanzado. No hay suficiente seguimiento a estos pacientes.

En relación a los controles CRED en los afiliados de dos años deben llegar a cuatro. En las micro redes se consideran dentro de las metas cubrir a la mitad por cada grupo de edad. Se muestra una mejoría en los indicadores pero para el año de investigación se aumentaron. Es necesario señalar que igual que en el anterior grupo de edad deben intensificarse las actividades extramurales.

Es clara la relación que existe entre la caída de las cifras de control prenatal y el hecho que según el calendario de vacunación no se programan vacunas para esa edad por lo que desde la percepción de la madre desestima y desmerece la importancia de los controles prenatales y no acude si no hay vacuna programada.

La evaluación del CRED de pacientes de tres, cuatro y cinco a once años muestra brechas importantes entre lo programado y lo ejecutado, y nuevamente traemos a colación la falta de profesionales que puedan seguir al paciente extramuralmente;

también deben revisarse las estrategias para la reducción de brechas por ejemplo visitando las instituciones que concentran niños de estas edades y reforzando la promoción de la salud para que las madres se convenzan de los beneficios del control pre natal.

#### 4.1.2. TAMIZAJE PARA LA DETECCIÓN DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

En relación al descarte de anemia por deficiencia de Hierro a través del tamizaje con el uso del hemoglobímetro en los establecimientos de salud de Atención Primaria se pone un mayor énfasis en el grupo de menores de 3 años. Al realizar la evaluación de la cobertura de este procedimiento se nota un mejor desempeño de lejos comparativamente respecto a los años anteriores. En este caso realizaremos el análisis de acuerdo a la población de niños que fueron controlados en esta Red para determinar a cuántos de ellos se les hizo el descarte de Anemia y así podemos comentar que en niños menores de un año se observa el mismo comportamiento del indicador, con tendencia a mejorar respecto a los años anteriores aunque la cobertura es menor y mucho menor en los niños de 1 año y menos aún en los de dos años. Claramente se nota que si bien han mejorado las cifras sobre el tamizaje año tras año también es cierto que las madres, o tal vez también los trabajadores de salud, no le asignan la misma importancia a este dosaje conforme las niñas y niños tienen mayor edad. Los estándares de Atención Integral en salud para este grupo de edad exigen un control anual para tener mayor probabilidad de tamizar con oportunidad a los pacientes anémicos por el elevado riesgo de causar deterioro en el incremento de peso y talla en esta población.

Ha tenido una influencia importante la necesidad de disponer de evaluaciones de línea de base para el inicio del suministro de micro nutrientes.

Sobre el tamizaje de infecciones intestinales parasitarias a través del Examen Seriado de Heces así como del test de Graham con prioridad en los niños de uno y dos años también hubo importantes avances en el 2013 con casi el 60,00 %, en niños de un año, comparativamente con el 2012 (menos del 40%); en niños de 2 años sede dos años este despistaje llega a más del 30%%, comparativamente con poco más del 20% perteneciente al 2012; igual que en el caso del despistaje de anemia los comentarios son los mismos y válidos para este procedimiento.

Merece destacarse la buena respuesta de los trabajadores de salud de las jurisdicciones con serios problemas de saneamiento básico en sus comunidades así como de otros determinantes sociales, económicos, culturales y los relacionados a las prácticas de salud de la población.

Sobre la anemia en nuestros pacientes menores de tres años existe una discrepancia entre nuestro hallazgos para el 2013 de 18.26% del total de intervenidos con tamizaje, versus las mediciones de la Encuesta Nacional de Salud y Demografía que arrojaron un 44.1%.

Las deficiencias en el cumplimiento del indicador de afiliados al SIS menores de un año con 07 controles CRED y suplementados con Fe pueden explicarse por el constante desplazamiento de los prestadores a cargo de las actividades de crecimiento y desarrollo. La disponibilidad del recurso humano no se abastece para cubrir las prestaciones preventivas y recuperativas que demanda la población asignada. A esto contribuye negativamente la carencia de padrones nominales actualizados y confiables en las zonas con menos desarrollo. En las provincias altas

y más alejadas también afecta las programaciones de los roles de turnos que no se ajustan a las necesidades programáticas institucionales sino a las demandas del personal para viajar constantemente a núcleos poblados de mayor densidad poblacional, acumulando turnos con el fin de estar menos días en sus centros de labor. Anteriormente ya habíamos comentado sobre la sobrecarga funcional y la creciente y abrumadora carga administrativa que tienen que absorber los pocos trabajadores con los que cuentan los establecimientos de salud de escasa Otra arista del problema es el sub registro existente de las actividades de vacunación complicado más aún por las continuas modificaciones del registro de datos que demandan el SIS y las estrategias sanitarias nacionales, y sumado a las pocas oportunidades de reuniones de capacitación (ya que significan costos y ausentismo de los profesionales de los establecimientos cerrando un círculo vicioso). El seguimiento no es una práctica regular en los establecimientos debido en parte a los comentarios vertidos líneas arriba siendo las campañas una estrategia muy importante para los trabajadores y aceptadas por la población.

Por otro lado se observa que es relevante la movilización social de los colectivos humanos debido a factores socioeconómicos influenciados por las condiciones climatológicas estacionales, temporadas agrícolas, ferias, festividades, etc. Dificulta también el avance de las micro redes en este indicador la inaccesibilidad geográfica, cultural y económica especialmente en las zonas más alejadas con poblaciones dispersas y micro concentradas. Aquí también existen dificultades en el seguimiento de las direcciones, o lo que es más común en la no utilización de referencias fácilmente identificables. En las ciudades grandes esta dificultad toma la fisonomía de direcciones falsas.

No se ha logrado una amplia y verdadera participación social de todos los actores involucrados en el cumplimiento de roles y responsabilidades para afrontar el reto sanitario de contar con una sólida estrategia sanitaria que reconvierta este indicador que está en rojo para todas las micro redes sin excepción.

Por último, y al contrario que esto quiera decir que es lo menos importante, desde la perspectiva de aseguramiento de poblaciones con un mecanismo de pago capitado como el que tiene el Seguro Integral de Salud, resulta que este traslada todo el riesgo financiero al prestador con verticalismo y sin criterio de negociación con este al establecer coeficientes de ajuste de riesgo usados en el 2014 para este indicador que ponen en evidencia una sobrestimación de las metas. Este importante tema, por sí solo, podría explicar la catastrófica caída en este indicador donde el que mejor se ha desempeñado llega apenas al 10% de lo programado.

Otro aspecto importantísimo en el pobre desempeño de las micro redes mostrado en este indicador es el desabastecimiento de micronutrientes por una gravísima deficiencia logística y del sistema de información de medicamentos. Al no haber medicamento, no lo recibe el niño por tanto hay problemas en la prevención y control de la anemia, y si en el formato único de atención (FUA) no figura la entrega del multi micronutriente, entonces este niño no cumple con los requisitos exigidos por el SIS en la ficha técnica de los indicadores de monitoreo del SIS Cápita, por tanto no entra al numerador y no suma en este indicador. En consecuencia todo el esfuerzo desplegado por los trabajadores tanto para hacer los seis controles, seguimientos en caso de discontinuidad o ausentismo en la fecha programada, consejerías, visitas domiciliarias, tamizajes de anemia y parasitosis intestinal no servirán para nada a efectos de que este niño pase al numerador del indicador porque

no había el medicamento. Debe aclararse que el número de controles exigidos es una indicación de la Estrategia Sanitaria correspondiente y a nivel nacional.

#### 4.2. AFILIADAS PARTURIENTAS CON SEIS CONTROLES PRE NATALES (CPN) O MÁS

En este caso se pide que la mujer que acude para la atención de su parto tenga por lo menos seis CPNs. La idea es reforzar todos aquellos aspectos que hagan posible la disminución de las muertes de niños y madres, en especial los más pobres, propiciando una maternidad saludable. En el marco del quinto Objetivo del Milenio propuesto para el año 2015, se promueve la mejora de la salud materna a través del acceso al cuidado prenatal. A través de este indicador se quiere reforzar las acciones que ayuden a controlar los factores de riesgo para las muertes de las madres.

El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.

La atención prenatal reenfocada son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Realizada en todos los establecimientos de salud por profesional calificado, se inicia dentro de las 14 semanas del embarazo y se provee básicamente un conjunto de acciones orientadas a detectar oportunamente importantes signos de alarma y los principales factores de riesgo con el fin de manejar adecuadamente complicaciones en la gestante y el producto de la gestación en la etapa perinatal. Requiere por lo menos seis controles

en la gestación. Los controles mínimos son: dos atenciones antes de las 22 semanas, la tercera entre las 22 y 24 semanas, la cuarta entre las 27 a 29 semanas, la quinta entre las 33 a 35 semanas y la sexta entre las 37 a 40 semanas.

El problema fundamental son las bajas coberturas en las diferentes actividades que comprenden el control prenatal reenforcado. Las coberturas de los diferentes componentes varían ampliamente desde las atenciones odontológicas hasta en ecografías obstétricas. Al respecto debemos comentar que en este indicador al igual que en el indicador anterior coinciden algunos aspectos que en parte ayudan a explicar los malos resultados y que se explican por las limitaciones que afrontan los trabajadores que están a cargo de la estrategia en centros y puestos de salud:

- En Caylloma y partes rurales de Arequipa se hacen un rol de turnos que ellos mismos se programan en el cual juntan turnos para poder viajar en sus días libres, debiendo permanecer por ejemplo 17 días terminan con una estancia de 13 días. La programación de turnos es con base en las necesidades del trabajador y no las necesidades institucionales.
- Excesivo ausentismo del personal encargado de la estrategia en Caylloma y partes rurales de Arequipa por viajes de comisión de servicio no siempre válidamente justificados.
- Las responsables de la estrategia en establecimientos nivel I1 y I2 tienen múltiples funciones y mucha labor administrativa.
- Falta personal para hacer labor extramural ya que siempre existen necesidades institucionales de labor intramural, especialmente cuando se trata de poblaciones dispersas y micro concentradas.

- Las condiciones climáticas durante los primeros meses en algunas Micro redes así como inaccesibilidad geográfica
- Insatisfacción de las usuarias. En establecimientos de salud de Atención Primaria de mayor complejidad (I3 y I4) existen tiempos de espera prolongados para la atención de las gestantes que visitan los centros y puestos de salud.
- En centros y puestos de salud se prioriza la atención recuperativa por falta de recurso humano, por ejemplo, la consulta se congestiona por pacientes que consultan por alteraciones del patrón menstrual, presencia de Síndrome de flujo vaginal, sintomatología urinaria, etc.
- Carencias en competencias gerenciales de los que están a cargo de la estrategia: No se cuenta con padrón nominal en centros y puestos de salud de Caylloma y de Arequipa, cuyo listado de mujeres gestantes afiliadas al SIS facilitarían el seguimiento regular el cual no es permanente. Existe sub registro de la información de gestantes. No se actualizan radares o son irreales. Existe información falsa de actividades por algunos trabajadores.
- Deficiencias en la programación de actividades.
- Datos poblacionales irreales, se observa que hay grupos poblacionales con alta migración desde zonas con marcada ruralidad hacia las urbanas así como en sentido contrario. También hay poblaciones con problemas de sobreestimación y contrariamente otras con subestimación y un importante porcentaje de direcciones falsas.
- Idiosincrasia de la población y patrones culturales respecto al fenómeno de salud enfermedad

- Barreras institucionales: no se afilia a gestantes en el primer control por desconocimiento, se cobra en Controles Pre Natales muchas veces por intereses económicos, no hay afiliaciones en todos los turnos, trámites engorrosos para la afiliación y la atención.
- El primer control pre natal es tardío generalmente por determinantes sociales en la paciente afiliada y no da tiempo para que la gestante cumpla con los criterios de inclusión para el indicador, no llegando a cumplir con sus 6 controles.
- Pacientes asegurados a EsSalud financian y reciben la contraprestación de servicios de salud con dinero de bolsillo aumentando el volumen de la demanda.
- No se fortalecen las acciones de Información, Educación y Comunicación a la gestante y al entorno familiar y comunitario sobre los contenidos de una maternidad saludable.
- Limitado trabajo en equipo en atención primaria, otros integrantes del equipo pueden aportar en forma efectiva con el control pre natal.
- Escasa presencia de Atención Integral en Salud por carencias de competencias en los trabajadores que restan oportunidades para un desarrollo amplio del control pre natal
- Fuerte presencia de actores privados de la salud en algunas Micro redes urbanas. En el sector no estatal de salud (privado) coexisten diversos actores en los cuales no se observa una integración. Las necesidades de salud pueden ser cubiertas particularmente por medio de Entidades Prestadoras de Servicios (EPSs), seguros, auto aseguradoras o planes prepago.

- En algunas Micro redes las gestantes dan información falsa en la afiliación lo que impide el seguimiento, o se trata de población migrante o flotante.

En este indicador al igual que en el indicador anterior, queremos resaltar la necesidad de mejorar los ajustes que el SIS hace sobre los coeficientes de ajuste de riesgo que ha empleado en el 2014 para el indicador ya que no se puede descartar metas sobreestimadas que puede que estén haciendo parecer al indicador como bajo. Igualmente si la gestante es captada tarde o discontinúa los controles no ingresa al indicador aunque tenga casi todos sus controles, lo que sucede con mucha frecuencia.

#### 4.3. ATENDIDOS EN PRESTACIONES DE SALUD BUCAL

Este indicador mide expresa la entrega de prestaciones de prevención en los afiliados. Se busca reforzar las acciones preventivo promocionales de la población en esta estrategia (esta patología ocupa el segundo lugar de la morbilidad) y representa la accesibilidad de los afiliados a estos servicios preventivos.

Presenta valores mayores a 100 en casi todas las Micro Redes, lo que no deja llamar la atención ya que si hay un padrón de pacientes afiliados el sistema informático del SIS no debería permitir el registro de estas atenciones más allá de las permitidas de acuerdo a la estructura del indicador. La explicación radica en el hecho que las metas poblaciones sufren ajustes con base en un coeficiente de ajuste de riesgo que el SIS emplea en consideración a variables poblacionales como edad, sexo y otras socio demográficas de acuerdo a las características poblacionales.

Aquí debe discutirse el importante asunto que estamos haciendo mención referido al coeficiente de ajuste de riesgo ya que este puede determinar que se alcance o no la meta presupuestal propuesta. Si este criterio es equivocadamente aplicado o se asigna arbitrariamente en forma sobreestimada (o subestimada) definitivamente va a tener un

gran impacto en los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita, y por tanto en el cumplimiento con el convenio de gestión suscrito entre el SIS y los gobiernos regionales. También tiene implicancias sanitarias (un indicador que no represente la realidad lleva a decisiones equivocadas en el análisis de la situación de salud), políticas (si sub estimamos una población se puede argumentar equivocadamente que se está actuando eficientemente) y presupuestales (ya que los Indicadores de Monitoreo son indicadores alineados a los programas presupuestales y a las prioridades nacionales establecidas, las cuales servirán como sustento para evaluar el desempeño de las Regiones de manera más integral. Las mismas son referentes para establecer montos fijos y variables y fija las metas para negociaciones posteriores).

Como dijimos al inicio de la presentación de los resultados, del 100% del monto a transferir por concepto de Cápita 2014 el 75% correspondía al Monto fijo y el 25% restante al Monto variable, este último previa evaluación y cumplimiento de los Indicadores. Respecto a este monto variable, si el indicador llegaba al 100% de la meta establecida se pagaba el total del valor monetario del indicador. Si el indicador se encontraba igual o mayor al 80% se pagaba proporcionalmente a un valor porcentual ponderadoramente (asignando pesos) según se cumpla con el indicador. Si el indicador se encontraba por debajo del 80% no se realizaba transferencia del monto variable.

Definitivamente aquí se está evidenciando que hay necesidad de mejorar los ajustes que el SIS hace sobre los coeficientes de ajuste de riesgo que ha empleado en el 2014.

#### 4.4. ATENDIDOS CON PROFILAXIS ANTIPARASITARIA

El indicador mide el acceso de los asegurados de dos a catorce años a actividades de prevención con profilaxis para parásitos intestinales en la población asegurada de la Micro Red. Se pretende reforzar las acciones para la reducción de la desnutrición crónica

infantil. Evalúa el acceso de los afiliados a la prestación preventiva de profilaxis antiparasitaria, en el marco del plan de reducción de la desnutrición crónica infantil en centros y puestos de salud. Se incluirán las prestaciones extramurales, siempre y cuando se evidencie la prestación en la historia clínica u otro registro; para esto se incluirán los códigos de prestación 060 - 075, siempre y cuando incluya la provisión de los siguientes antihelmínticos: albendazol y/o mebendazol.

En este indicador se observa un desempeño que sobrepasa el 100% en casi todas las micro redes. A semejanza del indicador precedente de salud bucal ratificamos los comentarios vertidos pero a diferencia del anterior explicamos en parte estos resultados en el hecho que esta actividad sanitaria es efectuada por diferentes profesionales y no requiere de mucha preparación del profesional de la salud, teniendo muy buena aceptación en la población.

#### 4.5. ATENDIDOS CON PRESTACIONES DE SALUD REPRODUCTIVA

El indicador mide el acceso de los asegurados de doce a sesenta años de centros y puestos de salud, a prestaciones preventivas de Salud Sexual y Reproductiva. Busca fortalecer las acciones de Salud Sexual y Reproductiva en la población asegurada al SIS. En el marco del quinto Objetivo del Milenio propuesto para el año 2015, se promueve el acceso a la Planificación Familiar y al uso de métodos anticonceptivos. La recopilación de datos se hace en Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes. El código prestacional es el 018, incluyendo la consejería de salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres.

El indicador Atendidos con prestaciones de salud reproductiva ha resultado alto en las micro redes, con alguna excepción. Aquí nuevamente resaltamos la necesidad de mejorar los ajustes que el SIS hace sobre los coeficientes de ajuste de riesgo que ha empleado en

el 2014. Esto porque se observan dificultades para la provisión de servicios de planificación familiar en las micro redes tales como una sensible y frecuente falta de insumos y/o métodos anticonceptivos, uso de anticonceptivos de larga duración cada vez más extendido, así como el uso clandestino de la Anticoncepción Oral de Emergencia sin receta, la automedicación en anticoncepción, la búsqueda de proveedores privados los cuales se hallan sobredimensionados, la mitificación de los efectos adversos de los anticonceptivos y el aborto criminal en cifras crecientes.

#### 4.6. MUJERES TAMIZADAS CON PAPANICOLAU

Mide el porcentaje de mujeres entre 25 a 64 años (mujeres objetivo) que se han realizado el examen de Papanicolaou (PAP). El propósito es fortalecer las acciones que contribuyan a realizar la detección temprana del cáncer (Ca) de cérvix, en el marco del Plan Esperanza. En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más notificada y la citología por Papanicolaou constituye una de las estrategias de tamizaje poblacional más difundidas en la población y permite captar los casos de cáncer en etapas tempranas; su difusión y práctica a nivel global es un indicador importante del proceso destinado a disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Perú. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años. Por ello el objetivo es lograr incrementar el número de mujeres tamizadas con PAP sobre el total de mujeres de 25 a 64 años de un territorio determinado con la finalidad de obtener impacto en la cobertura poblacional. Es necesario medir este indicador a nivel nacional, regional y local. Estándares internacionales o valores de referencia.

La OMS establece que para lograr una reducción de al menos un 42% en la tasa acumulada de cáncer de cuello uterino en un país se debe lograr una cobertura de 80% en las mujeres que tuvieron al menos un PAP cada 10 años, se obtienen mayor reducción de la tasa si el PAP es bianual en 61%, trianual 60% y cada 5 años en un 55%. Por lo tanto la meta de cobertura es de llegar a un 80% de manera acumulativa. De tal manera que el lograr al menos un 20% anual, de manera acumulativa puede lograr una mejora ostensible de la cobertura de PAP y reducir la tasa de cáncer de cuello uterino.

Las prestaciones de tamizaje con PAP podrán ser pasibles de evaluación por Presencia de Control Presencial Posterior (PCPP), por lo que el registro del resultado deberá constar en la historia clínica obligatoriamente, en un tiempo determinado.

En el indicador Mujeres tamizadas con Papanicolau algunas micro redes tienen buen desempeño coexistiendo con otras en que han conseguido metas bastante bajas. Puede estar contribuyendo a esto los ajustes que el SIS hace sobre los coeficientes de ajuste de riesgo que ha empleado en el 2014, probablemente subjetivos y no aplicables a todas las realidades. Los resultados tardíos de la prueba del PAP desalientan a las pacientes, rompiendo la continuidad de la atención. También se señala deficiencias en el enfoque de Atención Integral para la atención de las pacientes, desconfianza de la gestante para la obtención de la muestra, también algunas limitaciones institucionales como tiempos de espera prolongados, trabas burocráticas para la atención de las pacientes, mala programación de metas, etc. que influyen en la continuidad de la atención.

#### 4.7. TAMIZADOS EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Evalúa la cantidad de afiliados que están cubiertos con estos servicios preventivos. El propósito es fortalecer las acciones para contribuir al cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental.

En el Perú, la principal causa de carga de enfermedad lo constituyen las enfermedades No Transmisibles (60.1%), y dentro de ellas la categoría de enfermedades neuropsiquiátricas (17.9% de los Años de Vida Saludables AVISA). Dentro de esta categoría destacan las dos sub categorías más prevalentes: Depresión unipolar que es más frecuente en mujeres (13.7 x 1000 habitantes), y el Abuso de Alcohol que es más frecuente en hombres (16.3 x 1000 habitantes). Por lo que se hace importante la realización de prestaciones preventivas de tamizaje de salud mental.

La recopilación de datos se hace en centros y puestos de salud con códigos Clasificación Internacional de Enfermedades versión -CIE 10- (Z13.3), y de ser positivo, cualquiera de los siguientes: (F99.X); (F32.9), (F41.9), (Z72.1).

En un estudio realizado por la OMS sobre trastornos mentales en América Latina y el Caribe, se identificó como principales causas de morbilidad mental a Abuso de Dependencia de Alcohol, Depresión Mayor y Trastornos de Ansiedad, respectivamente. Sin embargo, existe una gran brecha de tratamiento para estas patologías, es decir, existe un porcentaje de personas con trastornos mentales que no reciben tratamiento alguno; en los casos de las enfermedades mencionadas, las brechas de tratamiento son 71.4% y 58.9% y 63.1%, respectivamente.

En el indicador Tamizados en problemas de salud mental existen micro redes con buen desempeño, pero otras se hallan muy rezagadas respecto a las primeras. Seguramente algunas tienen estrategias y/o adecuaciones para el trabajo en equipo y la atención integral que superan las limitaciones de falta de psicólogos (o al menos en cantidad suficiente) en las Micro redes, toda vez que el SIS acepta Tamizaje de Salud Mental realizado por personal de salud con competencias.

#### 4.8. ESCOLARES DE IE PÚBLICAS DEL ÁMBITO QALIWARMA QUE HAN SIDO TAMIZADOS EN PLAN DE SALUD ESCOLAR (PSE)

Este indicador mide el acceso de los escolares al Plan de Salud Escolar, en el marco del cual, esta actividad se destina a detectar oportunamente los riesgos y daños relacionados con el proceso de aprendizaje, mediante tamizaje regular y periódico en los escolares de nivel inicial y primario de las instituciones educativas -IE- del ámbito Qaliwarma y el tratamiento precoz en establecimientos de salud.

El gobierno emite el DS N° 010-2013-SA aprobando el Plan de Salud Escolar afectándose presupuestalmente al Ministerio de Salud (MINSA), al SIS y a otras instituciones que se hallan involucradas. Debe registrarse el resultado la evaluación del estado de nutrición en el Formato Único de Atención, sujeto a reglas de consistencia. En la determinación del denominador consideramos el listado de colegiales proporcionada por el Ministerio de Educación (colegiales inscritos en IE del ámbito Qaliwarma), que han sido validados en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, afiliados al régimen que cuenta con subsidio del Seguro Integral de Salud.

De acuerdo a estrategias gerenciales la Red de Salud Arequipa Caylloma ha visto por conveniente hacerse cargo de este indicador por lo que no lo consideramos en esta investigación ya que representa el trabajo de la sede administrativa de la Red Arequipa Caylloma y no de las Micro Redes, que lo hace por medio de contrato a trabajadores con la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios sin estar sujetos a la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, como tampoco a la modalidad de contratación del sector privado, como tampoco a otra modalidad de carrera especial.

Al respecto pensamos que es pertinente comentar que este es un ejemplo que explica en parte el estado del sistema de salud de nuestro país, el que al estar compuesto por el Seguro Social del Perú (trabajadores asalariados), Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Locales, Sanidad FFAAPP como también al subsector de la actividad privada da como resultado una segmentación y desarticulación donde concurre una multiplicidad de agentes, ya sea para las prestaciones sanitarias así como para los seguros públicos, los cuales se encargan de ejecutar diversas funciones que no siempre se complementan y superpuestos en alto grado. La descentralización del país demanda innovaciones en las características en las que se van a articular y asumir otro tipo de responsabilidad con el objetivo de dar cuenta de las limitaciones de los Sistemas Segmentados. Creemos que la Red de Salud Arequipa Caylloma (parte administrativa) al ejecutar la prestación de servicios contribuye a la Fragmentación operativa de esta red ya que crea:

- Superposición de redes (el área administrativa de la Red se comporta como una Micro Red que se superpone al trabajo de todas las Micro redes)
- Ausencias de complementariedad de servicios y de continuidad de cuidados (la administrativa de la red da atención parcial y temporal a los problemas de salud)
- Imposibilidad de atención integral (la administrativa de la red no está en la capacidad de hacer la entrega de un paquete de servicios con abordaje integral)

Es necesario que la sede administrativa de la Red de Salud Arequipa Caylloma deje de proceder con verticalidad y se dedique a prestar servicios administrativos y no a la prestación asistencial en el marco de la Descentralización / desconcentración de servicios de Salud Pública y atención a personas.

#### 4.9. REFERENCIAS JUSTIFICADAS

Se considerará Referencia Justificada a aquella que no pueda ser resuelta en el centro o puesto de salud de origen porque no se lo permite su capacidad de resolución. Aquí medimos el valor porcentual de las referencias que se justifican y tiene como fin lograr que las prestaciones se efectúen en centros y puestos de salud según sus capacidades de resolución. Mide indirectamente el grado de capacidad resolutoria del establecimiento de salud. La recopilación de datos se hace luego que los centros y puestos de salud realizan la referencia de sus pacientes asegurados al SIS, hacia Establecimientos de Salud de otros niveles. Se incluyen las referencias emitidas por todas las causas.

Este dato es manejado por el Instituto o los Hospitales (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Hospital Regional Honorio Delgado y Hospital Goyeneche), que administrativamente son otras Unidades Ejecutoras del Gobierno Regional Arequipa pero que se hallan dentro de la Red de Referencias de la Micro Red de Salud Arequipa. En todo caso esta información no se retroalimenta a los establecimientos de origen de las referencias para optimizar este proceso dentro del Sistema de Referencias y Contrareferencias.

#### 4.10. PRESTACIONES RECHAZADAS POR PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR (PCPP)

Este indicador mide el porcentaje prestaciones rechazadas por evaluación PCPP (Proceso de Control Presencial Posterior) que tiene como fin lograr una mejoría en la calidad de registro de las prestaciones en el Formato Único de Atención (FUA), el Seguro Integral de Salud realizará el control con el propósito de verificar la calidad de la atención. Debería cumplirse con las normas emitidas por el Ministerio de Salud acerca de la atención de salud si posee la capacidad de resolución necesaria. La atención debe estar registrada en

el sistema de información del Seguro Integral de Salud. Este indicador se ve afectado por una gestión interna debilitada por el cambio continuo de los funcionarios que deviene en un deficiente desempeño de la gestión institucional, generalmente por cambios constantes en la gestión con escaso manejo de Guías de llenado, que detallen las normas del Seguro Integral de Salud y salud pública para la operativización en la Regiones. Es frecuente observar en establecimientos de Salud de las Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma competencias de gestión inadecuadas; alta rotación de funcionarios, y alta rotación de coordinadores de seguros, que no permite la sostenibilidad de procesos pero sobretodo porque el personal administrativo y asistencial tiene debilidades en el conocimiento de normas prestacionales y financieras, originado en gran parte por las constantes modificaciones en el manejo administrativo del SIS expresado a través de frecuentes resoluciones Jefaturales.

Finalmente, luego de haber hecho un análisis y discutido los resultados alcanzados por estos prestadores en los Indicadores evaluados, respecto a los resultados de la aplicación de la prueba de hipótesis en nuestra investigación debemos señalar que en estudios de un factor como el nuestro se ha comprobado la significancia de los indicadores (niveles del factor) tras aplicar el ANOVA, concluyendo entonces que al menos uno de los promedios de la variable respuesta determinado para un indicador es diferente de los obtenidos para los otros indicadores (Montgomery 2003).<sup>11</sup> En otras palabras el análisis de varianza ANOVA nos permitió comparar si el valor de un conjunto de datos numéricos tal como el promedio de los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en una Micro Red es significativamente distinto a los valores de los otros; hemos probado que los promedios de los indicadores no son iguales, pero no se llegará a la precisión de saber cuál o cuáles

---

<sup>11</sup> Montgomery, DC. 2003. Diseño y análisis de experimentos. Limusa Wiley, México D.F. p. 686

de las Micro redes tienen promedios diferentes. Si se quiere superar esta limitación podríamos usar otras contrastaciones llamadas comparaciones múltiples post-hoc.

El análisis de varianza, que incorpora los principios de la regresión lineal, logra evaluar si los Indicadores son significativamente diferentes o contrariamente es posible suponer que los promedios no son diferentes. El análisis de la varianza supera los limitantes de contrastes bilaterales por parejas al no poder ellos llegar a la determinación acerca de conjuntos de variables con un número mayor de dos son diferentes al ser contrastados.

A manera de reflexión sobre los resultados del presente trabajo de investigación, encontramos en las Micro Redes de la Red Arequipa Caylloma muchos inconvenientes para el cumplimiento de procesos fundamentales en el cumplimiento del rol y función establecidos para el logro de objetivos sanitarios, sumado a una débil participación social y ciudadana en el cuidado de su salud y en la gestión pública; disminuyendo los niveles de satisfacción y falta de confianza de la población a los servicios de salud públicos especialmente de los asegurados al SIS, incrementando la exclusión social, y falta de equidad de las prestaciones, que resultan favoreciendo predominio en atenciones recuperativas en comparación a la cobertura en atenciones preventivas.

Preliminarmente señalaremos que en las modalidades de pago capitativas, la mayor dificultad consiste en establecer una fórmula que defina las ganancias de cada centro y puesto de salud, o sea, el pago por cápita, por lo cual este tema lo abordaremos con detalle más adelante.

Ha quedado claro que es imperativa la necesidad de mejorar los ajustes que el SIS hace sobre los coeficientes de ajuste de riesgo que ha empleado en el 2014 para los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita ya que sugiere que las metas están sobreestimadas en algunos

casos y subestimadas en otros. Lo que está claro que hay una asimetría al momento de establecer dicho coeficiente.

Otro aspecto importante que merece destacarse es que las exigencias del SIS para el cumplimiento del indicador son definidas por el SIS, con base a las metas de las Estrategias Nacionales, sin embargo existe una ineludible necesidad de negociación con el prestador (las micro redes) que trate sobre la construcción del indicador ya que es el prestador quien finalmente será beneficiado o perjudicado dependiendo si cumple o no con el indicador, ya que del monto capitado total negociado un porcentaje que corresponde al monto variable (25% del monto total) depende de la evaluación de los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita).

La modalidad de pago a los prestadores de actividades sanitarias es un instrumento valioso en la gerencia de los sistemas de salud al influir ya sea en costos o en la calidad de la prestación. Los agentes financieros de los sistemas de salud (tanto del ámbito público como privado) hallan en los mecanismos de pago a agentes prestadores de salud un instrumento que hace posible el alineamiento de los intereses bilateralmente y alcanzar mejor desempeño de los prestadores, pero a la vez se busca salvaguardar las necesidades de los afiliados. La gran dificultad en este tipo de seguros capitado radica en incentivar adecuadamente a los centros y puestos de salud de la Micro red que prestan el servicio para que estos se decidan a actuar alineándose a los objetivos generales del Ministerio de Salud ya que existen asimetrías de información de mucha importancia entre estos y el financiador que es el SIS <sup>12</sup>

A efectos de poder enriquecer la discusión en nuestro trabajo de investigación debe quedar claro que el tipo de financiamiento de los seguros en salud es clasificado como

---

<sup>12</sup> AAS, IHM. Incentives and financing methods. Health Policy 1995, 34: 205-20.

retrospectivo o prospectivo, diferenciación que se da de acuerdo al momento en que se hace el cálculo del pago que se les va a hacer a los prestadores de salud por las actividades que realizan. Para el caso de los retrospectivos, el pago es calculado ex post, cuando ya se hizo la actividad. Debido a que estos pagos se establecen determinando los costos en los que realmente se ha incurrido, los Centros y Puestos de salud se sienten poco incentivados a disminuir estos costos porque están seguros que los mismos serán reembolsados. Es por esta razón que los retrospectivos generalmente son reemplazados por los prospectivos, los cuales si van a incentivar a los Centros y Puestos de salud a tener un mejor rendimiento, especialmente en la parte financiera. En estos últimos, los prospectivos, el monto a entregar al prestador es establecida ex-ante por tanto el desembolso final no coincide obligatoriamente con los gastos que realmente han hecho los Centros y Puestos de salud. Es por esta razón que se incentiva que ellos no incurran en mayores gastos que superen los desembolsos que recibirán, fomentándose a una contención de costos y ser más eficientes en el consumo de recursos. No obstante tratando de lograr el objetivo de no caer en una pérdida de fondos o prevenir déficits las Micro redes están motivados a poner en práctica respuestas estratégicas las cuales podrían incurrir en una disminución de la cantidad de servicios brindados o empobreciendo la calidad de los servicios. Por ejemplo limitar el número de consultas médicas en consultorios externos, disminuir la cantidad de medicamentos entregados, o evitar el uso de exámenes auxiliares en la atención, o hacer referencias injustificadas para casos que pueden resolverse en el nivel de atención como una cirugía menor, etc. <sup>13 14 15</sup>

---

<sup>13</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report, 2000. Health Systems: Improving Performance.

<sup>14</sup> ELLIS, R.. Creaming, skimming and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economic* 1998, 17(5): 537-555.

<sup>15</sup> JEGERS, M.; KESTELOOT, K.; DE GRAEVE, D., Y GILLES, W.A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*. 2002, 60: 255-273

Sin embargo los sistemas de pago prospectivos no van a influir ineludiblemente de manera indeseable a la calidad de la prestación porque las estrategias con que respondan las Micro redes de esta Red están vinculadas a sus caracteres, naturales o adquiridos, que las distinguen y a los fines institucionales que pretende, <sup>16</sup> y de la modalidad de aseguramiento que se haya empleado, porque no en todo sistema de pago prospectivo se trasladan con igual grado los riesgos financieros a los centros y puestos de salud de Atención Primaria de Salud. Las características propias en la composición y estructuración de los sistemas de salud, así como las particularidades que distinguen a sus diferentes establecimientos o instituciones prestadoras de servicios sanitarios, según su tipificación, condicionan que en las Micro redes de esta Red los mecanismos de pago prospectivos produzcan diferentes resultados en el rendimiento. <sup>17</sup> Cada mecanismo de pago prospectivo para centros y puestos de salud de Atención Primaria de Salud, en nuestro estudio el pago capitado, puede ofrecer obstáculos para ser implementado así como probablemente que los prestadores respondan estratégicamente de una forma no deseada. Por ejemplo un obstáculo es que se hagan ajustes inadecuados en la determinación del monto capitado que se asignará por cada afiliado en la Micro Red, si hay errores en esta operación tales como sub estimaciones de este pago anticipado entonces puede significar una crisis financiera para la economía del centro y/o puesto de salud, porque terminará financiando las actividades del SIS con Recursos Directamente Recaudados o en el colapso funcional para la atención de pacientes SIS y no SIS. En el caso de adoptar estratégicamente. Por otro lado, cuando dijimos que los prestadores puedan responder estratégicamente de una forma no deseada puede ser evidenciado

---

<sup>16</sup> CHALKLEY, M. Y MALCOMSON, J. M. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality». *Journal of Health Economics*. 1998, 17: 1-19.

<sup>17</sup> COTS, F.; MERCADÉ, L.; CASTELLS, X. Y SALVADOR, X. Relationship between hospital structural level and length of stay outliers. Implications for hospital payment systems». *Health Policy*. 2004, 68: 159-168.

cuando se decide no dar atención especializada al paciente SIS, por ejemplo en Pediatría, porque el pago para atención especializada es con pago de dinero de bolsillo, ya que los pediatras en casi todos los casos, en Atención Primaria, trabajan a riesgo compartido, o sea, del costo de la consulta la mitad le corresponde al establecimiento de salud y la otra mitad para el profesional contratado por servicios con Recursos Directamente Recaudados, y tiene un costo mayor que la atención que va a recibir el afiliado a cargo del médico general.

La capitación que se realiza en nuestro estudio es una de las modalidades de pago de las más comunes dentro de los Sistemas de Pago Prospectivos, y de las dos opciones posibles, ya sea fijo o sea variable, nuestra fórmula capitativa estudiada es fija porque no considera variable el número de casos para establecer el monto capitado a los centros y puestos de salud de las Micro redes de esta Red. En otras palabras, se determina ex-ante el financiamiento a entregar a los establecimientos de salud de Atención Primaria de Salud en un período determinado. Así al atender una mayor o una menor cantidad de afiliados no va a variar el ingreso de los prestadores, así casi todo el riesgo financiero es asumido por ellos.<sup>18 19</sup>. Sucede que en algunas micro redes se programan un número de gestantes a ser atendidas en su trabajo de parto en el año, pero de da que hay un mayor número de gestantes que las programadas, probablemente por deficiencias en el sub componente de planificación familiar de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Micro Red (falta de obstetrices, mala calidad de la atención, carencia de insumos de planificación familiar, cobros indebidos, etc.). Así, con este modelo de financiación las Micro redes de esta Red han corrido casi todo el riesgo financiero porque tendrán que

---

<sup>18</sup> JEGERS, M.; KESTELOOT, K.; DE GRAEVE, D., Y GILLES, W. A typology for provider payment systems in health care». *Health Policy*. 2002, 60: 255-273.

<sup>19</sup> SMITH, C.; PREKER, A. S.; LIGTH, D. W. Y RICHARD, S. Role of markets and competition». In Figueras, J.; Robinson, R., y Jakubowski, E. eds. *Purchasing to improve health systems performance*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. England. 2005.

atender más partos que los programados con el consumo de recursos de todo tipo que esto significa.

Es importante en este punto de la discusión de nuestros resultados caracterizar nuestro método caputivo, en el cual los ingresos totales de centros y puestos de salud de las Micro redes de esta Red son calculados con base en el número de usuarios potenciales que figuran en el padrón de afiliados que son asignados territorialmente a los centros y puestos de salud, los que constituyen la demanda del SIS, en forma independiente si han utilizado o no los servicios durante el tiempo acordado entre prestador y financiador, o sea el Gobierno Regional y el SIS, y que figura en el convenio.

Esta capitación da cobertura a las atenciones que se hacen a parte o toda la demanda del paciente afiliado, a través de un monto fijo por afiliado, en el ejercicio presupuestal. Los montos asignados serán más altos mientras más grande sea el padrón de afiliados. Los costos se controlan a través del pago a los centros y puestos de salud, a la vez que los atributos de calidad en la atención recibida está sujeta a control de acuerdo a los estándares de calidad establecidos localmente en conceptos de mercadeo de servicios de salud. Como el monto capitado a recibir se ha fijado según el padrón de afiliados los centros y puestos de salud no se sienten incentivados a orientar mayor cantidad de recursos porque no les darán ningún monto adicional. Otra particularidad en nuestras micro redes es que el afiliado subsidiado para las prestaciones recuperativas no es libre de elegir a que servicio de salud quiere ser adscrito al contrario del caso de pacientes de régimen semicontributivo que si tienen esa capacidad. Ellos seguramente exigirán centros y puestos de salud con mejor calidad, con lo cual estos pueden aumentar sus ingresos al aumentar el número de afiliados por los cuales recibirán más dinero. Aquí merece destacarse que algunos proveedores, al contrario de lo que acabamos de señalar, preferirían tener menos pacientes del SIS y más pacientes que hacen gasto de bolsillo

porque así mejoran sus ingresos directamente recaudados, fondos que manejan sin tantas restricciones como las exigidas normativamente por el SIS, en la administración de los ingresos por SIS cápita.

También tiene trascendental importancia en las diferencias observadas en los Indicadores de Monitoreo de nuestro estudio que los montos que se cápita por los afiliados recibe ajustes con base a ciertas variables sociales y demográficas dentro de las que podemos mencionar al sexo o a la edad; también algunas variables del ámbito clínico (severidad de la enfermedad u otras combinaciones).

En establecimientos de salud de la Red Arequipa Caylloma, donde hay más pobreza, como en zonas de mayor ruralidad y la provincia alta de Caylloma que reciben casi todo su financiamiento con SIS cápita se hallan en situaciones similares a las que atraviesa el financiador (el SIS), respecto a si los afiliados usan o no apropiadamente sus establecimientos de salud y a la determinación del monto capitado por la variedad de la casuística entre los afiliados. Por lo tanto, los proveedores necesitan tener sistemas de información que les permitan hacer un seguimiento del uso de los servicios prestados y las condiciones de salud de los miembros de la lista, lo cual es costoso en términos de tiempo y dinero.<sup>20</sup>

Nuestro mecanismo de pago capitado se caracteriza virtuosamente por la simplicidad porque una vez definido por acuerdo el monto capitado ya se conoce los fondos que serán destinados a la prestación.

Una parte del monto capitado se destina a las actividades preventivo promocionales con lo que se espera la contención de la demanda de los afiliados para actividades

---

<sup>20</sup> ANDERSON, G. Y WELLER, W. Methods of Reducing the Financial Risk of Physicians Under Capitation». Archives of Family Medicine. 1999. 8: 149-155.

recuperativas que son demasiado costo efectivas, logrando así un mejor desempeño en la economía y el financiamiento de estos agentes sanitarios <sup>21 22</sup>.

Las metas sanitarias son definidas por las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud y las financieras en los convenios de gestión. Debido a sus ventajas en el control de los costes y al fomento de la prevención, los modelos de financiación capitativa son utilizados en la financiación de los servicios sanitarios de un buen número de países, en particular en a la atención primaria <sup>23 24</sup>.

#### DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE MONITOREO SIS CÁPITA

El desempeño de los proveedores respecto al cumplimiento de los indicadores de monitoreo SIS cápita está ligado, en nuestra interpretación, en gran parte a la problemática de la forma como estos novedosos sistemas de pago prospectivos introducen incentivos para el control de los costes y la mejora de la eficiencia, es así que la implantación de estos sistemas tiene la dificultad de establecer unos presupuestos y tarifas que fomenten mejoras en estos campos sin poner en riesgo la viabilidad de los proveedores o sin que supongan reducciones en la calidad del servicio prestado.

Aquellas cualidades que poseen las Micro redes de esta Red y la manera como se relacionen con el SIS son muy influyentes en la manera como se establecen montos SIS cápita.

---

<sup>21</sup> World Health Organization. The World Health Report, 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization,

<sup>22</sup> CHRISTIANSEN, T. Organization and financing of the Danish health care system. Health Policy 2002, 59: 107-118.

<sup>23</sup> World Health Organization. The World Health Report, 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization.

<sup>24</sup> BARROS, P. Cream-Skimming, Incentives for Efficiency and Payment System. Journal of Health Economics 2003, 22(3): 419-443.

*En nuestra modalidad de pago la gran dificultad es la definición de la fórmula con la que se establece la cantidad que se debe reembolsar a centros y puestos de salud, o sea la tarifa per cápita, o tarifa por cada afiliado.*

La más sencilla que exista no establece una clara diferenciación respecto a variables socio-económico-demográficas de las poblaciones atendidas. Poblaciones con mejores indicadores de salud harán menos consultas recuperativas. Sin embargo, fórmulas capitativas más complejas no siempre reflejan todas las variaciones de los costes entre distintos pacientes ni posibles variaciones no previstas de las necesidades de atención o práctica clínica y, por tanto, deben ser usadas con cierta precaución.<sup>25</sup> La introducción de ajustes basados en la complejidad de los casos puede generar también problemas para lograr la equidad en la sanidad pública.<sup>26</sup>

Pasando a otra dificultad, esta radica en el método aplicado con la finalidad de lograr ya sea un desempeño más eficiente o reducir los costos incurridos; el sistema de pago utilizado en los establecimientos de salud públicos, basado en el uso de tarifas calculadas a partir de los costes medios de los establecimientos de salud, no fomenta que los establecimientos de salud reduzcan sus costes por debajo del coste medio.<sup>27</sup> En este requerimiento metodológico se hace necesaria la suficiente claridad y transparencia en la determinación del monto capitado, porque lo que se ha observado hasta la fecha es un tarifario producto de **maniobras políticas y escasa transparencia.**

---

25 SMITH, P. C. Setting budgets for general practice in the new NHS. *British Medical Journal* 1999, 318: 776-779.

26 ASTHANA, S.; GIBSON, A.; MOON, G.; DICKER, J. Y BRIGHAM, P. The pursuit of equity in NHS re - source allocation: Should morbidity replace utilisation as the basis for setting health care capita - tions?». *Social Science & Medicine*. 2004; 58(3): 539-551.

27 LLEWELLYN, S. Y NORTHCOTT, D. The average hospital». *Accounting, Organisations and Society*. 2005; 30: 555-583

En la revisión bibliográfica se hace mención con mucha frecuencia sobre respuestas indeseadas de los establecimientos de salud incentivadas por la capitación con el fin de proteger su economía. Estas suelen ser de naturaleza estratégica.<sup>28 29 30 31 32</sup> Se presentan por la asimetría de información sobre costos reales que estos dominan. El resultado es la adopción de un comportamiento negativo en perjuicio de los afiliados o de los que financian. Generalmente se trata de una *selección del riesgo*, es decir, seleccionando afiliados rentables y evitando los costosos.

En concreto, los dos tipos prácticas más utilizadas son: seleccionar pacientes de bajo riesgo (cream skinning ) y evitar pacientes de elevado coste ( dumping ).<sup>33 34 35</sup>

También existe otra respuesta llamada riesgo moral en la que se hace menos prestaciones que las indicadas a pesar de estar asegurado el pago de estas.

Los métodos prospectivos de pago fijos a proveedores incrementan el potencial conflicto de objetivos entre eficiencia y riesgo moral.<sup>36</sup> No obstante, la posible respuesta estratégica

---

28 NEWHOUSE, J. P. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production vs selection. *Journal of Economic Literature*. 1996; 34(3): 1236-1263.

29 ELLIS, R. P. Y McGUIRE, T. G. Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*. 1996; 15: 257-277.

30 ANKJÆR-JENSEN, A.; ROSLING, P. Y BILDE, L. Variable prospective financing in the Danish hospital sector and the development of a Danish case-mix system. *Health Care Management Science*. 2006; 9: 259-268.

31 ERNST, C. Y SZCZESNY, A. Capped hospital budgets, risk-influencing activities and financial consequences. *Journal of Accounting and Public Policy*. 2008; 27: 38-61.

32 ALLEN, P. Payment by Results' in the English NHS: the continuing challenges. *Public Money & Management*. 2009; 29(3): 161-166.

33 ELLIS, R. P. Y MCGUIRE, T. G. Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*. 1996; 15: 257-277.

34 ELLIS, R. P. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economic*. 1998; 17(5): 537-555.

35 ERNST, C. Y SZCZESNY A. Capped hospital budgets, risk-influencing activities and financial consequences. *Journal of Accounting and Public Policy*. 2008; 27: 38-61.

36 NEWHOUSE, J. P. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production vs selection». *Journal of Economic Literature*. 1996; 34(3): 1236-1263.

de los proveedores ante un sistema de pago prospectivo depende de sus objetivos e intereses declarados.<sup>37 38</sup>.

La mayoría de estos estudios muestran que, en la práctica, los sistemas de financiación son mixtos. La clave para la mejora del sistema es sopesar cuidadosamente las ventajas e inconvenientes de cada mecanismo, teniendo en cuenta las características propias de cada contexto nacional<sup>39</sup> y las diferencias estructurales entre establecimientos de salud.

En forma concluyente se puede afirmar que en relación a los modelos de financiamiento capitados como el de nuestro estudio influyen en el desempeño del prestador afectando eficiencia y calidad en la atención. Propician incentivos en el manejo financiero aunque no necesariamente suprimiendo actividades sanitarias que no se necesitan sino mermando la calidad.

Como en nuestro país desde el 2014 la mayoría de países ha optado por implementar sistemas de pago prospectivos que combinan un componente fijo, para cubrir costes fijos y de capital, y otro variable en función de los pacientes atendidos. La combinación de distintos métodos de pago puede ser la mejor de las soluciones para alcanzar el equilibrio entre intereses contrapuestos<sup>40</sup>. Uno de sus beneficios es la disminución de los tiempos de espera, centros y puestos de salud más estables financieramente y reducción de costos.

---

37 CHALKLEY, M. Y MALCOMSON, J. M. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality. *Journal of Health Economics*. 1998; 17: 1-19.

38 MILCENT, C. Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates. *Health Economics*. 2005; 14: 1151-1168.

39 MOSSIALOS, E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J. Y KUTZIN, J. Funding health care: options for Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press. England. 2002. p.12

40 DRANOVE, D. Y SATTERTHWAITE, M. The industrial organization of health care markets». In: New - house, P. J. and Culyer, A. J., eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier. 2000.

Es recomendable que las Micro redes de la Red que presenten beneficios económicos con estos mecanismos de pago los inviertan para que sirvan como incentivo para los trabajadores y optimizar la eficiencia.

La regulación y el control deben estar enfocados en los atributos de la calidad de la atención y en modular las reacciones de los establecimientos de salud para protegerse de los problemas que conllevan estas modalidades de pago; en ese mismo sentido ampliar la cobertura en Aseguramiento Universal de Salud, que quedará garantizada si se ajusta el pago a las Micro redes de esta Red con criterios de aseguramiento de la calidad de la atención.

Son retos pendientes para el SIS cápita superar la baja capacidad del Sector Público de establecer reglas/regulaciones/intervenciones que reduzcan fallas de mercado (información asimétrica,-demanda inducida,-externalidades, etc.), la implementación de mecanismos que reduzcan la asimetría de información entre actores (consumidores, terceros pagadores) y progresivamente emprender las acciones necesarias para modificar favorablemente la debilidad institucional en los diferentes niveles del sistema sanitario peruano.

## CONCLUSIONES

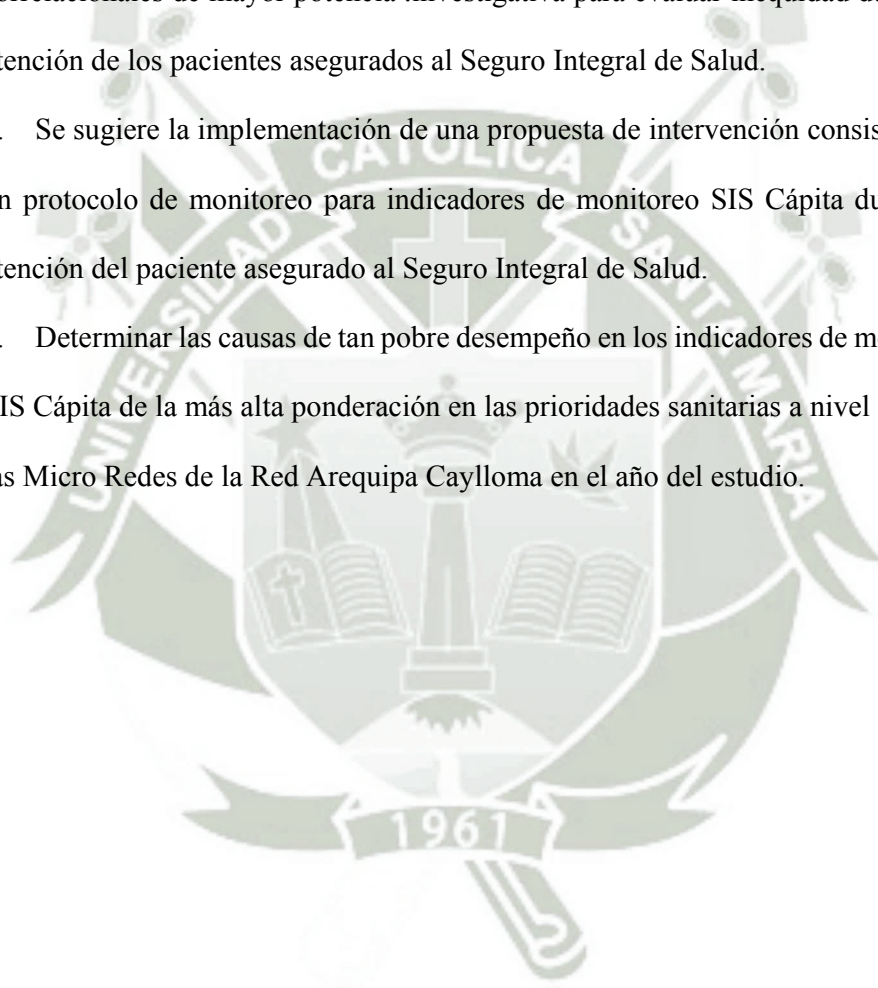
PRIMERA: los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita entre las Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en el 2014 arrojan diferencias estadísticamente significativas a partir de un análisis de varianza en función del valor alcanzado en el indicador.

SEGUNDA: se prueba que los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma 2014 son semejantes al medir un bajo nivel de ejecución de las metas planteadas en las actividades de las Micro redes y son diferentes al estar en algunas Micro Redes en mayor proporción comparativamente y en forma significativa respecto a otras



## SUGERENCIAS

1. Realizar un análisis post ANOVA para poder identificar las Micro Redes con pobre desempeño en el cumplimiento de los estándares requeridos en los indicadores de Monitoreo SIS Cápita.
2. Apartir del presente estudio de línea de base desarrollar futuros estudios correlacionales de mayor potencia .investigativa para evaluar inequidad durante la atención de los pacientes asegurados al Seguro Integral de Salud.
3. Se sugiere la implementación de una propuesta de intervención consistente en un protocolo de monitoreo para indicadores de monitoreo SIS Cápita durante la atención del paciente asegurado al Seguro Integral de Salud.
4. Determinar las causas de tan pobre desempeño en los indicadores de monitoreo SIS Cápita de la más alta ponderación en las prioridades sanitarias a nivel de todas las Micro Redes de la Red Arequipa Caylloma en el año del estudio.



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN  
PROTOCOLO DE MONITOREO PARA INDICADORES DE MONITOREO  
SIS CÁPITA DURANTE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ASEGURADO AL  
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

### 1. INTRODUCCIÓN

Los indicadores de Monitoreo SIS Cápita son evaluados por el SIS de manera permanente los cuales sirven de insumos para realizar la evaluación de desempeño de los Gobiernos Regionales en el proceso del año 2014. El objetivo es:

- ✓ Alinear la asignación del presupuesto
- ✓ Eficiencia en la ejecución
- ✓ Calidad de la prestación

El SIS actualmente ha tomado la decisión política de nuevas formas de financiamiento redimensionando la retribución económica que el SIS hace a los prestadores del primer nivel de atención, a través de un pago capitado, pero con el gran inconveniente que en esta reciente transición el personal administrativo y asistencial tiene debilidades en el conocimiento de normas prestacionales y financieras, aunado a competencias de gestión inadecuadas con alta rotación de personal, que no permite la sostenibilidad de procesos, por ejemplo la prestación de servicios de salud con un enfoque preventivo pero contando con procedimientos y herramientas que permitan al personal de salud monitorear el plan de atención centrado en la persona, con capacidad de detectar si no está recibiendo sus cuidados preventivos que están reflejados en los indicadores de monitoreo, y que a su vez están alineados con las estrategias sanitarias nacionales. Persiste atención a la demanda; fomentado por atención reactiva del prestador inducido por realizar mayores actividades recuperativas; débil monitoreo de procesos financieros y prestacionales y débil

fortalecimiento de la Gestión, generalmente por cambios constantes en la gestión con, escaso manejo de Guías de llenado que detallen las normas del SIS; esto deviene en un deficiente desempeño de la gestión institucional, con aumento de la exclusión social e inequidad de las prestaciones que resultaban en el predominio de atenciones recuperativas en comparación a la cobertura en atenciones preventivas. Este conglomerado de problemas traía como consecuencia un insuficiente control prestacional individual, además sin enfoque preventivo y sin mejorar resultados sanitarios como país, que permitan tomar estrategias adecuadas. Pero paralelamente afecta a la economía de los establecimientos de salud al no recibir los fondos destinados a ellos como prestadores pero condicionados al cumplimiento de los indicadores de monitoreo SIS Cápitá.

El SIS establece una relación de indicadores sanitarios, sustancialmente, utilizada para dar seguimiento y ajustar las acciones que un sistema, subsistema, o proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de su misión, objetivos y metas. Se evalúa cada indicador según las metas establecidas dentro del Convenio para cada año, las cuales se establecerán de manera progresiva, de modo de contribuir a mejorar los indicadores sanitarios en un plazo establecido.

Los Indicadores de Monitoreo son indicadores alineados a los programas presupuestales y a las prioridades nacionales establecidas, las cuales servirán como sustento para evaluar el desempeño de las Regiones de manera más integral. Las mismas son referentes para establecer montos fijos y variables y fija las metas para negociaciones posteriores.

En los anexos puede apreciarse las fichas técnicas de cada indicador donde resaltan la Definición del indicador, el Propósito, la Justificación, el Cálculo del Indicador, los Supuestos, la Frecuencia de medición, la Fuente de datos y flujo de la información, la

Determinación de valores y referencias adicionales así como las Referencias Bibliográficas y los Comentarios Técnicos. Cabe resaltar que estas fichas técnicas de cada indicador son de carácter oficial y por tanto el referente para cualquier fin que tenga que ver con el SIS Cápita.

El problema que se observa es que el personal de salud de las Micro Redes no ha diseñado una estrategia para abordar el cumplimiento de estos indicadores que son los establecidos por el SIS para el cumplimiento de los objetivos que persigue. Si bien es cierto se cumple con brindar atención integral también es cierto que esta no se da en forma vinculante con las prestaciones preventivas que debe recibir el afiliado porque no existe un instrumento de fácil visualización que permita monitorear y verificar en cada paciente si está habiendo progresos o limitaciones en todas las atenciones preventivas que están brindando a determinado paciente, de acuerdo a los indicadores de monitoreo durante el año. Esto resulta en omisiones o duplicidades cuando se quiere hacer una entrega del paquete de servicios durante la atención integral por ejemplo en tamizajes de salud mental, tratamientos antiparasitarios, etc. No siempre el paciente va a recordar si se le hizo el procedimiento en el año en evaluación, o el profesional tal vez tenga dificultades o poco tiempo para ubicar el dato en la historia clínica u otro registro del establecimiento de salud.

Se hace necesario un Protocolo de Monitoreo que establezca procedimientos y metodologías que deben cumplirse en la ejecución de la atención integral. Su aplicación contribuirá al cumplimiento de las normas para la atención del paciente SIS. La aplicación de los procedimientos establecidos en el Protocolo de Monitoreo representa asimismo una herramienta de evaluación, fiscalización y mejora de la atención que tiene derecho el paciente asegurado al SIS. A través de la aplicación de este instrumento

se contribuirá además a realizar una verificación del funcionamiento de la atención integral.

2. ANTECEDENTES Numerosas propuestas han sido elaboradas para evaluar el desempeño de las iniciativas de APS promovidas e implementadas al interior del *subsistema público de salud*.<sup>41 42 43</sup>

Las mismas se han concentrado en la evaluación del *desempeño de los servicios* de primer nivel de atención y/o de diversos programas orientados a fortalecer la APS. En contraste, los esfuerzos tendientes a formular herramientas de evaluación de *sistemas de salud* desde una perspectiva macro han sido escasos.<sup>44</sup> La *Estrategia de Evaluación Reformulada para Latinoamérica* se inscribe en este último conjunto de enfoques que buscan trascender la evaluación de servicios o programas para comprender y captar el desempeño del sistema de salud como un todo, no obstante sus rasgos de segmentación o integración.

### 3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL Estandarizar la metodología para el desarrollo del monitoreo de la calidad para la atención del asegurado SIS en el marco de los Indicadores de monitoreo SIS cápita

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar el procedimiento y criterios técnicos, para establecer parámetros de evaluación, puntos de monitoreo, frecuencia, toma de muestras y el aseguramiento de

---

<sup>41</sup> ALMEIDA C, MACINKO J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2006. p. 2

<sup>42</sup> SALA A, NEMES M, COHEN D. Metodología de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. Cad Saude Publica 1998;14(4):741-751.

<sup>43</sup> ATKINSON S, HARAN D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. Soc Sci Med 2005;60:501-513.

<sup>44</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Now more than ever - The World Health Report 2008. Switzerland: World Health Organization, 2008.

la calidad en la atención del asegurado SIS en el marco de los Indicadores de monitoreo SIS cápita.

Desarrollo del monitoreo de la calidad en la atención integral.

4. MARCO LEGAL El Protocolo de Monitoreo es un instrumento de gestión prestacional de cumplimiento obligatorio para efectuar el monitoreo, supervisión y fiscalización prestacional, así como para la verificación del cumplimiento de los protocolos de actuación en los servicios de salud que tiene la siguiente base legal:

- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- D.S. 016-2009, que aprueba el PEAS.
- D.S. 008-2010, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco del AUS.
- R.M. 258- 2014/MINSA que aprueba el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, período 2014 — 2016.
- R.M. 289-2013/MINSA, Que aprueba las Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013: Articulado Nutricional, Salud Materna Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Transmisibles, Prevención y Control del Cáncer y Reducción de la Mortalidad y Discapacidad por Emergencias y Urgencias, Inclusión Social Integral de las Personas con Discapacidad y Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres",
- Resolución Ministerial 510-2013/MINSA que aprueba la NTS N° 080-MINSA/DGSPV. 03: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación"

- R.M. 828-2013 Aprobar la NTS N°106 -MINS/VDGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal".
- R.M. 827-2013 que aprueba la Norma Técnica en salud N° 105-MINSA/DGSP-V.01 Atención Integral de Salud Materna”.
- R.M. N° 665-2013 que Aprueba la NTS N°103 -MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética".
- R.M. 945-2012 que aprueba la Directiva Sanitaria N° 050-MINSA/DGSP-V. 01 Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años.
- R.M. 546-2011 que aprueba la Norma Técnica en Salud de Categorización de Establecimientos de Salud V.2.
- R.M. 226-2011, Tarifario del Seguro Integral de Salud para el componente Subsidiado y Semisubsidiado.
- RM N° 464-2011/MINSA, que aprueba los enfoques del MAIS – BFC
- R. M. N° 990 - 2010/MINSA que aprueba la Norma técnica de salud N°084 para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.
- R.M. N° 614-2010/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 034-MINSA/DGSPV. 01: "Directiva Sanitaria que establece el Sistema de Información Integrado de Inmunizaciones".
- Norma Técnica de Salud Mental.
- R.M. N°520-2010/MINSA, que aprueba el documento Técnico “Fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada”

- R.M. N°520-2010, que aprueba el Documento Técnico “Fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada” Ministerio de Salud Lima – Perú 2010.
- R.M. N°870-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”.
- R.M. N° 587 -2009/MINSA, “ESNSF de Salud Familiar”, estrategia para fortalecer el primer nivel de atención.
- R.M. N°141-2007 que aprueba la Guía Técnica de personas afectadas por Violencia Basada en Género.
- R.M. N°593-2006/MINSA que aprueba la Norma Técnica en Salud N° 045 para el uso del odontograma.
- R.M. N° 292-2006/MINSA, “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- R.M. N 696 - 2006: Guía Nacional de Operativización del MAIS.
- R.M. N° 402-2006/MINSA, documento Técnico "Programa de Familias y Viviendas Saludables".
- R.M. N° 529-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”.
- R.M. N° 626-2006/MINSA, “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón”.
- R.M. N° 597-2006/MINSA, “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- R.M. N°536-2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 032-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Planificación Familiar 2005.

- R.M N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.
- R.M. N° 633-2005/MINSA: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente”.
- R.J. N°161-2011/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2011-SIS/GNF Traslados de emergencia de los asegurados al SIS.
- R.J. N°185-2011/SIS, que aprueba la Directiva de Control de Ejecución de Transferencias SIS a las Unidades Ejecutoras a nivel Nacional"

5. ALCANCE Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO El Protocolo de Monitoreo es de cumplimiento obligatorio para todos los establecimientos de salud del ámbito de intervención de la Micro Red y es aplicado para los efectos de control operacional de las prestaciones vinculadas a los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita.

## 6. METODOLOGÍA

6.1 PUNTOS DE MONITOREO Los puntos de monitoreo deben guardar concordancia, respecto a la integralidad de la atención al paciente asegurado según lo especificado en la Guía de Atención Integral. Los puntos de monitoreo serán dos: en admisión y a la salida del paciente del establecimiento de salud, pudiendo incorporarse un punto adicional, entre estos dos puntos ante la posibilidad de una prestación preventiva adicional que pueda darse luego de la interacción con el proveedor del servicio que fue motivo de búsqueda de la atención, lo cual quedará a criterio del auditor SIS y/o responsable del área de seguros competentes de la Micro Red.

6.1.1 Admisión: Se ubicará un punto de monitoreo en el área destinada al SIS en Admisión, o en su defecto a la salida de esta antes del ingreso a triage o a un servicio o a un consultorio, según sea el tipo de prestación requerida por el paciente. En todos los

casos el punto de monitoreo debe ubicarse en un lugar que evite la interferencia con la atención fluida, por lo que debe ubicarse preferentemente después de abandonar el área de admisión, paso inicial y obligado por todos los pacientes que demandan un servicio.

6.1.2 A la salida del paciente del establecimiento de salud. Se ubicará un punto de monitoreo en la puerta de salida para captar al paciente en el momento que abandona el establecimiento de salud contando que solo existe una salida, caso contrario se ubicarán los puntos de monitoreo en cada uno de ellos, asegurando el monitoreo del total de los asegurados monitoreados.

*Identificación del punto de monitoreo* Los puntos de monitoreo deben ser identificados y reconocidos claramente. En la determinación de la ubicación se hará participar a los trabajadores de paso que se logrará el reconocimiento de su ubicación. El punto de monitoreo, no deberá cambiar a menos que se modifique su ubicación por alguna razón justificada.

6.1. 3 Características del punto de monitoreo Los puntos de monitoreo deben tener las siguientes características:

- permitir que la muestra sea representativa del flujo de pacientes
- estar localizados en un punto donde exista una mejor variedad de pacientes y estar preferentemente cerca al punto de mayor aforo.
- ser de acceso fácil, preservando la privacidad del paciente y seguro.
- Se instalará la infraestructura o habilitación de un ambiente necesario para que el punto de control cumpla con estas características.

6.2 PARÁMETROS DE CALIDAD Los parámetros sujetos al monitoreo de los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita están dados por un correcto llenado de la Hoja de Seguimiento de Seguro Integral de Salud para la Atención del Asegurado SIS en el marco

de los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita. Este instrumento es una hoja de verificación o lista de chequeo que se coloca con grapas en la parte interna de la tapa de la Historia Clínica y que está organizado en dos partes:

- la primera es para datos socio demográficos que sirven para la identificación del paciente y está en la parte superior
- la segunda que corresponde a los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita personalizado para cada paciente y que le sirve para el año calendario no fiscal.

Tiene en cada fila la identificación de un código seguido de casilleros que corresponden exactamente a todas las actividades preventivas necesarias para los Indicadores de Monitoreo SIS Cápita y que deben realizarse en ese paciente para que sume al indicador. Cada vez que el paciente reciba una actividad preventiva además del registro en la historia clínica y en la FUA, el trabajador le colocará la fecha en que le hizo la actividad en el casillero que corresponda de la hoja de seguimiento para que se sepa qué actividades se le ha hecho y cuáles le falta y en qué fechas deberá hacerlas el trabajador de salud que lo atiende la siguiente vez. En esta nueva oportunidad deberá repetir el procedimiento hasta que el paciente cumpla progresivamente con todas las atenciones preventivas que le corresponda de acuerdo a su edad y al año de atención. Este procedimiento se realiza cada vez que el asegurado demande una consulta o se le provea un paquete de servicios ya sean preventivos o recuperativos para evitar las oportunidades perdidas. Se muestra un modelo de la hoja de seguimiento la cual se constituye en un documento fuente auditable de la información que en ella está consignada o se dejó de consignar. El protocolo de monitoreo que estamos proponiendo está dirigido a esta herramienta de la calidad que se constituye así la piedra angular del monitoreo.

6.3 FRECUENCIA DE MONITOREO La frecuencia de monitoreo se establece para medir los cambios sustanciales que ocurren en determinados periodos de tiempo, a fin de realizar el seguimiento periódico respecto a las variaciones de los parámetros que se desea evaluar.

6.4. DESARROLLO DEL MONITOREO. El Monitoreo se desarrollará conforme al presente documento y será realizado por personal acreditado y que es integrante del equipo del SIS de la Micro Red.

El trabajo de campo se inicia con la preparación de materiales de escritorio, de impresión, formatos y equipo de cómputo, así como el uso de uniformes e identificación. Asimismo, se deberá contar con las facilidades de transporte y logística para el desarrollo del trabajo de campo en otros establecimientos de salud de la jurisdicción y que sean componentes de la Micro Red

6.4.1 Preparación de materiales y equipos. Tiene como objetivo cubrir todos los elementos indispensables para llevar a cabo un monitoreo de forma efectiva, por lo que es importante preparar con anticipación los materiales de trabajo

6.4.2. Precauciones durante el monitoreo Se debe utilizar un lenguaje persuasivo con los asegurados para lograr su cooperación y vencer las resistencias que podrían presentarse haciéndoles notar los beneficios de su colaboración.

**HOJA DE SEGUIMIENTO DE SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA LA ATENCION DEL ASEGURADO SIS  
INDICADORES DE MONITOREO SIS CÁPITA**

CODIGO DE AFILIACION  N° DNI

CENTRO DE SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS  N° HCL  FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION

cod. 001 CRED Recien nacido 7 y 15 días																	
cod. 001 CRED < de 1 año																	
1 año																	
3 años																	
cod. 118 CRED 5 a 9 años																	
cod. 016 Estimulación temprana	15d	1m	2m	4m	6m	7m	9m	12m	15m	18m	21m	24m	30m	36m			
cod. 007 sulfato ferroso	6m	8m	10m	18m	20m	22m											
cod. 009 Control Pre Natal																	
cod. 007 sulfato ferroso																	
cod. 018 Planificación Familiar 12 a 60 años																	
cod. 056 Consulta externa (Medicina)																	
cod. 056 Consulta externa (Dental)																	
cod. 022 Salud Mental																	
cod. 008 Profilaxis Antiparasitaria																	
cod. 005 Consult. Nutricional																	
cod. 061 Atenciones de Topico																	
cod. 062 Atencion de Emergencia < 9 años																	
> 9 años																	
cod. 060 Visita Domiciliaria																	
cod. 021 Consulta Dental	profilaxis	profilaxis	destartaje	fluor gel	fluor gel												
cod. 057																	
cod. 59																	

CRONOGRAMA

TIEMPO (en semanas)	ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASES												
1. Selección de facilitadores	X	X										
2. Talleres de Capacitación a facilitadores			X									
3. Preparación de los facilitadores				X								
4. Talleres de Capacitación a Trabajadores					X	X						
5. Monitorización							X	X	X	X		
6. Evaluación											X	
7. Informe final												X

6.5. PRESUPUESTO

El presupuesto requerido se limita a materiales de impresión y escritorio cuyo costo requerirá una inversión de 75 Nuevos Soles por cada mil afiliados a los que se les aplique una hoja de seguimiento al año.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AAS, IHM. Incentives and financing methods. *Health Policy* 1995, 34: 205-20.
2. ALLEN, P. Payment by Results' in the English NHS: the continuing challenges. *Public Money & Management* . 2009; 29(3): 161-166.
3. ALMEIDA C, MACINKO J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2006. p. 2
4. ANDERSON, G. Y WELLER, W. Methods of Reducing the Financial Risk of Physicians Under Ca - pitation». *Archives of Family Medicine*. 1999. 8: 149-155.
5. ANKJÆR-JENSEN, A.; ROSLING, P. Y BILDE, L. Variable prospective financing in the Danish hos - pital sector and the development of a Danish case-mix system. *Health Care Management Science*. 2006; 9: 259-268.
6. ASTHANA, S.; GIBSON, A.; MOON, G.; DICKER, J. Y BRIGHAM, P. The pursuit of equity in NHS re - source allocation: Should morbidity replace utilisation as the basis for setting health care capita - tions?». *Social Science & Medicine*. 2004; 58(3): 539-551.
7. ATKINSON S, HARAN D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Soc Sci Med* 2005;60:501-513.
8. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI). Marco Conceptual. División de Educación (SCL/EDU) NOTAS TÉCNICAS # IDB-TN-290. 2011. p. 12

9. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI). Marco Conceptual. División de Educación (SCL/EDU) NOTAS TÉCNICAS # IDB-TN-290. 2011. p. 32
10. BARROS, P. Cream-Skimming, Incentives for Efficiency and Payment System. *Journal of Health Economics* 2003, 22(3): 419-443.
11. CHALKLEY, M. Y MALCOMSON, J. M. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality. *Journal of Health Economics*. 1998; 17: 1-19.
12. CHALKLEY, M. Y MALCOMSON, J. M. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality». *Journal of Health Economics*. 1998, 17: 1-19.
13. CHRISTIANSEN, T. Organization and financing of the Danish health care system. *Health Policy* 2002, 59: 107-118.
14. COTS, F.; MERCADÉ, L.; CASTELLS, X. Y SALVADOR, X. Relationship between hospital structural level and length of stay outliers. Implications for hospital payment systems». *Health Policy*. 2004, 68: 159-168.
15. DUARTE D. Asignación de Recursos Per Cápita en la Atención Primaria. *Cuadernos de Economía Universidad Católica* 1995; 32, 95: 117-24.
16. ELLIS, R. P. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economic*. 1998; 17(5): 537-555.
17. ELLIS, R. P. Y McGUIRE, T. G. Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*. 1996; 15: 257-277.

18. ELLIS, R. P. Y MCGUIRE, T. G. Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*. 1996; 15: 257-277.
19. ELLIS, R.. Creaming, skimming and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economic* 1998, 17(5): 537-555.
20. ERNST ,C, SZCZESNY A. *Journal of Accounting and Public Policy*, 2008, vol. 27, issue 1, pages 38-61
21. ERNST, C. Y SZCZESNY A. Capped hospital budgets, risk-influencing activities and financial consequences. *Journal of Accounting and Public Policy*. 2008; 27: 38-61.
22. ERNST, C. Y SZCZESNY, A. Capped hospital budgets, risk-influencing activities and financial consequences. *Journal of Accounting and Public Policy*. 2008; 27: 38-61.
23. GARCÍA- ALTÉS A, BORRELL C, COTE ´ L, et al. Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience. *J Epidemiol Commun Health*. 2007; 61:791–6.
24. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2014. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2013. p. 46
25. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2014. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2013. p. 47
26. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. INEI; 2007. Lima, Perú.
27. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2004 (INEI).

28. JEGERS, M.; KESTELOOT, K.; DE GRAEVE, D., Y GILLES, W. A typology for provider payment systems in health care». *Health Policy*. 2002, 60: 255-273.
29. JEGERS, M.; KESTELOOT, K.; DE GRAEVE, D., Y GILLES, W.A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*. 2002, 60: 255-273
30. LLEWELLYN, S. Y NORTHCOTT, D. The average hospital». *Accounting, Organisations and Society*. 2005; 30: 555-583
31. MADIES, C; CHIARVETTI, S. Y CHORNY, M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamerica Salud Pública*. 2000; vol.8 n.1-2 Washington July/Aug.
32. MILCENT, C. Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates. *Health Economics*. 2005; 14: 1151-1168.
33. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS – MEF. El Presupuesto Participativo en el Perú. Lecciones aprendidas y desafíos. Documento de Trabajo. Lima, Junio 2005
34. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo, y su Reglamento D.S. N° 171-2003-EF.
35. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS Portal de Transparencia del MEF: <http://transparenciaeconomica.mef.gob.pe/amigable/default.asp>.
36. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. La Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2007, Ley N° 28927, capítulo IV. Lima Perú. 2007
37. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil 2004, realizado por el Ministerio de Educación. Lima Perú. 2004.
38. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Plan de Salud con Garantías. División de Gestión de la Red Asistencial. 2005.
39. MINISTERIO DE SALUD. Proyecciones OGEI-MINSA con ENDES 2000 (INEI).

40. MINISTERIO DE SALUD. GUÍA TÉCNICA N°001-2014/SIS – V.01 “Guía técnica de orientación para la operativización de los Procesos Prestacionales de los convenios Cápita entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales y DISAS.” Lima Perú. 2014. p.2
41. NEWHOUSE, J. P. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production vs selection. *Journal of Economic Literature*. 1996; 34(3): 1236-1263.
42. NEWHOUSE, J. P. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production vs selection». *Journal of Economic Literature*. 1996; 34(3): 1236-1263.
43. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo, OMS, Ginebra. 2000.
44. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Ginebra 2011. p. 11
45. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Ginebra 2011. p. VIII
46. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Resolución CSP26/12 de la OPS/OMS.2002.OPS
47. RICE N, SMITH P. Ethics and Geographical Equity in Health Care. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 256-71.
48. SALA A, NEMES M, COHEN D. Metodología de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 1998;14(4):741-751.
49. SMITH, P. C. Setting budgets for general practice in the new NHS. *British Medical Journal* 1999, 318: 776-779.

50. STIGLITZ J, AMARTYA SEN, FITOUSSI.J, Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progress social, documento presentado en OECD working party on nacional accounts, Paris 14-16 de octubre de 2008.
51. TEYUKOV A, ABT Associates. PHR Plus. Guía para la Capitación Prospectiva con Ejemplos de América Latina. Edición especial. Partnerships for Health Reform Marzo 2001. p. 2
52. VEGA R, ACOSTA N. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud (APS) en los Países de América del Sur: Mapeo de la APS en Chile. Cap. Financiamiento de la APS Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. UNASUR. Rio de Janeiro. Junio 2014
53. VILLALBÍ ET AL. Gac Sanit. 2010; 24(5) :378–384
54. WAGSTAFF A. Pobreza y desigualdades en el sector salud. En Rew Panam Salud Pública 2002; 11. (5/6) OPS, Washington. p. 3
55. WHITEHEAD M. The concepts and principles of equity and health. WHO. 2000.
56. WORL HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report, 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization. 2000..

## HEMEROGRAFÍA

1. AAS, IHM. Incentives and financing methods. Health Policy 1995, 34: 205-20.
2. ALLEN, P. Payment by Results' in the English NHS: the continuing challenges. Public Money & Management . 2009; 29(3): 161-166.
3. ALMEIDA C, MACINKO J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasilia: Organización

Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2006.

p. 2

4. ANDERSON, G. Y WELLER, W. Methods of Reducing the Financial Risk of Physicians Under Ca - pitation». Archives of Family Medicine. 1999. 8: 149-155.
5. ANKJÆR-JENSEN, A.; ROSLING, P. Y BILDE, L. Variable prospective financing in the Danish hos - pital sector and the development of a Danish case-mix system. Health Care Management Science. 2006; 9: 259-268.
6. ASTHANA, S.; GIBSON, A.; MOON, G.; DICKER, J. Y BRIGHAM, P. The pursuit of equity in NHS re - source allocation: Should morbidity replace utilisation as the basis for setting health care capita - tions?». Social Science & Medicine. 2004; 58(3): 539-551.
7. ATKINSON S, HARAN D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. Soc Sci Med 2005;60:501-513.
8. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI). Marco Conceptual. División de Educación (SCL/EDU) NOTAS TÉCNICAS # IDB-TN-290. 2011. p. 12
9. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI). Marco Conceptual. División de Educación (SCL/EDU) NOTAS TÉCNICAS # IDB-TN-290. 2011. p. 32
10. BARROS, P. Cream-Skimming, Incentives for Efficiency and Payment System. Journal of Health Economics 2003, 22(3): 419-443.
11. BASS DEL CAMPO C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivead de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave. 2012 b Dic; 12(11):e5571 doi: 10.5867, www.medwave.cl.

12. BASS DEL CAMPO C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave. 2012 Dic; 12(11):e5571 doi :10.5867, www.medwave.cl.
13. CHALKLEY, M. Y MALCOMSON, J. M. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality». Journal of Health Economics. 1998, 17: 1-19.
14. CHRISTIANSEN, T. Organization and financing of the Danish health care system. Health Policy 2002, 59: 107-118.
15. COTS, F.; MERCADÉ, L.; CASTELLS, X. Y SALVADOR, X. Relationship between hospital structural level and length of stay outliers. Implications for hospital payment systems». Health Policy. 2004, 68: 159-168.
16. DUARTE D. Asignación de Recursos Per Cápita en la Atención Primaria. Cuadernos de Economía Universidad Católica 1995; 32, 95: 117-24.
17. ELLIS, R. P. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. Journal of Health Economic. 1998; 17(5): 537-555.
18. ELLIS, R. P. Y MCGUIRE, T. G. Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. Journal of Health Economics. 1996; 15: 257-277.
19. ERNST ,C, SZCZESNY A. Journal of Accounting and Public Policy, 2008, vol. 27, issue 1, pages 38-61
20. ERNST, C. Y SZCZESNY A. Capped hospital budgets, risk-influencing activities and financial consequences. Journal of Accounting and Public Policy. 2008; 27: 38-61.

21. GARCÍA- ALTÉS A, BORRELL C, COTE ´ L, et al. Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience. *J Epidemiol Commun Health*. 2007; 61:791–6.
22. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. INEI; 2007. Lima, Perú.
23. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2004 (INEI).
24. JEGERS, M.; KESTELOOT, K.; DE GRAEVE, D., Y GILLES, W. A typology for provider payment systems in health care». *Health Policy*. 2002, 60: 255-273.
25. JEGERS, M.; KESTELOOT, K.; DE GRAEVE, D., Y GILLES, W.A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*. 2002, 60: 255-273
26. LLEWELLYN, S. Y NORTHCOTT, D. The average hospital». *Accounting, Organisations and Society*. 2005; 30: 555-583
27. MADIES, C; CHIARVETTI, S. Y CHORNY, M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamerica Salud Pública*. 2000; vol.8 n.1-2 Washington July/Aug.
28. MILCENT, C. Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates. *Health Economics*. 2005; 14: 1151-1168.
29. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS – MEF. El Presupuesto Participativo en el Perú. Lecciones aprendidas y desafíos. Documento de Trabajo. Lima, Junio 2005
30. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo, y su Reglamento D.S. N° 171-2003-EF.

31. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS Portal de Transparencia del MEF:  
<http://transparenciaeconomica.mef.gob.pe/amigable/default.asp>.
32. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. La Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2007, Ley N° 28927, capítulo IV. Lima Perú. 2007
33. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil 2004, realizado por el Ministerio de Educación. Lima Perú. 2004.
34. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Plan de Salud con Garantías. División de Gestión de la Red Asistencial. 2005.
35. MINISTERIO DE SALUD. Proyecciones OGEI-MINSA con ENDES 2000 (INEI).
36. MINISTERIO DE SALUD. GUÍA TÉCNICA N°001-2014/SIS – V.01 “Guía técnica de orientación para la operativización de los Procesos Prestacionales de los convenios Cápita entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales y DISAS.” Lima Perú. 2014. p.2
37. NEWHOUSE, J. P. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production vs selection. *Journal of Economic Literature*. 1996; 34(3): 1236-1263.
38. NEWHOUSE, J. P. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production vs selection». *Journal of Economic Literature*. 1996; 34(3): 1236-1263.
39. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo, OMS, Ginebra. 2000.
40. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Ginebra 2011. p. 11

41. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Ginebra 2011. p. VIII
42. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Resolución CSP26/12 de la OPS/OMS.2002.OPS
43. RICE N, SMITH P. Ethics and Geographical Equity in Health Care. Journal of Medical Ethics 2001; 27: 256-71.
44. SALA A, NEMES M, COHEN D. Metodología de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. Cad Saude Publica 1998;14(4):741-751.
45. SMITH, P. C. Setting budgets for general practice in the new NHS. British Medical Journal 1999, 318: 776-779.
46. STIGLITZ J, AMARTYA SEN, FITOUSSI.J, Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progress social, documento presentado en OECD working party on nacional accounts, Paris 14-16 de octubre de 2008.
47. TEYUKOV A, ABT Associates. PHR Plus. Guía para la Capitación Prospectiva con Ejemplos de América Latina. Edición especial. Partnerships for Health Reform Marzo 2001. p. 2
48. VILLALBÍ ET AL. Gac Sanit. 2010; 24(5) :378-384
49. WAGSTAFF A. Pobreza y desigualdades en el sector salud. En Rew Panam Salud Pública 2002; 11. (5/6) OPS, Washington. p. 3
50. WHITEHEAD M. The concepts and principles of equity and health. WHO. 2000.
51. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report, 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization. 2000.

## INFORMATOGRAFÍA


1. ACUÑA, C. Evolución y reforma de los sistemas de protección de la salud. 2000.  
En: los países de MERCOSUR y Chile. Extraído el 20 de mayo de 2009 de  
[http://www.fes.org.ar/PUBLICACIONES/serie\\_prosur/Prosur\\_CeciliaAcunia.pdf](http://www.fes.org.ar/PUBLICACIONES/serie_prosur/Prosur_CeciliaAcunia.pdf).
2. CASTRO R, CID, C, ALVAREZ F, DÍAZ E. El desafío de la capitación ajustada por  
riesgo en la Atención Sanitaria Pública Chilena. Disponible en  
[http://www.medwave.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/El\\_desafio\\_de\\_la\\_capacitacion\\_ajustada\\_por\\_riesgo\\_en\\_la\\_Atencion\\_Sanitaria\\_Publica\\_Chilena.pdf](http://www.medwave.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/El_desafio_de_la_capacitacion_ajustada_por_riesgo_en_la_Atencion_Sanitaria_Publica_Chilena.pdf)
3. NATIONAL HEALTH SERVICE. NHS performance indicators. National figures.  
Figures 2002. London: NHS; 2003. [consultado 23/11/2009]. Disponible en:  
<http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/hlpi2002/index.htm>  
1
4. PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA. [consultado  
2/3/2010] Disponible en: <http://ppc.cesga.es/>.



# ANEXOS

**ANEXO N° 1**

**PROYECTO DE  
TESIS**



## I. PREÁMBULO

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 Seguro Integral de Salud ejerce su competencia como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), para administrar económica y financieramente los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud, a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud a sus afiliados; tal como lo señala su Reglamento de Organización y Funciones aprobado mediante Decreto Supremo N° 011-2011-SA.

El Estado peruano a través del Ministerio de Salud ha señalado como uno de sus lineamientos fundamentales la implementación de un Modelo de Atención Integral, lo cual supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.”

Un mecanismo que permite el mejor uso de los recursos es el llamado pago “capitado”, o pago por persona (Per cápita) para financiar las prestaciones de salud que deben recibir los asegurados durante el transcurso de un año

Hasta julio de 2013 casi la totalidad de las regiones del país recibe transferencias bajo esta modalidad, para lo cual han suscrito convenios con el SIS, los cuales establecen en una de sus cláusulas que el dinero debe usarse exclusivamente en la reposición de insumos, medicamentos, vacunas, instrumental, accesorios médicos quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio, utilizados en las prestaciones a los asegurados. Los recursos no pueden destinarse a la compra de vehículos, o actividades recreativas. La determinación de los montos a ser transferidos por cada asegurado se realiza mediante la proyección anual de las atenciones que brindarán los establecimientos de salud a los afiliados al seguro gratuito. Esta transferencia se hace con la modalidad de “pago capitado” y es para atenciones de salud básicas como control del recién nacido y del

niño sano, consejería nutricional, parto, consulta médica y odontológica, detección temprana de cáncer y, entre otros, apoyo al diagnóstico de diversas enfermedades.

Siendo la Capitación el mecanismo de pago mediante el cual los proveedores de atención de salud, o sea los establecimientos de salud de las Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma, reciben un pago predeterminado por cada miembro de la población definida y asignada a ellos en retribución a servicios específicos de salud que brindarán a dicha población siendo ajustado según se requiera y durante un periodo establecido contractualmente.<sup>45</sup> y el Cápita: el monto calculado a pagar por cada miembro de esta población definida en un periodo de tiempo determinado, en nuestro caso el 2014, como profesionales de la salud encontramos indicios que la gestión de la prestación de los servicios priorizados de los programas presupuestales, vinculados a las prestaciones asistenciales a través del mecanismo de incentivos por desempeño, no están dando los resultados esperados en nuestras Micro Redes, pueda que existan diferencias entre unas y otras, apreciación que expresamos como una primera aproximación al problema de los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma, durante el 2014.

A partir de estas consideraciones surge la necesidad de conocer si hay uniformidad, que al parecer no la hay, en las Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en los diferentes procesos y procedimientos que se realizan para coadyuvar a los objetivos del Convenio Capitado, así como sobre el alineamiento de estrategias enfocados a objetivos locales a través del observatorio de indicadores.

Puede que los proveedores locales muestran diferencias en el desempeño respecto a los procesos específicos dentro de la prestación de salud del primer nivel de atención brindadas a los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) en el Marco de los Convenio Cápita. Existen indicios que apuntan que el desempeño de los proveedores no responde a las necesidades de la población y a las políticas de salud vigentes en el país, así como orientar la toma de decisiones gerenciales teniendo como principios la universalidad y equidad en salud.

---

<sup>45</sup> TEYUKOV A, ABT ASSOCIATES. PHRPlus. Guía para la Capitación Prospectiva con Ejemplos de América Latina. Edición especial. Partnerships for Health Reform Marzo 2001. p. 1

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado del trabajo o problema

Indicadores de Monitoreo Prestacionales Seguro Integral de Salud Cápita en Micro  
Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma 2014

#### 1.2. Descripción del problema

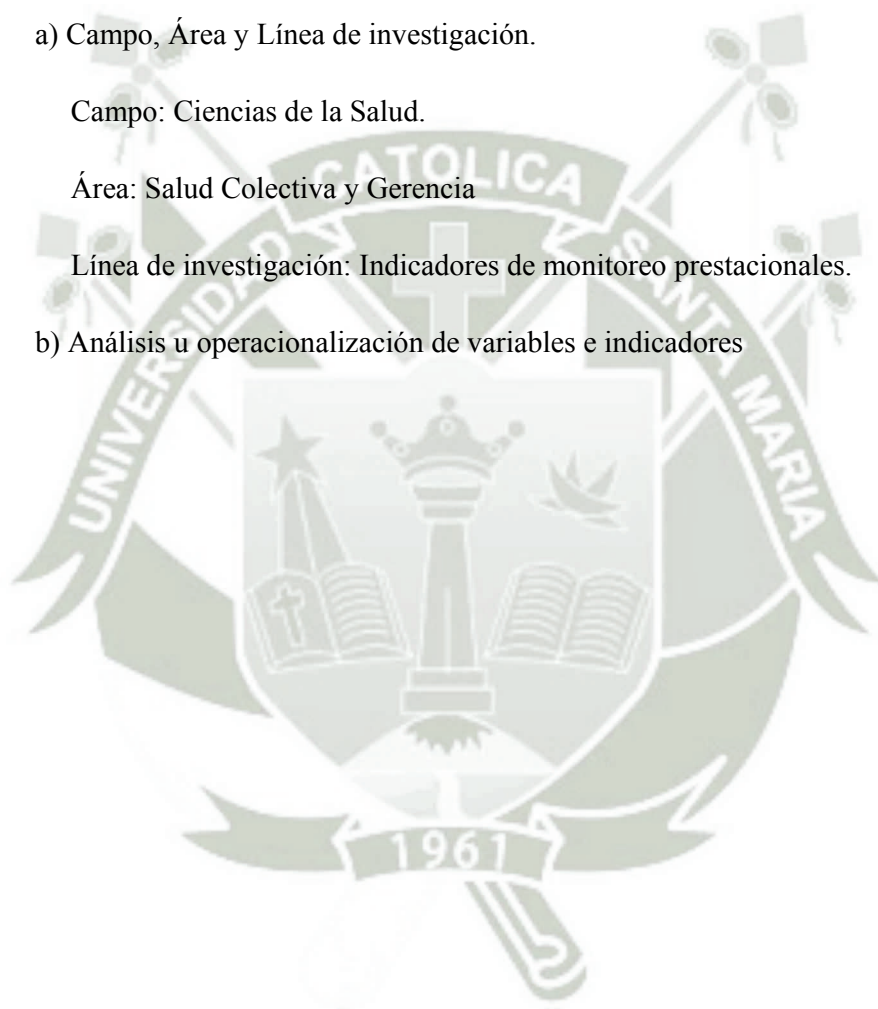
##### a) Campo, Área y Línea de investigación.

Campo: Ciencias de la Salud.

Área: Salud Colectiva y Gerencia

Línea de investigación: Indicadores de monitoreo prestacionales.

##### b) Análisis u operacionalización de variables e indicadores



CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>INDICADORES DE MONITOREO PRESTACIONAL ES SIS CÁPITA</p> <p>Son indicadores sanitarios, sustancialmente establecidos por el SIS, utilizada para dar seguimiento y ajustar las acciones que un sistema, subsistema, o proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de su misión, objetivos y metas.</p>	Niños menores de 1 año con 07 controles de Crecimiento y Desarrollo y suplementados con hierro	<p>Niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación y han recibido 2250 de hierro elemental entre los 6 y los 11 meses de edad</p> <p>Niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación</p>
	Mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más	<p>Gestantes con parto registrado y con 6 controles prenatales o más durante su embarazo</p> <p>Número acumulado de partos registrados, de mujeres afiliadas en la Micro Red</p>
	Atendidos en prestaciones de salud bucal	<p>Atendidos en Salud Bucal</p> <p>Asegurados en la Micro Red</p>
	Atendidos con profilaxis antiparasitaria	<p>Atendidos en Profilaxis Antiparasitaria</p> <p>Asegurados de 2 a 14 años de la Micro Red</p>
	Atendidos con prestaciones de salud reproductiva	<p>Atendidos en Salud Reproductiva</p> <p>Asegurados entre 12 y 60 años de la Micro Red</p>
	Mujeres tamizadas con Papanicolau	<p>Mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al Seguro Integral de Salud, que se realizaron el examen de Papanicolau</p> <p>Mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al Seguro Integral de Salud</p>
	Tamizados en problemas de salud mental	<p>Tamizados en problemas de Salud Mental</p> <p>Asegurados en la Micro Red</p>
	Prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior	<p>Prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior hasta el trimestre de evaluación</p> <p>Prestaciones evaluadas por Proceso de Control Presencial Posterior</p>

c) Interrogantes básicas

¿Cómo se presentan los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en niños menores de 1 año con 07 CRED, y suplementados con hierro, en mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más, en atendidos en prestaciones de salud bucal, en atendidos con profilaxis antiparasitaria, en atendidos con prestaciones de salud reproductiva, en mujeres tamizadas con PAP y en tamizados en problemas de salud mental en las diferentes Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en el 2014?

¿Existen diferencias en los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita entre las Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en el 2014?

d) Tipo de investigación

Es una *Investigación documental*

e) Nivel de la investigación

La presente investigación es descriptiva y comparativa.

### 1.3. Justificación del problema

Si bien es cierto que el aseguramiento favorece el acceso a los servicios de salud en general, también es cierto que esto no asegura que los más pobres sean quienes se benefician más en relación al acceso a servicios de salud. La sola creación de un sistema de aseguramiento gratuito para la población más vulnerable no asegura una mejora en el acceso a servicios de salud si existen otras barreras tales como las de origen cultural, educativo, geográfico, etc. y las que se derivan de la actuación de los proveedores de salud.

Nuestro estudio tiene relevancia social en la medida que evaluaremos diferencias en “Indicadores Prestacionales del Convenio de Gestión” en el SIS cápita de las Micro Redes. Estos son hechos que ameritan investigación, así como el hecho de que el gasto per cápita realizado por el SIS sea mayor en algunas zonas menos pobres respecto a

zonas de extrema pobreza. <sup>46</sup> La inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. ya que calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas” (OPS 2004). Nuestro estudio servirá de línea de base ya que los indicadores de protección social se refieren a -o miden- resultados de las políticas que aplica la autoridad para reducir las inequidades. En cuanto a salud, hay dos ámbitos de inequidad: el de acceso y el de financiamiento de la salud. Mientras que en cuanto a acceso se sostiene que la equidad e igualdad consisten en que todos debieran tener las mismas posibilidades de obtener los bienes y servicios de salud necesarios, en nuestro caso medidos por “Indicadores Prestacionales del Convenio de Gestión”

Justificación práctica. Se ha considerado necesario llevar a cabo el presente estudio, a fin de llenar un vacío de información orientada a la mejora en la Gestión del SIS Cápita, referente al área financiera y así contribuir a mejorar la calidad del gasto, que repercutirá en la reducción de la pobreza y la exclusión social, objetivos principales de la Política Económica y Social del Estado debido a la importancia de la salud y nutrición de las poblaciones. Según la contrastación de los indicadores de monitoreo en las Micro Redes de la Red de Salud Arequipa Caylloma se hará visible la necesidad de profundizar la aplicación del PPR para mejorar la eficacia y eficiencia del gasto financiero.

---

<sup>46</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. INEI; 2007. Lima, Perú.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

En primer lugar presentaremos las definiciones operativas para luego hacer un recorrido sobre los referentes teóricos acerca de los Mecanismos de pago en Seguros e Indicadores de salud. Creemos relevante dar cuenta de los antecedentes del Proceso de incorporación de la cápita en el Seguro Integral de Salud, aspecto que posteriormente será ampliamente discutido en cuanto a su pertinencia. Seguidamente presentaremos la ficha técnica de cada uno de los Indicadores de monitoreo prestacionales SIS cápita, con sus referencias bibliográficas, para luego abocarnos a la noción de los Indicadores cápita específicamente para el año del estudio, o sea el 2014. Para finalizar es necesario revisar los contenidos de los Acuerdos de gestión MINSA – Gobiernos Regionales para pago capitado en el año del estudio porque son estos los documentos normativos referenciales para financiadores (tesoro público), aseguradores (Seguro Integral de Salud) y prestadores de servicios de salud (establecimientos de salud), lo mismo que presentar el instrumento operacional que contiene los términos referenciales plasmado en una Guía técnica de orientación para la operativización de los procesos prestacionales de los convenios cápita entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales y Direcciones de Salud.

### 2.1. DEFINICIONES OPERATIVAS <sup>47</sup>

- a. **Porcentaje de niños menores de 1 año con 07 CRED, y suplementados con hierro:** está referido al porcentaje de niñas y niños que han culminado un periodo de 6 meses continuos de suplementación con hierro elemental para prevenir anemia, suplementación que se inicia a los 6 meses de edad y es realizado en el control de crecimiento y desarrollo, por lo que además el niño o niña deberá contar con 7 controles de CRED como mínimo.

---

<sup>47</sup> Seguro Integral de Salud. “Guía técnica de orientación para la operativización de los Procesos Prestacionales de los convenios Cápita entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales y DISAS.” GUÍA TÉCNICA N°001-2014/SIS – V.01 Lima Perú. 2014

- b. **Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más:** el indicador mide el porcentaje de mujeres que al momento de atenderse el parto tiene mayor o igual de 6 controles prenatales
- c. **Porcentaje de atendidos en prestaciones de salud bucal:** el indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de salud bucal en la población asegurada de la Micro Red
- d. **Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria:** el indicador mide el acceso de los asegurados de 2 - 14 años a prestaciones preventivas de profilaxis antiparasitaria en la población asegurada de la Micro Red.
- e. **Porcentaje de atendidos con prestaciones de salud reproductiva:** el indicador mide el acceso de los asegurados de 12 - 60 años de la Micro Red, a prestaciones preventivas de Salud Sexual y Reproductiva.
- f. **Porcentaje de mujeres tamizadas con PAP:** mide el porcentaje de mujeres entre 25 a 64 años (mujeres objetivo) que se han realizado el examen de Papanicolaou (PAP).
- g. **Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental:** el indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de Tamizaje de Salud Mental en la población asegurada de la Micro Red.
- h. **Atendido:** Es aquel que acude a un consultorio externo de un establecimiento de salud en el que recibe atención médica o no médica por una causa específica.
- i. **Asegurado:** Es toda persona domiciliada en el país que está bajo la cobertura de alguno de los regímenes de financiamiento del SIS.
- j. **Adscripción:** Procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento en el cual el asegurado es incorporado como población asignada, de acuerdo a lo establecido por la autoridad competente y hacia donde deberá acudir en primera instancia en caso de requerir atención.
- k. **Capitación:** Es el mecanismo de pago mediante el cual los proveedores de atención de salud reciben un pago predeterminado por cada miembro de la población definida y asignada a ellos en retribución a servicios específicos de salud que brindarán a dicha población siendo ajustado según se requiera y durante un periodo establecido contractualmente.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Teyukov A, ABT Associates. PHRPlus. Guía para la Capitación Prospectiva con Ejemplos de América Latina. Edición especial. Partnerships for Health Reform Marzo 2001. p. 2

- l. **Cápita:** Es el monto calculado a pagar por cada miembro de la población definida en un periodo de tiempo determinado.
- m. **Extensión de Uso:** Es la proporción de la población que hace uso de los servicios de salud durante un periodo de tiempo determinado. Fórmula:

$$\text{Extensión de uso} = \frac{\text{N}^\circ \text{ atendidos por servicio o especialidad en un periodo} \times 100}{\text{Población asegurada en el mismo periodo}}$$

- n. **Intensidad de uso:** Es el promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un periodo de tiempo determinado. Fórmula:

$$\text{Intensidad de uso} = \frac{\text{N}^\circ \text{ atenciones otorgadas por servicio o especialidad en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ atendidos por servicio o especialidad en el mismo periodo}}$$

- o. **Pago Capitado:** Es el pago prospectivo que realiza el financiador al prestador según el cápita calculado y las cláusulas contractuales establecidas.
- p. **Población Objetivo del SIS:** Para fines de la presente guía se circunscribe a los afiliados del SIS Gratuito y el SIS Emprendedor.
- q. **Prestaciones de Salud:** Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados SIS en los establecimientos de salud autorizados según su categoría (intramural) o en la comunidad (extramural), en la etapa de vida correspondiente de acuerdo a normatividad vigente. Pueden ser preventivos, recuperativos y de rehabilitación.
- Prestaciones Preventivas: Son aquellas que están orientadas a prevenir un daño, por tanto es necesario captar a la población beneficiaria y se realizan de acuerdo a normatividad vigente. Son las prestaciones que deben ser realizadas por el primer nivel de atención principalmente.
  - Prestaciones recuperativas: Son aquellas orientadas a una demanda reactiva, es decir aquella que busca ser atendido por que ya existe un problema de

salud, el cual se puede aliviar o paliar de corresponder. En el primer nivel de atención existe un paquete prestaciones que debe brindarse de acuerdo a su capacidad resolutive.

- r. **Modelos o mecanismos de pago** Es la forma en la que los recursos financieros se transfieren del financiador a un proveedor que brinda servicios de salud a los individuos cubiertos por un plan de salud. Dentro del convenio Capitalado se tienen dos Mecanismos de pago: Pago Capitalado y pago por Servicios.
- s. **Mecanismo de pago Capitalado**; Es la forma de pago que se realiza por persona asegurada, en el cual se paga por un paquete de prestaciones preventivas y recuperativas por asegurado en el primer nivel de atención. Se paga por toda la población adscrita a la Micro Red, se atiende o no en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Incentivan la sub producción, permiten una mayor adaptación de los mecanismos de financiamiento a las acciones preventivas y de promoción. Se trata de un pago prospectivo y fijo al proveedor en función al número de asegurados. El monto total negociado se divide en dos, dicha división es consecuencia de una evaluación de desempeño realizada por el financiador, de este modo se divide en:
- Monto fijo: Es un porcentaje del monto negociado, el cual se trasfiere sin condicionar indicadores de evaluación. Debe ser ejecutado de acuerdo a normatividad vigente priorizando la compra de los diferentes bienes y servicios para el cumplimiento de indicadores negociados.
  - Monto variable: Es un porcentaje del monto capitalado, el cual se trasfiere por el cumplimiento de las metas de indicadores prestacionales y financieros negociados. Ambos se distribuyen de acuerdo a la evaluación del “desempeño del Gobierno Regional”.
- t. **Sistemas de Pago**; Que se distinguen de acuerdo a la previsibilidad del gasto dentro del sistema.
- Prospectivo; aquellos en donde el financiador preestablece los volúmenes a ser pagados con diferentes grados de rigidez. Un ejemplo lo constituye el pago capitalado en el cual el prestador sabe cuánto se le pagará por todos sus beneficiarios por lo tanto esto le permite poder realizar los procesos operativos necesarios para garantizar una atención con calidad y oportunidad.

- Retrospectivo; menos previsible por que el asegurador o financiador debe pagar cada mes la factura que le presentan los prestadores y tiene poca capacidad para proveer el monto total de dicha factura (desconoce cuánto y cuando recibirá por los servicios realizados).
- u. **Ajuste Positivo**; Prestaciones que se pagarán de manera adicional al monto capitado realizadas por establecimientos de nivel II con población adscrita y de manera excepcional para establecimientos de salud de primer nivel de acuerdo a sustentos técnicos presentes.
- v. **Ajuste Negativo**; Es el procedimiento de deducción de la Cápita a la Micro Red de adscripción del asegurado para financiar el pago por servicio de los establecimientos de salud de II Nivel con población adscrita.
- w. **Presupuesto por Resultados-PpR**; El PpR es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles a favor de la población, que requiere de la existencia de una definición de los resultados a alcanzar, el compromiso para alcanzar dichos resultados por sobre otros objetivos secundarios o procedimientos internos, la determinación de responsables, los procedimientos de generación de información de los resultados, productos y de las herramientas de gestión institucional, así como la rendición de cuentas. Esta estrategia se implementa progresivamente a través de (i) los Programas Presupuestales (PP), (ii) las acciones de seguimiento sobre la base de los indicadores de desempeño y producción física, (iii) las evaluaciones independientes, y (iv) los incentivos a la gestión, entre otros instrumentos que determine el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP), en colaboración de las demás entidades del Estado.
- x. **Componentes de ejecución de gastos del SIS**
- x.1. Componente de reposición (CR): El SIS reconoce el pago del consumo de las prestaciones, según la tarifa vigente. Asimismo, el prestador deberá reponer el 100% del consumo reportado. Ref.RM N° 226-2011/MINSA. Corresponde a la valorización del consumo de las prestaciones que incluye Productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, insumos y materiales médicos, quirúrgicos y odonto estomatológicos, y gastos de hotelería y servicios administrativos incluidos en la prestación.

- x.1.1. Reposición de Primer Orden; La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) debe reponer como primera prioridad, el 100% de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios para la atención de salud, los insumos médicos quirúrgicos y estomatológicos y procedimientos e intervenciones tercerizados con el propósito de garantizar de forma continua un a atención de salud gratuita y con calidad.
- x.1.2. Reposición de Segundo Orden; La IPRESS repone el costo variable de servicios de hotelería (del asegurado y acompañantes) y administrativos incluidos en la prestación (materiales de escritorio, papelería, impresión de formularios de atención, historias clínicas, recetarios y otros afines que se utilizan en la prestación).
- x.2. Componente de Gestión (CG) Corresponde a los gastos en que incurren los establecimientos de salud o prestadores públicos de salud al realizar las labores administrativas encomendadas por el SIS. Ref.: RM N° 226-2011/MINSA. Labores administrativas encomendadas por el SIS son los gastos correspondientes al Componente de Gestión los cuales deben ser debidamente justificados y sustentados por la unidad ejecutora ante las UDR por cada mes de producción. Se ejecutan en el siguiente orden de prioridad:
- b.1. Primer orden: Comprende los gastos incurridos para implementar las actividades del SIS en la Oficina de Seguros, entre ellos, la instalación de puntos de digitación con servicio de Internet, de equipos informáticos, de impresión y equipos de comunicaciones; acondicionamiento de almacenes para el archivo de la documentación del SIS, gastos de servicios de telefonía, suministros de cómputo.
  - b.2. Segundo orden: Comprende los gastos incurridos en la realización de las actividades que son exclusivas del SIS, tales como el alquiler de local (proporcional), mantenimiento y reparación de equipos informáticos y de comunicaciones de la Oficina de Seguros; servicios de digitación y de auditoría médica; y los gastos incurridos con motivo del desplazamiento del personal dedicado exclusivamente a las actividades del SIS para capacitaciones, coordinaciones y trámites propios de dichas actividades, tales como viáticos, pasajes aéreos, terrestres, movilidad local.

- y. **Fecha de corte;** Fecha hasta la cual comprende la producción remitidas al SIS. Para evaluación del indicador, la misma que se ha considerado para el presente convenio como 30 días después del cierre del trimestre, plazo en el cual el prestador podrá culminar con el registro de las prestaciones de acuerdo a plazos de digitación según reglas de validación.
- z. **Formato Único de Atención;** Datos en físico y/o magnético requeridos, el cual contiene el código único de registro de la atención y las prestaciones brindadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional para la extracción de indicadores de evaluación.
- aa. **Ficha de Filiación (Ficha de Registro de No Asegurado SIS y Declaración Jurada);** Es el formato que permite la identificación del no asegurado al SIS, con la finalidad de identificar al beneficiario de la atención de inmunización.
- bb. **Puntos de Digitación;** Son todas aquellas instancias que digitan los formatos de atención en los aplicativos autorizados por el SIS.
- cc. **Centros de Digitación;** Son todos los puntos de digitación que además cuenten con internet para operativizar los diferentes procesos informáticos del SIS.
- dd. **Procesos de Validación Prestacional;** Es el proceso de control que realiza el SIS para determinar la validez de la prestación brindada. Dentro del Cápita no aplica descuento por prestación.
- ee. **Reglas de Consistencia;** Criterios mínimos en el registro de las prestaciones que actúan como filtro de control para el ingreso de datos consistentes a los sistemas de información del SIS.
- ff. **Reglas de validación;** Son las aplicadas a las prestaciones en base a algoritmos desarrollados por el SIS.
- gg. **Reglas de Validación Automática;** Aplicadas en los sistemas de información del SIS.
- hh. **Reglas de Validación por Supervisión Médica;** Actividad realizada a las prestaciones que han pasado las reglas de consistencia y validación. Dentro del Cápita este proceso sólo aplica para los ajustes positivos.
- ii. **Proceso de Control Prestacional Posterior;** Se refiere a la evaluación y verificación documentaria in situ de las prestaciones de salud financiadas por el SIS y registradas en sus aplicativos informáticos por los establecimientos de salud. Esta consta de dos fases: Evaluación de la conformidad del registro del FUA (ECR-FUA), y la Evaluación de la conformidad de la prestación de salud (ECP).

- jj. **FTP; (File Transfer Protocol):** Es un protocolo de red para la transferencia de archivos entre sistemas interconectados o enlazados a Internet, basado en la arquitectura cliente-servidor. Desde un equipo cliente se puede conectar a un servidor para descargar archivos desde él o para enviarle archivos, independientemente del sistema operativo utilizado en cada equipo.
- kk. **Confidencialidad;** Acceso a la información por parte únicamente de quienes estén autorizados. Según ISO/IEC 133335-1: 2004. Característica /propiedad por la que la información no está disponible o es revelada a individuos, entidades, o procesos no autorizados.
- ll. **Paciente transeúnte;** Es aquel asegurado, (afiliado o inscrito), que se encuentra temporalmente fuera del ámbito de la Micro Red a la que pertenece el establecimiento al cual está adscrito y que requiere recibir prestaciones preventivas y recuperativas sin Hoja de Referencia, siendo reportadas a través del SIASIS para su pago fuera de cápita como ajuste positivo (según tarifa).
- mm. **Evaluación de Desempeño;** Se refiere al desenvolvimiento de la Micro Red en el cumplimiento de un grupo de indicadores establecidos según norma, las cuales son seleccionados de acuerdo a los objetivos sanitarios como país.
- nn. **Comité de Gestión Ampliado;** Grupo de trabajo conformado por el Director de la Unidad Ejecutora, su equipo técnico, Coordinador de Seguros, DIREMID, Jefes de Redes, Micro redes, CLAS y Hospitales dentro del ámbito de la misma; encargado de orientar y promover la administración eficiente de los recursos.

## 2.2. INDICADORES DE SALUD <sup>49</sup>

Un indicador es un dato, valor o unidad de medida que operacionaliza un parámetro, constructo o concepto, y que pretende reflejar el estado o medición de una situación o de algún aspecto en particular de ésta en un momento y espacio determinado, en este caso de diferentes dimensiones del desarrollo de la niñez menor de 8 años. Usualmente se trata de un dato numérico o estadístico que sintetiza diversas variables que afectan la situación que se quiere analizar; también puede ser de naturaleza cualitativa. Obedece a una meta o estándar, debe partir de un objetivo y se utiliza para dar seguimiento, monitorear o evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos, y debe contribuir a

---

<sup>49</sup> URRIOLO R. Indicadores Macroeconómicos de Salud. Capítulo 3. Financiamiento, Cuentas de Salud y Mecanismos de Pago. En: Aportes y experiencias en América Latina. OPS / OM S 2011. p 105.

ajustar acciones y mejorar la toma de decisiones de sistemas u organizaciones, al señalar tendencias o previsiones futuras, basadas en el análisis de series históricas con referentes internos y externos.<sup>50</sup>

Para la formulación de políticas es necesario conocer la realidad y establecer relaciones causales. Si fuese necesario describir simplemente el ciclo de progreso del conocimiento y de las sociedades, éste partiría por revisar la evidencia (precisar el diagnóstico destacando indicadores relevantes); en segundo lugar, usar los indicadores como base para formular políticas para, finalmente, monitorear sus impactos y reiniciar el ciclo. Aquí nos restringimos a sugerir indicadores y, en algunos casos metodologías simples, para revisar la evidencia.

El concepto de protección social en salud usado en este trabajo es casi idéntico al de la OPS <sup>51</sup>: “garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas o necesidades de salud a través del acceso a alguno de los subsistemas de salud en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”.

Vale destacar que los indicadores de *protección social* no son idénticos que los de *equidad* o los de *desigualdad*. Los indicadores de *desigualdad* de una sociedad corresponden al diagnóstico, es decir, expresan los niveles y diferencias de estados de salud (algunas de estas diferencias provienen de condiciones biológicas), acceso o protección financiera en la sociedad; los de *equidad* comparan acceso y resultados por grupos especialmente de ingresos pero también pueden ser aplicados a género, etnia, origen geográfico, etc., es decir, la inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas” (OPS 2004). Finalmente, los indicadores de *protección social* se refieren a -o miden- resultados de las políticas que aplica la autoridad para reducir las inequidades. Cabe notar que, en cuanto a salud, hay dos ámbitos de *inequidad*: el de acceso y el de financiamiento de la salud. Mientras que en cuanto a acceso se sostiene

---

<sup>50</sup> BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI). Marco Conceptual. División de Educación (SCL/EDU) NOTAS TÉCNICAS # IDB-TN-290. 2011. p. 32

<sup>51</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Resolución CSP26/12 de la OPS/OMS.2002.OPS

que la equidad e igualdad consisten en que todos debieran tener las mismas posibilidades de obtener los bienes y servicios de salud necesarios, en cambio, en cuanto a financiamiento existen dos enfoques. El primero, se basa en la noción de igualitarismo específico y sostiene que los pagos deben ser independientes del uso efectivo de los servicios y relacionarse, en cambio, con la capacidad de pago de los individuos. El segundo, relaciona los pagos con un estándar mínimo, en el sentido que los hogares no deben comprometer más de un determinado monto absoluto o porcentaje de sus ingresos con el fin de evitar que los gastos en salud los empobrezcan o los mantengan en la pobreza. Cualquier gasto en exceso del estándar se considera catastrófico <sup>52, 53</sup>. El concepto de Whitehead <sup>54</sup>, por su parte, define equidad en salud como: igual acceso para iguales necesidades; igual utilización para iguales necesidades, e igual calidad para todos.

No obstante hay evidencias <sup>55</sup> de que “los promedios nacionales” son cada vez menos útiles para las políticas públicas, por lo tanto los indicadores deben desglosarse convenientemente para identificar la situación local. En Francia, por ejemplo, según encuestas oficiales “la probabilidad de morir entre los 35 y 60 años de los obreros es tres veces superior a la de los ingenieros”. Pero, además de que los obreros viven menos, tienen mayor probabilidad de situarse anticipadamente en niveles de incapacidad. Por ello que los indicadores de protección social y de equidad no pueden ser asimilados a valores medios sino deben escudriñarse las diferencias por subgrupos para hacer más eficientes las políticas públicas compensatorias ante desigualdades previas a las demandas de salud de las personas.

a) acerca de la importancia de construir indicadores No cabe duda que es importante definir indicadores para considerar si se está progresando hacia las metas definidas por las autoridades y si se están emprendiendo las actividades apropiadas para promover el logro de los objetivos explicitadas. En general, los indicadores son medidas sucintas que intentan describir un sistema con los menos aspectos posibles. Ayudan a comprender un sistema, compararlo y mejorarlo. Sus usos más frecuentes son:

---

<sup>52</sup> WAGSTAFF A. Pobreza y desigualdades en el sector salud. En *Rew Panam Salud Pública* 11 (5/6) 2002. OPS, Washington. p. 3

<sup>53</sup> DE LORA P. Y A. ZAÑARTU. *El derecho a la asistencia sanitaria*. Iustel, Madrid. 2009.

<sup>54</sup> WHITEHEAD M. *The concepts and principles of equity and health*. WHO. 2000.

<sup>55</sup> STIGLITZ J, AMARTYA SEN, FITOUSSI.J, *Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progress social*, documento presentado en OECD working party on national accounts, Paris 14-16 de octubre de 2008.

- comprender como funciona el sistema y cómo puede ser mejorado
- evaluar desempeño, monitoreando el comportamiento del sistema en relación a estándares acordados
- dar cuenta (accountability): permite a los funcionarios, los usuarios, el gobierno y los contribuyentes tener información de lo que se hace con los recursos destinados a la organización y sus resultados.

En la construcción de indicadores es necesario también considerar que existen desigualdades “por construcción” que resultan de no tomar en cuenta las diferencias iniciales en la propia elaboración de los programas institucionales o, más a menudo, esto se debe a la concepción misma acerca del sistema que supone que todos son iguales. También se explicita las desigualdades “por omisión”<sup>56</sup> es decir, aquellas prácticas que provienen de la inercia del sistema y que desconoce las desigualdades iniciales y, por lo tanto, no es capaz de proponer políticas explícitas de reducción de brechas. La visión de género es un ejemplo notable para ilustrar esta aseveración. En efecto, al momento de construir un indicador debe examinarse si no hay alternativas que recojan con mayor equidad la óptica de género. Por ello, se requiere, al menos, presentar las estadísticas por sexo para que se puedan examinar las diferencias de género, si las hubiese. b) Los indicadores macroeconómicos de salud La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el financiamiento de la salud como la “función de un sistema de salud relacionada con la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades de salud de las personas, individual o colectivamente, en el sistema de salud.” Esto supone que “el propósito del financiamiento de la salud es tener fondos disponibles para el acceso efectivo a la salud pública y a las prestaciones de salud”<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> FASIN D. (dossier réalisé par). Inégalités et santé. En Problemes politiques et sociaux N° 960, Paris. Mai 2009.

<sup>57</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo, OMS, Ginebra. 2000.

### 2.3. MONITOREO PRESTACIONAL

El Monitoreo prestacional es la vigilancia y notificación sistemáticas de información prioritaria relativa a un programa y a sus productos y resultados previstos.<sup>58</sup>

El componente de monitoreo de las estrategias nacionales de salud debe basarse en un marco lógico que sea integral y que aborde la selección de un conjunto básico de indicadores. Además, debe identificar las fuentes de datos para cada indicador; y especificar los planes para superar las carencias de datos, realizar análisis, evaluar la calidad de los datos y comunicar y difundir los resultados. El monitoreo prestacional no debe ejecutarse en forma paralela al sistema de información de salud de un país, sino que debe provenir de él. Un elemento clave de un sistema de información de salud sólido es un método integral para determinar qué datos deben recopilarse y usarse, en qué niveles del sistema y quién debe hacerlo. Los indicadores descriptivos que se necesitan para el componente de monitoreo prestacional de las estrategias nacionales de salud deben extraerse de múltiples fuentes de datos y niveles del sistema de salud a fin de cubrir las necesidades de diferentes usuarios.<sup>59</sup>

### 2.4. INDICADORES DE MONITOREO PRESTACIONALES SIS CÁPITA

El SIS establece una relación de indicadores sanitarios, sustancialmente, utilizada para dar seguimiento y ajustar las acciones que un sistema, subsistema, o proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de su misión, objetivos y metas. Se evalúa cada indicador según las metas establecidas dentro del Convenio para cada año, las cuales se establecerán de manera progresiva, de modo de contribuir a mejorar los indicadores sanitarios en un plazo establecido.

Los Indicadores de Monitoreo son indicadores alineados a los programas presupuestales y a las prioridades nacionales establecidas, las cuales servirán como sustento para evaluar

---

<sup>58</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. 2011. p. VIII

<sup>59</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. 2011. p. 11

el desempeño de las Regiones de manera más integral. Las mismas son referentes para establecer montos fijos y variables y fija las metas para negociaciones posteriores.

En los anexos puede apreciarse las fichas técnicas de cada indicador donde resaltan la Definición del indicador, el Propósito, la Justificación, el Cálculo del Indicador, los Supuestos, la Frecuencia de medición, la Fuente de datos y flujo de la información, la Determinación de valores y referencias adicionales así como las Referencias Bibliográficas y los Comentarios Técnicos. Cabe resaltar que estas fichas técnicas de cada indicador son de carácter oficial y por tanto el referente para cualquier fin que tenga que ver con el SIS Cápita.

## 2.5. EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES SIS CAPITA

Numerosas propuestas han sido elaboradas para evaluar el desempeño de las iniciativas de APS promovidas e implementadas al interior del *subsistema público de salud*.<sup>60 61 62</sup>

Las mismas se han concentrado en la evaluación del *desempeño de los servicios* de primer nivel de atención y/o de diversos programas orientados a fortalecer la APS. En contraste, los esfuerzos tendientes a formular herramientas de evaluación de *sistemas de salud* desde una perspectiva macro han sido escasos.<sup>63</sup> La *Estrategia de Evaluación Reformulada para Latinoamérica* se inscribe en este último conjunto de enfoques que buscan trascender la evaluación de servicios o programas para comprender y captar el desempeño del sistema de salud como un todo, no obstante sus rasgos de segmentación o integración.

En lo que respecta a los indicadores de Monitoreo serán evaluados por el SIS de manera permanente los cuales servirán de insumos para realizar la evaluación de desempeño de los Gobiernos Regionales en el proceso del año 2014. El objetivo es:

- ✓ Alinear la asignación del presupuesto
- ✓ Eficiencia en la ejecución

---

<sup>60</sup> ALMEIDA C, MACINKO J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2006. p. 2

<sup>61</sup> SALA A, NEMES M, COHEN D. Metodología de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. Cad Saude Publica 1998;14(4):741-751.

<sup>62</sup> ATKINSON S, HARAN D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. Soc Sci Med 2005;60:501-513.

<sup>63</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Now more than ever - The World Health Report 2008. Switzerland: World Health Organization, 2008.

## ✓ Calidad de la prestación

En Chile, el modelo per cápita es el principal método de financiamiento en Atención Primaria de Salud. Éste consiste en que cada municipio reciba recursos según el número de beneficiarios públicos registrados en cada establecimiento de salud de la comuna. Los recursos entregados consisten en un valor basal por persona, establecido por promedios históricos, que aumenta según características de cada comuna (rural o urbana, grado de pobreza, indicador de dificultad del desempeño, etc.).<sup>64 65</sup> Según Rice y Smith<sup>66</sup> dichos promedios no consideran que algunos grupos no tienen sus necesidades cubiertas, al momento de realizar la estimación, ni tampoco las diferencias de necesidades entre las personas con distintas características sociodemográficas y epidemiológicas.

**2.6. LOS MECANISMOS DE PAGO EN ASEGURAMIENTO: LA CAPITACIÓN**

Los mecanismos de pago son los incentivos monetarios o pecuniarios que reciben los prestadores por parte de los seguros para entregar servicios sanitarios a una población definida. El diseño de los mecanismos de pago toma relevancia para el prestador, motivación y esfuerzo- en su entrega de los estándares de calidad sanitaria que afectan directamente en la calidad de vida de todos los ciudadanos. Los mecanismos de pago se pueden clasificar en prospectivos, retrospectivos y mixtos. Nos interesan los prospectivos por comprender la variable investigativa de nuestro estudio.

**Mecanismos de pago prospectivo: CAPITACIÓN**

Entre los mecanismos de pago prospectivo se encuentran los Grupo Relacionado a Diagnóstico (GRD), la capitación, Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y Pago por Prestaciones Valoradas (PPV) siempre y cuando los cupos sean limitados para cada prestador.

Todos estos mecanismos de pago prospectivo se caracterizan por compartir el riesgo con el proveedor y su comportamiento individual, en general, no afecta el pago de la

---

<sup>64</sup> DUARTE D. Asignación de Recursos Per Cápita en la Atención Primaria. Cuadernos de Economía Universidad Católica 1995; 32, 95: 117-24.

<sup>65</sup> MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Plan de Salud con Garantías. División de Gestión de la Red Asistencial. 2005.

<sup>66</sup> RICE N, SMITH P. Ethics and Geographical Equity in Health Care. Journal of Medical Ethics 2001; 27: 256-71.

aseguradora correspondiente (Con excepción: capitación a nivel de N° de beneficiarios, los GRD a nivel de N° de beneficiarios y costo de episodios y los PAD a nivel de N° de beneficiarios). La principal ventaja de este sistema es la contención de costos que tiene a causa de compartir los riesgos con el prestador. Por otra parte, la desventaja de este mecanismo de pago, si no se ajustan los riesgos sanitarios, es de entregar una baja intensidad y oferta de prestaciones sanitarias a causa de una baja motivación y esfuerzo por parte del prestador por tener un reembolso limitado (skimping). Sus efectos pueden ir más lejos seleccionando los pacientes de bajo riesgo (cream-skimming) y deshaciéndose de los pacientes de alto riesgo, derivando estos a otros establecimientos (dumping). En definitiva, se caracterizan estos mecanismos de pago por la tendencia a la micro-ineficiencia (La micro eficiencia se consigue con un ajuste de riesgo, equilibrando los riesgos entre el prestador y el asegurador) y macro-eficiencia.<sup>67</sup>

## 2.7. PROCESO DE INCORPORACIÓN DE LA CÁPITA EN EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Los seguros son instrumentos de política claves dentro de la estrategia del Ministerio de Salud del Perú, cuya intención es aumentar la cobertura de sus servicios. Actualmente el gobierno ha unificado los esquemas de seguros (el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil) dentro del Seguro Integral de Salud (SIS), convirtiéndolo en el principal instrumento para el financiamiento de la provisión pública de servicios de salud. Por ello, es importante saber empíricamente si existe una asociación positiva entre el aseguramiento y el acceso a los servicios de salud, particularmente de los más pobres, quienes típicamente son los excluidos. En esta dirección, interesa saber si aun cuando se logre incrementar la cobertura y el acceso efectivo a los servicios de salud, los más pobres serán los más favorecidos con esta expansión. Asimismo, los resultados de los estudios que podrían realizarse al respecto proveerían una “línea de base” contra la cual medir los avances del SIS.

### *Presupuesto por Resultados (PpR) y Capitación:*

---

<sup>67</sup> CASTRO R, CID, C, ALVAREZ F, DÍAZ E. El desafío de la capitación ajustada por riesgo en la Atención Sanitaria Pública Chilena. Disponible en [http://www.medwave.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/El\\_desafio\\_de\\_la\\_capacitacion\\_ajustada\\_por\\_riesgo\\_en\\_la\\_Atencion\\_Sanitaria\\_Publica\\_Chilena.pdf](http://www.medwave.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/El_desafio_de_la_capacitacion_ajustada_por_riesgo_en_la_Atencion_Sanitaria_Publica_Chilena.pdf)

En el Perú en los últimos tiempos, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, se ha venido implementando progresivamente el Presupuesto por Resultados,<sup>68</sup> es necesario conocer si esta nueva forma de gestionar los recursos públicos, sirve para impulsar el desarrollo económico y social en el país y de qué manera puede contribuir a superar la pobreza.

La dispersión de los esfuerzos, así como los escasos impactos sociales, han dado lugar a la preocupación que las instituciones gubernamentales –centrales, sectoriales o subnacionales– tienden a buscar una mayor concentración, claridad y precisión en la consecución de los objetivos de desarrollo.

Actualmente, se considera que la gestión pública efectiva, es aquella que obtiene logros tangibles para la sociedad, que van más allá de simples insumos o productos, o que producen efectos transitorios en el ciudadano, y que, más bien, tienen impactos duraderos sobre la calidad de vida de la población, produciendo gradualmente una transformación de la sociedad, esto es, resultados favorables y sostenibles.

Por tanto, la gestión del desarrollo no puede limitarse al ámbito técnico y administrativo, necesariamente, debe tener un importante contenido social. Dependerá, entonces, de las capacidades para aprovechar los espacios políticos de diálogo y deliberación, y determinar lo que es de valor para la sociedad.

Actualmente en el Perú, la institucionalidad con competencias en las temáticas de planificación, presupuesto, evaluación, monitoreo, etc., la articulación en las instancias no son suficientemente consistentes, lo que dificulta la coordinación, tales como los Planes Estratégicos Sectoriales y Territoriales, la programación Multianual y los Planes Estratégicos Institucionales, por lo que se da la existencia repetitiva de un conjunto de instrumentos dirigidos hacia los mismos fines, realizándose presupuestos “inerciales” (se repiten año a año sin relación de continuidad entre ellos).

La gestión presupuestaria tradicional en el Perú hasta el presente, está basada en el Presupuesto por Programas, caracterizado por ser un sistema de presupuestación de tipo incremental, no asociado a productos ni resultados, responder a presiones políticas de gasto que prevalecen sobre los objetivos, realizar evaluaciones que enfatizan en la

---

<sup>68</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. La Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2007, Ley N° 28927, capítulo IV. Lima Perú. 2007

cantidad del gasto en lugar de la calidad del mismo, y administrado mediante procesos gerenciales centrados en procedimientos antes que en resultados, generando ineficacia e ineficiencia en la acción pública. Esto es considerado y discutido en diversos foros y cursos por funcionarios públicos y académicos, apreciándose que es una situación que debe ser superada a la luz de experiencias de otros países y propuestas de las Naciones Unidas.

Es evidente una débil integración entre las diversas fases del proceso presupuestario, además que la función de evaluación presupuestaria está insuficientemente desarrollada, la cual dificulta la mejora de la asignación presupuestaria sobre la base de la información de los resultados obtenidos cada año. En general, las metas que se monitorean son referidas a los insumos y no a productos o resultados.

La dación de la Ley Marco de Presupuesto Participativo <sup>69</sup>, ha constituido el primer intento por implementar un mecanismo de asignación equitativa, racional, eficiente y transparente de los recursos públicos, tendientes a fortalecer las relaciones Estado-Sociedad Civil, facultando a los representantes de las organizaciones sociales a intervenir directamente en la priorización de la inversión pública y a participar en mecanismos de control social, a fin de supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos, fomentar la rendición de cuentas y promover el fortalecimiento de capacidades <sup>70</sup>.

El Presupuesto Participativo en el Perú, tanto en la programación como en la ejecución, mantiene serios desajustes con la realidad, está divorciado de los objetivos estratégicos de los planes de desarrollo concertados por el Estado y la Sociedad Civil, persistiendo en la población las carencias más sentidas por la ausencia de resultados visibles y socialmente apreciados.

Si bien, el MEF considera esta experiencia como positiva en términos de la cobertura que ha logrado, también reconoce entre sus principales limitantes el incumplimiento de los acuerdos por parte de las autoridades, el escaso compromiso político y fuertes distorsiones en la priorización de la inversión, por ejemplo, la ejecución de obras, en su

---

<sup>69</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo, y su Reglamento D.S. N° 171-2003-EF.

<sup>70</sup> El Reglamento de la Ley N° 28056 faculta la conformación de los Comités de Vigilancia, Control del Presupuesto y Gestión de los Gobiernos Regionales y Locales. A partir del año 2006, de acuerdo al Instructivo publicado por el Ministerio de Economía y Finanzas – MEF, se pueden conformar, además, Comités de Vigilancia de Obra.

gran mayoría ubicadas en localidades de pobreza extrema, y con graves carencias en servicios básicos elementales como agua y alcantarillado <sup>71</sup>.

El Presupuesto Público, es una herramienta importante para que el Estado cumpla su función esencial de dotar de servicios a la población, a través de la Administración Pública.

No obstante, diversos son los estudios y análisis que concluyen que el presupuesto, tal como se realiza en la actualidad, no logra consolidarse en un instrumento de gestión que promueva una provisión adecuada de los bienes públicos y el logro de efectos positivos y permanentes a favor de la población a la que sirve.

Entre las principales limitaciones mencionadas están: la débil articulación entre el planeamiento y el presupuesto; la rigidez para gestionar como consecuencia de una normatividad abundante, desarticulada y contradictoria; el marcado énfasis en la gestión financiera, a pesar de los avances en identificación y seguimiento de productos; la falta de flexibilidad en las asignaciones presupuestarias debido a los compromisos laborales, pensionarios y de funcionamiento rutinario que copan las asignaciones presupuestarias dejando escaso margen para establecer prioridades diferentes a las existentes; débil desarrollo de mediciones del desempeño que permitan determinar si se logran o no los objetivos; la carencia de evaluaciones significativas que retroalimenten los procesos de toma de decisiones, entre otras.

Con el fin de superar estas limitaciones y consolidar un sistema de gestión presupuestaria capaz de contribuir al logro de los propósitos del Estado, se considera importante una mayor profundización y aplicación más efectiva del PPR.

Entre los años 2000 y el 2006, el gasto real en educación se incrementó de 3,972 millones a 5,904 millones de soles, es decir, un incremento real de 49.1% <sup>72</sup>. No obstante, los logros obtenidos en materia educativa se han mantenido en niveles bastantes pobres: en el caso de los estudiantes de sexto grado de primaria solo el 8% de los que estudian en instituciones públicas y el 2,3% de los estudiantes de escuelas públicas rurales alcanzan

---

<sup>71</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS – MEF. El Presupuesto Participativo en el Perú. Lecciones aprendidas y desafíos. Documento de Trabajo. Lima, Junio 2005

<sup>72</sup> La fuente para toda la información sobre gasto público se encuentra en el Portal de Transparencia Económica del MEF: <http://transparenciaeconomica.mef.gob.pe/amigable/default.asp>. La información financiera se encuentra en nuevos soles del 2003.

el nivel suficiente en comprensión de textos <sup>73</sup>, evidenciando un problema severo de calidad que tiene la educación básica pública.

En el caso de salud la situación es similar, en los años de análisis 2005-2008 el Presupuesto se incrementó de 2,243 millones a 2,927 millones (30.53%) <sup>74</sup>. A diferencia de lo que ocurrió con los recursos asignados a la educación pública, en el caso de salud, sí hubieron mejoras en los indicadores de calidad de vida: la mortalidad materna se redujo de 234 cada 100 mil nacidos vivos en el año 1990 a 169 cada 100 mil nacidos vivos en el año 2004; la mortalidad infantil pasó de 64 cada mil nacidos vivos a entre los años 1991-1992 a 33 cada mil nacidos vivos en el 2002 <sup>75</sup>; la cobertura de parto institucional se incrementó de 45% en 1995 a 71% en el 2004 <sup>76</sup>. No obstante, aún con esta mejora, los niveles en los que actualmente se encuentran estos indicadores están por debajo del promedio de América Latina y además evidencian fuertes inequidades geográficas y económicas. La situación descrita anteriormente, constituye la evidencia empírica que muestra la existencia de problemas de eficacia y calidad en el gasto público, ya sea porque la población no tiene acceso a servicios adecuados, porque la calidad de los mismos es inferior a la óptima.

### ***Proceso de incorporación de la cápita en el Seguro Integral de Salud***

En esta parte y bajo el enfoque del Marco Lógico realizaremos un Análisis de problemas que inicia el proceso de incorporación de la Capita en el SIS; al respecto podemos señalar que previo al proceso de implementación del Cápita, el SIS observaba, en los Gobiernos Regionales y las DISAS de Lima, una serie de dificultades en el desarrollo de procesos claves para cumplir con sus roles y funciones establecidos para el logro de objetivos sanitarios, tales como: una gestión interna debilitada por el cambio continuo de los funcionarios que deviene en un deficiente desempeño de la gestión institucional, generando barreras a los servicios de salud, sumado a una débil participación social y ciudadana en el cuidado de su salud y en la gestión pública; incrementando brechas de insatisfacción y desconfianza de la población a los servicios de salud públicos

---

<sup>73</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil 2004, realizado por el Ministerio de Educación. Lima Perú. 2004.

<sup>74</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS Portal de Transparencia del MEF:  
<http://transparenciaeconomica.mef.gob.pe/amigable/default.asp>.

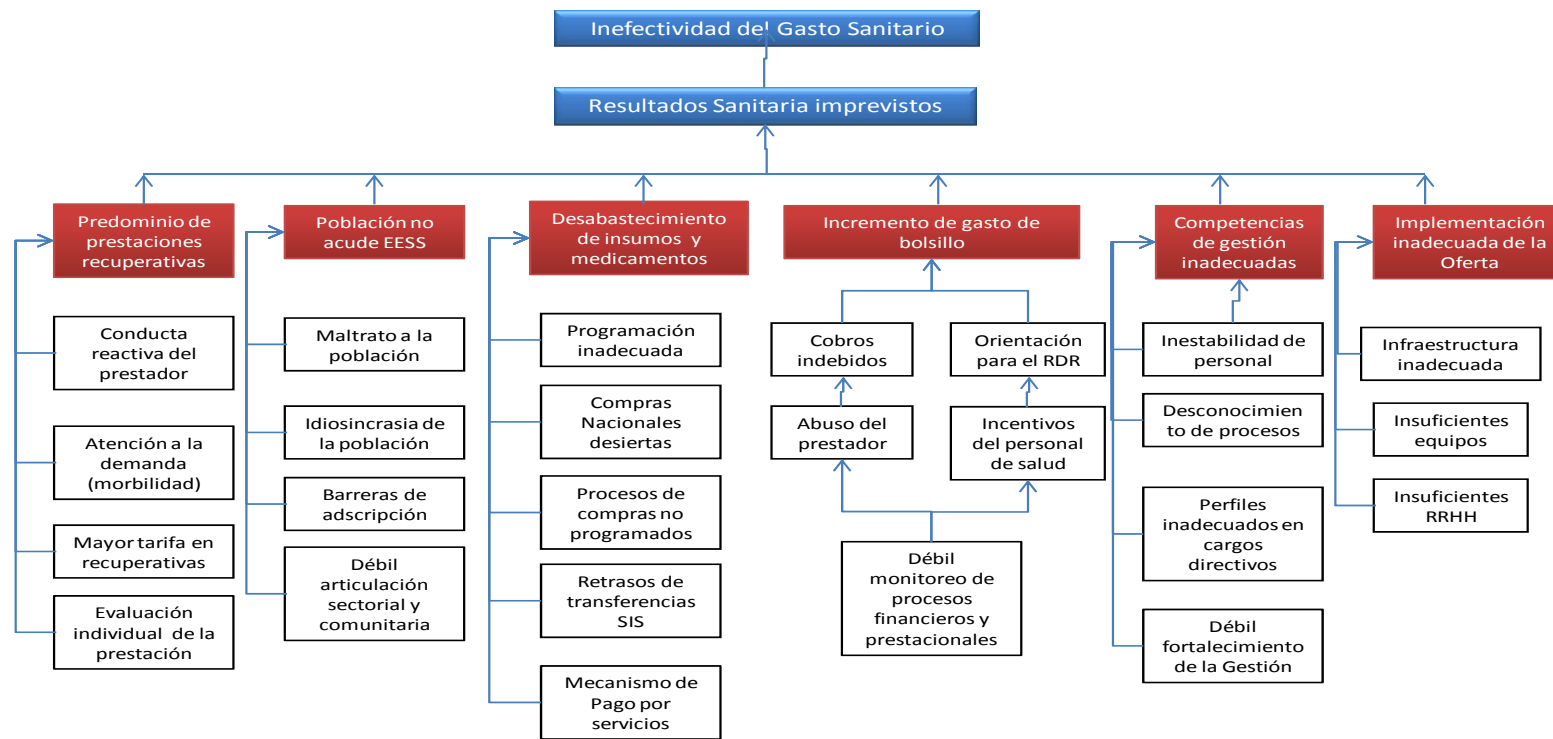
<sup>75</sup> MINISTERIO DE SALUD. Proyecciones OGEI-MINSA con ENDES 2000 (INEI).

<sup>76</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2004 (INEI).

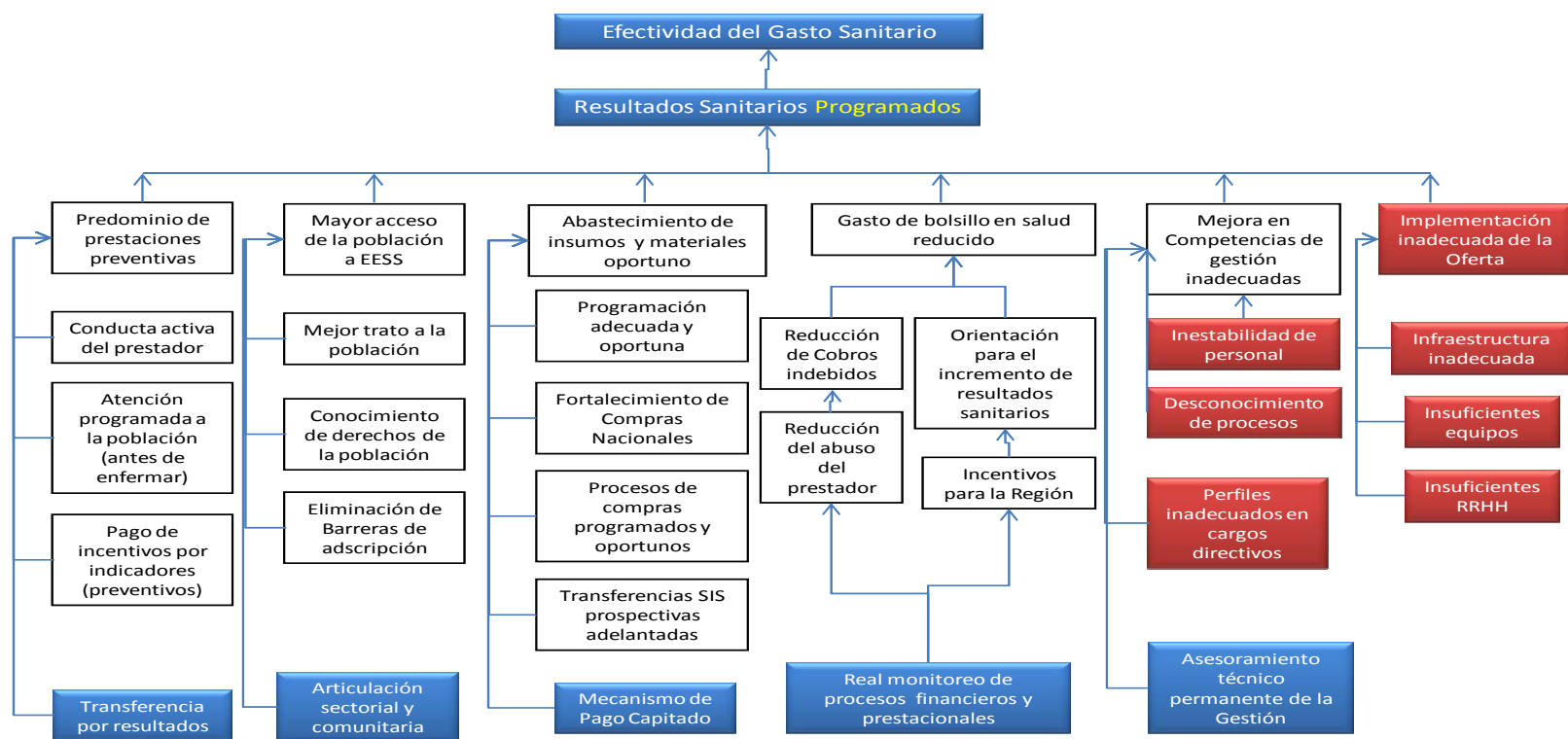
especialmente de nuestros asegurados al SIS, aumento de la exclusión social e inequidad de las prestaciones que resultaban en el predominio de atenciones recuperativas en comparación a la cobertura en atenciones preventivas. Asimismo, el mecanismo de pago implementado era el pago de servicio retrospectivo, el mismo que se realizaba posterior al proceso de digitación (hasta 90 días después de realizada la atención) y validación prestacional, lo que traía como consecuencia en que el pago se realizara varios meses después de realizada la atención.

Este conglomerado de problemas traía como consecuencia:

- Control prestacional individual; sin identificar resultados sanitarios como país, que permitan tomar estrategias adecuadas.
- Atención a la demanda; fomentado por atención reactiva del prestador inducido por realizar mayores actividades recuperativas.
- Débil articulación sectorial y comunitaria,
- Transferencias mensuales y retrasadas, que no contribuía con los procesos de programación, ejecución con el respectivo abastecimiento de los PF, DM y PS2.
- Débil monitoreo de procesos financieros y prestacionales
- Débil fortalecimiento de la Gestión, generalmente por cambios constantes en la gestión con escaso manejo de Guías de llenado, que detallen las normas del SIS y salud pública para la operativización en la Regiones.
- Implementación inadecuada de la Oferta.
- Población no acudía a EE.SS
- Desabastecimiento de Insumos y materiales;
- Competencias de Gestión inadecuadas; Alta rotación de funcionarios, y alta rotación de coordinadores de seguros, que no permitía la sostenibilidad de procesos, personal administrativo y asistencial tiene debilidades en el conocimiento de normas prestacionales y financieras.



Fuente: 1. MINISTERIO DE SALUD. Guía Técnica N°001-2014/SIS – V.01 “Guía técnica de orientación para la operativización de los Procesos Prestacionales de los convenios Cápita entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales y DISAS”. 2014. Lima Perú.



Fuente: 1. MINISTERIO DE SALUD. Guía Técnica N°001-2014/SIS – V.01 “Guía técnica de orientación para la operativización de los Procesos Prestacionales de los convenios Cápita entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales y DISAS”. 2014. Lima Perú.

***La capitación en el Financiamiento de las Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma 2014:***

La presente información presupuestal corresponde a las únicas tres fuentes de financiamiento que se dieron en el año del estudio:

1) Los Recursos Ordinarios (RO) que recibe del Pliego Gobierno Regional, estos recursos, que provienen de la recaudación de impuestos, son asignados por el MEF al Gobierno Regional. En general, parte de estos recursos son asignados con un criterio histórico tomando como referencia la ejecución del periodo anterior y otra parte se está asignando, desde el 2007, bajo el esquema del Presupuesto por Resultados (PpR).

2) Los Recursos Directamente Recaudados (RDR) que provienen del cobro por los servicios que prestan los establecimientos de salud de las Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en el 2014, su asignación depende de la capacidad de los establecimientos por generar sus ingresos a través de las tarifas cobradas por los servicios de salud a personas no afiliadas al SIS; y

3) Las Donaciones y Transferencias que proviene de las transferencias que realiza el Seguro Integral de Salud (SIS) como reembolso por las prestaciones a los asegurados (En esta transferencia los recursos públicos sufren una “mutación”, mientras el dinero lo tiene el SIS los recursos son parte de los Recursos Ordinarios, cuándo los recurso se van a incorporar a la Unidad Ejecutora que recibe los fondos los incorpora bajo la fuente “Donaciones y Transferencias”. Está mutación se produce por disposición de la Contaduría para evitar el doble registro).

Desde el punto de vista del financiamiento en algún momento se produjeron dos cambios importantes en los últimos años. Uno fue que la implementación del SIS implicó un cambio del presupuesto histórico, como la asignación de los Recursos Ordinarios, al del reembolso por la producción llevada a cabo; y, el otro la implementación por parte del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) del Presupuesto por Resultados (PpR) que más que un cambio del criterio histórico, introdujo para un grupo de intervenciones un cambio en la forma de programar e incorporó una lógica de costos y resultados, pero ahora con un mayor peso en la gestión por parte del MEF (El PpR surgió desde la formulación del presupuesto 2007 por iniciativa del Congreso de la República y en

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

Este proceso está produciendo que una parte del presupuesto se realice con reglas diferentes a las otras actividades que realiza la institución. Si bien este proceso no significa necesariamente más financiamiento para los temas a enfrentar si ha significado más restricciones para la ejecución de ese presupuesto. Desde el inicio del SIS se mantenía la propuesta que el financiamiento de las atenciones de los asegurados se daría por dos fuentes: los RO para el costo fijo y las transferencias del SIS para los costos variables. Este criterio se basaba en el supuesto que existía capacidad instalada ociosa en los servicios de salud que ya venía siendo financiada con RO y que solo faltaba agregar los insumos, medicamentos y otros costos variables los que serían cubiertos por el SIS, la reducción de la capacidad instalada ociosa en los establecimientos ha hecho que esta "especialización" del financiamiento se haya ido perdiendo.

En este sentido, en el año 2011, la firma del convenio de gestión con la Micro Red Huancavelica inició la introducción del mecanismo de pago capitado de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención. El resto de regiones se ha incorporado gradualmente hasta 2013.



Por otro lado en la última década, el crecimiento económico en el Perú ha generado mayores recursos para el Estado, lo cual se evidencia en un mayor presupuesto en las distintas entidades del sector público. Sin embargo, este crecimiento no se ha reflejado en una mejor provisión de los servicios a las personas, entregados en condiciones de calidad, oportunidad, eficacia y equidad. A consecuencia de ello, no se generan eficiencias en la asignación de los recursos estatales. Por esta situación, el Perú viene implementando la reforma más importante en el Sistema Nacional de Presupuesto: El Presupuesto por Resultados (PpR) con la finalidad de asegurar que la población reciba los bienes y servicios que requieren las personas, en las condiciones deseadas a fin de contribuir a la mejora de su calidad de vida. En esta línea, el MINSA a través del SIS, ha implementado mecanismos de pago que permitan a las Regiones contribuir al logro de los objetivos sanitarios y mejorar la salud de la población, reduciendo la morbilidad y permitiendo el uso eficiente del presupuesto transferido.

Los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas. El estudio y diseño de los modelos de contratación y pago más adecuados para cada situación se ha transformado en una especie de nueva alquimia que promete dar respuesta a gran parte de los desafíos de la gestión en

salud. A través de la manipulación de los instrumentos de pago los gestores pueden incentivar conductas de los prestadores o entidades intermediarias que alteren: la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de servicios, la previsibilidad y el control de los costos globales de la atención médica, las formas de vinculación entre médico y paciente y de los profesionales entre si, el registro de información, entre otros. Mediante el Convenio Cápita el SIS pretende inducir en los gobiernos regionales regular las prestaciones, haciendo énfasis en el componente preventivo promocional ordenando algunos procesos administrativos.

## **2.8. LA CAPITACIÓN EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD (AUS).**

Una de las principales barreras de acceso a servicios de salud para la población pobre del país la constituye la barrera económica, la cual debería ser resuelta en gran medida por el aseguramiento público orientado a brindar protección financiera para los riesgos sanitarios de esta población. En este contexto, el Seguro Integral de Salud (SIS) es un organismo público ejecutor a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), creado en el año 2002, en el marco de la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657, sobre la base de la Unidad de Seguro Público, como resultado de la fusión del Seguro Escolar Gratuito (1997), y el Seguro Materno Infantil (1998). Su finalidad es proteger la salud de la población peruana que no cuente con un seguro de salud, priorizando aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. La Ley Marco de Aseguramiento Universal (Ley AUS), firmada en abril de 2009, establece el marco legal sobre el cual se reconoce el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tienen todos los peruanos residentes en el territorio nacional, desde su nacimiento hasta su muerte. En este sentido, la ley y su reglamento definen las reglas sobre las que el SIS podrá avanzar de forma sostenida para lograr su fin. La Ley del AUS forma parte de un proceso de reforma que pretende lograr la cobertura universal en salud.

El SIS viene desarrollando acciones que permitan implementar procesos para el mejor desempeño de los mismos y fortalecer capacidades en los gobiernos regionales y locales a fin de fortalecer los procesos de operativización de las prestaciones de primer nivel de

atención en salud a través del Convenio Capitado suscrito con todas las Regiones y Direcciones de Salud del país.

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

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

## **2.9. EFECTO DE LA CAPITACIÓN EN EL RENDIMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

El mecanismo de pago a los proveedores de servicios sanitarios es una herramienta importante en la gestión de los sistemas sanitarios ya que tiene influencia tanto en los costes como en la calidad del servicio. Los financiadores de los sistemas sanitarios (ya sean instituciones públicas como los Departamentos de salud/Servicios de salud, o privadas como las compañías de seguros) encuentran en la financiación de establecimientos de salud una herramienta para alinear los objetivos de ambas partes y

lograr mejoras en el rendimiento de los establecimientos de salud, al mismo tiempo que se procura proteger los intereses de los pacientes. El problema, debido a las importantes asimetrías de información entre los financiadores y prestadores del servicio, es encontrar los incentivos adecuados que consigan que las decisiones se tomen de acuerdo con los objetivos generales del sistema sanitario.<sup>77</sup>

En función del momento en el que se determina el pago que van a recibir los proveedores de servicios sanitarios por los servicios que prestan, los sistemas de financiación sanitaria se clasifican en retrospectivos y prospectivos. En los sistemas de pago retrospectivos (SPR), el pago se calcula ex-post, después de la prestación del servicio. Dado que los pagos se determinan en función de los costes reales, los proveedores tienen pocos incentivos para reducir sus costes ya que tienen la garantía de que van a ser reembolsados. Por este motivo, los sistemas de pago retrospectivos han sido en su mayoría sustituidos por sistemas de pago prospectivos (SPP), que sí introducen incentivos para mejorar el rendimiento de los proveedores, particularmente en el aspecto económico.

En los SPP, la cantidad a pagar al proveedor se determina ex-ante y, contrariamente a lo que sucede con los SPR, el pago final no tiene por qué coincidir necesariamente con el gasto real de los proveedores. Por lo tanto, se fomenta que los proveedores no gasten más que los pagos a recibir, creándose un claro incentivo para contener los costes y mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos. Sin embargo, con objeto de evitar pérdidas o no incurrir en déficits, los proveedores tienen motivos para desarrollar «respuestas estratégicas» que pueden suponer una reducción en el número de servicios prestados o un empeoramiento en la calidad del servicio.<sup>78 79 80</sup> No obstante, los SPP no afectan necesariamente de forma negativa a la calidad del servicio, ya que la respuesta estratégica de los proveedores depende de sus características y objetivos<sup>81</sup> y del mecanismo de pago utilizado, ya que no todos los SPP transfieren en la misma medida los riesgos financieros a los proveedores de los servicios. La distinta estructura de los sistemas sanitarios y las diferencias existentes entre distintos tipos de establecimientos de salud hacen que los SPP

---

<sup>77</sup> AAS, IHM. Incentives and financing methods. *Health Policy* 1995, 34: 205-20.

<sup>78</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report, 2000. Health Systems: Improving Performance.*

<sup>79</sup> ELLIS, R.. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economic* 1998, 17(5): 537-555.

<sup>80</sup> JEGERS, M.; KESTELOOT, K.; DE GRAEVE, D., Y GILLES, W.A. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy.* 2002, 60: 255-273

<sup>81</sup> CHALKLEY, M. Y MALCOMSON, J. M. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality». *Journal of Health Economics.* 1998, 17: 1-19.

tengan un efecto u otro sobre su rendimiento.<sup>82</sup> Los distintos tipos de SPP utilizados para financiar los establecimientos de salud, presentan dificultades para su implementación y posibles respuestas estratégicas indeseadas que pueden provocar en los mismos. Los establecimientos de salud, son las organizaciones que reciben una parte muy importante de los recursos destinados a sanidad, los métodos de pago presentados, debidamente adaptados, también pueden ser aplicables en la financiación de médicos de atención primaria, centros de atención primaria y especialistas.

#### ***Diferentes Sistemas de Pago Prospectivo (SPP): Métodos fijos y variables***

El coste total de los servicios prestados por un establecimiento de salud depende del coste de cada uno de los casos atendidos (que incluye los costes variables directamente imputables y una proporción de costes fijos) y del total de número de casos atendidos. Los SPP no garantizan que los ingresos de los establecimientos de salud cubran sus costes totales por dos motivos: 1. el precio o tarifa determinado ex-ante puede ser inferior a los costes incurridos; 2. el número de casos atendidos (servicios prestados) puede ser diferente al previsto. En función de que el modelo de financiación tenga o no en cuenta las variaciones en el número de casos para determinar la cantidad a asignar como pago a cada establecimiento de salud nos encontraremos ante un sistema de pago fijo o variable. En los SPP fijos, se establece ex-ante el pago que va a recibir un establecimiento de salud en un período determinado. De esta forma, el tratar a más o menos pacientes no modifica los ingresos de los establecimientos de salud, por lo que éstos asumen la mayor parte del riesgo financiero<sup>83 84</sup>. Los presupuestos globales y las fórmulas capítativas son los métodos más comunes entre los SPP fijos. Por el contrario, en los SPP variables, aunque el precio a pagar por cada actividad realizada se establece ex-ante, los ingresos totales del proveedor se ajustan en función del número total de actividades realizadas durante el período (normalmente un año). De esta forma, los financiadores y establecimientos de salud comparten los riesgos financieros, ya que el financiador asume el riesgo derivado del volumen de actividad realizada y el riesgo asociado con las variaciones en el coste de las actividades recae sobre el establecimiento de salud. Los métodos más frecuentes de

---

<sup>82</sup> COTS, F.; MERCADÉ, L.; CASTELLS, X. Y SALVADOR, X. Relationship between hospital structural level and length of stay outliers. Implications for hospital payment systems». Health Policy. 2004, 68: 159-168.

<sup>83</sup> JEGERS, M.; KESTELOOT, K.; DE GRAEVE, D., Y GILLES, W. A typology for provider payment systems in health care». Health Policy. 2002, 60: 255-273.

<sup>84</sup> SMITH, C.; PREKER, A. S.; LIGTH, D. W. Y RICHARD, S. Role of markets and competition». In Figueras, J.; Robinson, R., y Jakubowski, E. eds. Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. England. 2005.

SPP variable son aquellos que calculan la actividad en términos de los distintos servicios o procedimientos realizados (tarifa por servicio), en función del número de días de hospitalización por paciente (pago por día), o de los distintos casos atendidos (pago por caso). Independientemente del SPP utilizado, su principal objetivo es garantizar la viabilidad de los establecimientos de salud y la recuperación de los costes incurridos mediante un sistema de reparto que promueva mejoras en la eficiencia y calidad de la atención sanitaria. Estos métodos de pago pueden combinarse para dar lugar a un sistema de pago prospectivo con un componente fijo y otro variable.

Dentro de los **Métodos Fijos**, específicamente en los métodos capitativos, los ingresos totales de un establecimiento de salud dependen del número de usuarios potenciales, incluidos en una lista, que ven cubiertas sus necesidades sanitarias en ese establecimiento de salud, independientemente del uso de los servicios que hayan hecho durante el período. Estos métodos cubren la provisión de atención sanitaria, de todos o una parte de los tratamientos demandados, a una población determinada, mediante una tarifa fija por persona, durante un tiempo determinado, normalmente un año. Cuanto mayor es el número de personas en la lista, mayores son los ingresos. En un método capitativo, los costes son controlados por el pago que se hace al establecimiento de salud, mientras que la calidad del servicio la controla «el mercado». Por una parte, como el importe recibido por el establecimiento de salud es fijo, en función del número de personas en la lista, no hay incentivos a dedicar más recursos, o proporcionar más servicios, ya que no se reciben ingresos adicionales por ellos. Por otro lado, y si existe libertad de elección de establecimiento de salud, es de esperar que un mayor número de personas escojan los establecimientos de salud con mejor calidad, lo que permite incrementar los ingresos totales de estos establecimientos de salud.

La cantidad que se paga por cada miembro de la lista puede ser ajustada por factores demográficos, como el sexo o la edad, factores clínicos, como la complejidad de los casos atendidos, o por una combinación de ambos. Aquellos establecimientos de salud que se financian completamente con sistemas capitativos deben hacer frente a decisiones similares a las de los financiadores, en lo relativo al uso apropiado de servicios sanitarios y a la tarifa a recibir por los distintos tipos de casos que pueden producirse entre los miembros de la lista. Por lo tanto, los proveedores necesitan tener sistemas de información

que les permitan hacer un seguimiento del uso de los servicios prestados y las condiciones de salud de los miembros de la lista, lo cual es costoso en términos de tiempo y dinero.<sup>85</sup> Estos dos métodos tienen la virtud de ser «simples» ya que una vez acordado el pago, se conocen de antemano los recursos financieros que se dedican a la atención en el establecimiento de salud. De esta forma, se reducen los costes administrativos y los problemas de contratación y agencia que se producen entre financiador y establecimiento de salud. Además, estos métodos fomentan la dedicación de recursos a la prevención, ya que reducen el uso de servicios sanitarios, lo que permite a los establecimientos de salud presentar mejores resultados económico-financieros<sup>86 87</sup>. Debido a sus ventajas en el control de los costes y al fomento de la prevención, los modelos de financiación capitolativa son utilizados en la financiación de los servicios sanitarios de un buen número de países, en particular en la atención primaria<sup>88 89</sup>.

#### ***Problemas en la implementación de los SPP***

Los sistemas de pago prospectivos introducen incentivos para el control de los costes y la mejora de la eficiencia. Sin embargo, la implantación de estos sistemas tiene la dificultad de establecer unos presupuestos y tarifas que fomenten mejoras en estos campos sin poner en riesgo la viabilidad de los proveedores o sin que supongan reducciones en la calidad del servicio prestado. Las características de los proveedores de servicios sanitarios y su relación con los financiadores de los servicios influyen de forma importante en cómo se determinan los presupuestos y tarifas.

En los métodos capitolativos, el principal problema es ***definir la fórmula que determine los ingresos de cada establecimiento de salud, es decir, la tarifa por persona***. La fórmula capitolativa más simple no establece diferencias en función de las características demográficas y socio-económicas de la población. Por lo tanto, los establecimientos de salud en las áreas cuya población tiene una mejores condiciones de salud se benefician de la menor demanda de atención sanitaria de la población. Sin embargo, fórmulas capitolativas más complejas no siempre reflejan todas las variaciones de los costes entre

---

<sup>85</sup> ANDERSON, G. Y WELLER, W. Methods of Reducing the Financial Risk of Physicians Under Capitation». Archives of Family Medicine. 1999. 8: 149-155.

<sup>86</sup> World Health Organization. The World Health Report, 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization,

<sup>87</sup> CHRISTIANSEN, T. Organization and financing of the Danish health care system. Health Policy 2002, 59: 107-118.

<sup>88</sup> World Health Organization. The World Health Report, 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization.

<sup>89</sup> BARROS, P. Cream-Skimming, Incentives for Efficiency and Payment System. Journal of Health Economics 2003, 22(3): 419-443.

distintos pacientes ni posibles variaciones no previstas de las necesidades de atención o práctica clínica y, por tanto, deben ser usadas con cierta precaución <sup>90</sup>. La introducción de ajustes basados en la complejidad de los casos puede generar también problemas para lograr la equidad en la sanidad pública. <sup>91</sup> Estos autores encuentran que un modelo capitolativo ajustado por la complejidad de los casos para pacientes hospitalizados con problemas cardíacos hubiese resultado en una distribución de los recursos que perjudicaría a áreas deprimidas urbanas en favor de áreas rurales y áreas con una mayor cantidad de personas mayores.

Otro problema en el *Cálculo de la tarifa por caso*, es la coherencia de la metodología aplicada con el objetivo final de los sistemas de pago prospectivo: fomentar la mejora de la eficiencia o la reducción de los costes. El sistema de pago utilizado en los establecimientos de salud públicos, basado en el uso de tarifas calculadas a partir de los costes medios de los establecimientos de salud, no fomenta que los establecimientos de salud reduzcan sus costes por debajo del coste medio. <sup>92</sup> Todavía no se utilizan métodos claros y transparentes para el cálculo de las tarifas, sino que éstas son el resultado de decisiones políticas poco transparentes.

### ***Respuestas indeseadas de los establecimientos de salud a la capitolación***

En la literatura relacionada con la economía de la salud se ha reconocido durante largo tiempo que el uso de incentivos para mejorar el rendimiento económico de los establecimientos de salud puede generar respuestas estratégicas negativas por su parte. <sup>93 94 95 96 97</sup> Las respuestas estratégicas de los establecimientos de salud se producen porque éstos tienen una mayor información sobre los costes reales, lo que les permite adoptar ciertas prácticas indeseadas por los pacientes o por los financiadores del sistema.

<sup>90</sup> SMITH, P. C. Setting budgets for general practice in the new NHS. *British Medical Journal* 1999, 318: 776-779.

<sup>91</sup> ASTHANA, S.; GIBSON, A.; MOON, G.; DICKER, J. Y BRIGHAM, P. The pursuit of equity in NHS re - source allocation: Should morbidity replace utilisation as the basis for setting health care capita - tions?». *Social Science & Medicine*. 2004; 58(3): 539-551.

<sup>92</sup> LLEWELLYN, S. Y NORTHCOTT, D. The average hospital». *Accounting, Organisations and Society*. 2005; 30: 555-583

<sup>93</sup> NEWHOUSE, J. P. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production vs selection. *Journal of Economic Literature*. 1996; 34(3): 1236-1263.

<sup>94</sup> ELLIS, R. P. Y McGUIRE, T. G. Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selec - tion, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*. 1996; 15: 257-277.

<sup>95</sup> ANKJÆR-JENSEN, A.; ROSLING, P. Y BILDE, L. Variable prospective financing in the Danish hos - pital sector and the development of a Danish case-mix system. *Health Care Management Science*. 2006; 9: 259-268.

<sup>96</sup> ERNST, C. Y SZCZESNY, A. Capped hospital budgets, risk-influencing activities and financial consequences. *Journal of Accounting and Public Policy*. 2008; 27: 38-61.

<sup>97</sup> ALLEN, P. Payment by Results' in the English NHS: the continuing challenges. *Public Money & Management* . 2009; 29(3): 161-166.

La mayoría de las respuestas estratégicas habitualmente se resumen bajo el nombre de prácticas de «*selección del riesgo*», es decir, los establecimientos de salud intentan seleccionar aquellos pacientes que probablemente serán rentables y tratan de evitar aquellos cuyo coste de tratamiento supere los ingresos. En concreto, los dos tipos prácticas más utilizadas son: seleccionar pacientes de bajo riesgo (cream skinning ) y evitar pacientes de elevado coste ( dumping ).<sup>98 99 100</sup> La elección de una u otra depende de cómo se organice el sistema de sanidad y del método de pago aplicado. El cream skinning consiste en atraer o retener aquellos pacientes cuyas condiciones de salud hagan que lo más probable es que el coste de su tratamiento sea inferior al pago recibido, por ejemplo, mediante la especialización en determinados casos o tratamientos. Esta práctica es particularmente útil para los establecimientos de salud que se financian con métodos capitativos. El dumping consiste en evitar de forma sistemática los pacientes con costes de tratamiento elevado, derivándolos a otros establecimientos de salud. Los establecimientos de salud tienen incentivos a adoptar esta estrategia en aquellos casos en los que el pago recibido no sea suficiente para cubrir los costes. Ernst y Szczesny (2008)<sup>101</sup> informan de una reducción importante en el número de pacientes de alto riesgo atendidos en un hospital alemán tras la introducción de un presupuesto limitado. Estos autores argumentan que el efecto observado puede deberse a una estrategia de selección del riesgo, pero señalan que también es compatible con un mejor ajuste entre la capacidad del hospital para atender casos complejos y el tipo de casos atendidos. Una posible estrategia para justificar este tipo de prácticas consiste en no disponer de determinados equipos o instalaciones, como unidades de cuidados intensivos, o no prestar algunos servicios. De esta forma un establecimientos de salud público puede justificar la desviación de un paciente cuya atención puede ser costosa con el argumento de que no dispone de la infraestructura o equipos o necesarios para prestarle la atención requerida. Otras posibles respuestas estratégicas indeseadas de los establecimientos de salud es la *respuesta del tipo «riesgo moral»* consiste en prestar menos servicios de los recomendados a aquellos pacientes con tratamientos costosos y es también conocida

---

<sup>98</sup> ELLIS, R. P. Y MCGUIRE, T. G. Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*. 1996; 15: 257-277.

<sup>99</sup> ELLIS, R. P. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economic*. 1998; 17(5): 537-555.

<sup>100</sup> ERNST, C. Y SZCZESNY A. Capped hospital budgets, risk-influencing activities and financial consequences. *Journal of Accounting and Public Policy*. 2008; 27: 38-61.

<sup>101</sup> ERNST ,C, SZCZESNY A. *Journal of Accounting and Public Policy*, 2008, vol. 27, issue 1, pages 38-61

como skimping. Este término se utiliza para describir la presión ejercida por los establecimientos de salud sobre los médicos para omitir terapias y pruebas indicadas médicamente, con el propósito de reducir los costes mientras el establecimientos de salud recibe un pago destinado a cubrir todos los servicios que sean necesarios para tratar adecuadamente a los pacientes. Ellis (1998) argumenta que los sistemas de pago prospectivo reducen la cantidad de servicios prestados para un nivel determinado de complejidad con respecto a los métodos de pago retrospectivos, y que dicha reducción es más acusada en los casos más complejos. De acuerdo con este autor, cuando ocurre el skimping, también se produce el dumping. Los métodos prospectivos de pago fijos a proveedores incrementan el potencial conflicto de objetivos entre eficiencia y riesgo moral.<sup>102</sup> No obstante, la posible respuesta estratégica de los proveedores ante un SPP depende de sus objetivos e intereses declarados.<sup>103 104</sup> La variedad de establecimientos de salud —públicos, sin ánimo de lucro o con ánimo de lucro— que pueden proporcionar servicios públicos de salud hacen que este sea un aspecto muy importante a la hora de entender las respuestas de los establecimientos de salud a los SPP.

Sobre evidencia empírica del efecto de los SPP en el rendimiento de los establecimientos de salud la literatura académica recoge un amplio abanico de estudios que analizan las características de los mecanismos utilizados en la financiación de hospitales en países de distintos entornos y su posible incidencia sobre la eficiencia y calidad hospitalaria. La mayoría de estos estudios muestran que, en la práctica, los sistemas de financiación son mixtos, lo cual dificulta la evaluación del rendimiento de un sistema en base a las fuentes de financiación utilizadas. La clave para la mejora del sistema es sopesar cuidadosamente las ventajas e inconvenientes de cada mecanismo, teniendo en cuenta las características propias de cada contexto nacional<sup>105</sup> y las diferencias estructurales entre establecimientos de salud.

En conclusión, sobre el ***efecto de la capitación en el rendimiento de los establecimientos de salud***, se puede concluir que la influencia en el rendimiento de los establecimientos de salud de los mecanismos utilizados en su financiación, pueden afectar tanto a la eficiencia

---

<sup>102</sup> NEWHOUSE, J. P. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production vs selection». *Journal of Economic Literature*. 1996; 34(3): 1236-1263.

<sup>103</sup> CHALKLEY, M. Y MALCOMSON, J. M. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality. *Journal of Health Economics*. 1998; 17: 1-19.

<sup>104</sup> MILCENT, C. Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates. *Health Economics*. 2005; 14: 1151-1168.

<sup>105</sup> MOSSIALOS, E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J. Y KUTZIN, J. Funding health care: options for Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press. England. 2002. p.12

como a la calidad del servicio. La utilización de sistemas de pago prospectivos permite establecer un mayor control del gasto sanitario en la medida que introduce incentivos para que los establecimientos de salud lleven a cabo una gestión más eficiente de los recursos. Sin embargo, los ahorros en costes no siempre se consiguen mediante la reducción de actividades innecesarias y, en ocasiones, afectan a la atención necesaria para prestar el servicio en los términos de calidad deseados. De las distintas variantes de sistemas de pago prospectivos, ninguna garantiza compatibilizar los objetivos de mejora en la eficiencia y calidad del servicio y cada una de ellas puede dar lugar a respuestas estratégicas indeseadas de los establecimientos de salud que perjudican a los objetivos generales del sistema sanitario en términos de calidad y cobertura. En estas circunstancias, la mayoría de países ha optado por implementar sistemas de pago prospectivos que combinan un componente fijo, para cubrir costes fijos y de capital, y otro variable en función de los pacientes atendidos. La combinación de distintos métodos de pago puede ser la mejor de las soluciones para alcanzar el equilibrio entre intereses contrapuestos<sup>106</sup>. Estos sistemas proporcionan una herramienta a las autoridades sanitarias para poder incrementar, bien de forma continua, bien puntualmente, la atención de determinados casos, logrando un mayor control sobre las listas de espera. Además, sirve para garantizar la debida estabilidad financiera de los establecimientos de salud a la vez que introduce un incentivo adecuado para atender a más pacientes, lo que no sólo incrementa sus ingresos, sino que reduce los costes unitarios. Sin embargo, para optimizar la eficiencia en la gestión de los recursos es necesario permitir que los establecimientos de salud gestionen o reinviertan los superavits generados ya que, en caso contrario, no hay ningún incentivo para el control y reducción de los costes más allá del necesario para garantizar la viabilidad financiera de los establecimientos de salud. En un contexto de mayor autonomía de los establecimientos de salud y mayor riesgo financiero, se deben implantar mecanismos de regulación y control para garantizar los adecuados estándares de calidad y evitar las respuestas estratégicas indeseadas asociadas a los distintos métodos de pago prospectivo. Los nuevos sistemas de pago deben ser introducidos junto con estratégicos que velen porque no se produce un empeoramiento de la calidad, una reducción de los servicios que deben prestarse o un deterioro del principio de universalidad de la atención sanitaria. La solución pasa por ajustar el pago que se hace a los establecimientos de salud teniendo en cuenta la calidad de los servicios. No obstante,

---

<sup>106</sup> DRANOVE, D. Y SATTERTHWAITTE, M. The industrial organization of health care markets». In: New - house, P. J. and Culyer, A. J., eds. Handbook of health economics. Amsterdam, Elsevier. 2000.

en los establecimientos de salud públicos y sin ánimo de lucro es poco probable que se produzcan los efectos indeseados comentados, ya que sus objetivos económicos quedan subordinados a objetivos sociales de mayor entidad. Además, pese a que estos métodos transfieren la totalidad o parte del riesgo financiero a los establecimientos de salud, no es probable que se cierren establecimientos de salud públicos debido a las consecuencias sociales y políticas que acarrearía. En el caso de los establecimientos de salud con ánimo de lucro, que reciben pagos de los sistemas públicos de salud por realizar determinado servicios, existen más posibilidades de que adopten respuestas estratégicas indeseadas, ya que su situación financiera sí puede poner en peligro su supervivencia.



## **2.10. ACUERDOS DE GESTION MINSA – GOBIERNOS REGIONALES PARA PAGO CAPITADO**

Una de las principales barreras de acceso a servicios de salud para la población pobre del país la constituye la barrera económica, la cual debería ser resuelta en gran medida por el aseguramiento público orientado a brindar protección financiera para los riesgos sanitarios de esta población. En este contexto, el Seguro Integral de Salud (SIS) es un organismo público ejecutor a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), creado en el año 2002 como resultado de la fusión del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil. Su finalidad es proteger la salud de la población peruana que no cuente con un seguro de salud, priorizando aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. La Ley Marco de Aseguramiento Universal (Ley AUS), firmada en abril de 2009, establece el marco legal sobre el cual se reconoce el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tienen todos los peruanos residentes en el territorio nacional, desde su nacimiento hasta su muerte. En este sentido, la ley y su reglamento definen las reglas sobre las que el SIS podrá avanzar de forma sostenida para lograr su fin. La Ley del AUS forma parte de un proceso de reforma que pretende lograr la cobertura universal en salud. En este sentido, en el año 2011, la firma del convenio de gestión con la Micro Red Huancavelica inició la introducción del mecanismo de pago capitado de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención. El resto de regiones se ha incorporado gradualmente hasta 2013. Por otro lado en la última década, el crecimiento económico en el Perú ha generado mayores recursos para el Estado, lo cual se evidencia en un mayor presupuesto en las distintas entidades del sector público. Sin embargo, este crecimiento no se ha reflejado en una mejor provisión de los servicios a las personas, entregados en condiciones de calidad, oportunidad, eficacia y equidad. A consecuencia de ello, no se generan eficiencias en la asignación de los recursos estatales. Por esta situación, el Perú viene implementando la reforma más importante en el Sistema Nacional de Presupuesto: El Presupuesto por Resultados (PPR) con la finalidad de asegurar que la población reciba los bienes y servicios que requieren las personas, en las condiciones deseadas a fin de contribuir a la mejora de su calidad de vida. En esta línea, el MINSA a través del SIS, ha implementado mecanismos de pago que permitan a las Regiones contribuir al logro de los objetivos sanitarios y mejorar la salud de la población, reduciendo la morbilidad y permitiendo el uso eficiente del presupuesto transferido.

Los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas. El estudio y diseño de los modelos de contratación y pago más adecuados para cada situación se ha transformado en una especie de nueva alquimia que promete dar respuesta a gran parte de los desafíos de la gestión en salud. A través de la manipulación de los instrumentos de pago los gestores pueden incentivar conductas de los prestadores o entidades intermediarias que alteren: la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de servicios, la previsibilidad y el control de los costos globales de la atención médica, las formas de vinculación entre médico y paciente y de los profesionales entre si, el registro de información, entre otros. Mediante el Convenio Cápita el SIS pretende inducir en los gobiernos regionales regular las prestaciones, haciendo énfasis en el componente preventivo promocional ordenando algunos procesos administrativos.

El SIS vienen desarrollando documentos metodológicos para la identificación, diseño, planificación y ejecución de acciones que permitan implementar procesos para el mejor desempeño de los mismos. Asimismo, viene trabajando activamente en brindar información y fortalecer capacidades en los gobiernos regionales y locales a fin de fortalecer los procesos de operativización de las prestaciones de primer nivel de atención en salud a través del Convenio Capitado suscrito con todas las Regiones y DISAS del País.

## **2.11. GUÍA TÉCNICA DE ORIENTACIÓN PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LOS PROCESOS PRESTACIONALES DE LOS CONVENIOS CÁPITA ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LOS GOBIERNOS REGIONALES Y DISAS.** <sup>107</sup>

La guía metodológica detalla los diferentes procesos y procedimientos que se realizan para coadyuvar a los objetivos del Convenio Capitado, al mismo tiempo informar sobre el alineamiento de estrategias enfocados a objetivos nacionales a través de un observatorio de indicadores.

---

<sup>107</sup> MINISTERIO DE SALUD. GUÍA TÉCNICA N°001-2014/SIS – V.01 “Guía técnica de orientación para la operativización de los Procesos Prestacionales de los convenios Cápita entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales y DISAS.” Lima Perú. 2014. p.2

La Guía tiene como finalidad dar a conocer los procesos específicos dentro de la prestación de salud del primer nivel de atención brindadas a los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) en el Marco de los Convenio Cápita.

Dentro de sus objetivos está el estandarizar los procesos operativos específicos en la prestación de salud para los prestadores en el presente Convenio de Capitación Establecer y uniformizar los criterios técnicos y operativos específicos en la prestación de salud, que orienten al prestador de salud para brindar una atención oportuna, completa y de calidad, a los asegurados del SIS, de acuerdo a las Garantías Explícitas con el objetivo de mejorar los resultados sanitarios esperados.

El Ámbito de Aplicación de la Guía Técnica es de aplicación y cumplimiento en el ámbito nacional, en los diferentes niveles organizativos del Seguro Integral de Salud, UDRs del SIS y los Gobiernos Regionales a través de sus Direcciones Regionales de Salud, Unidades Ejecutoras del Sector Salud, Unidades de Seguros e IPRESS que brindan servicios autorizados por el SIS dentro de los convenios de Gestión o prestaciones de Servicios de Salud, previamente acordados para la modalidad de pago por capitación de acuerdo a lo establecido en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

El SIS establece una relación de indicadores sanitarios, sustancialmente, utilizada para dar seguimiento y ajustar las acciones que un sistema, subsistema, o proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de su misión, objetivos y metas. Se evalúa cada indicador según las metas establecidas dentro del Convenio para cada año, las cuales se establecerán de manera progresiva, de modo de contribuir a mejorar los indicadores sanitarios en un plazo establecido

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Los antecedentes, son todos aquellos trabajos de investigación que preceden al que se está realizando y están relacionados con el objeto de estudio (Indicadores de monitoreo prestacionales SIS Cápita). Cuando se habla de trabajos de investigación, esto involucra información recabada tanto de libros como de publicaciones en revistas científicas. Para esto se pueden definir dos clases de antecedentes: teóricos y de campo. Los **teóricos** son todos aquellos antecedentes que surgen de fuentes como libros, que exponen teorías o

ideas sobre un tema en particular, y los **de campo** son todas aquellas investigaciones que se hacen con sujetos o de tipo experimental, donde se recaudan datos numéricos o información descriptiva.<sup>108</sup>

### 3.1. ANTECEDENTES DE CAMPO.

Probablemente por su reciente implementación no se han encontrado estudios de campo sobre aseguramiento con pago capitado en servicios de salud de Atención Primaria de Salud en la realidad local, nacional o internacional que hayan desarrollado la experiencia investigativa que nosotros planteamos en nuestro trabajo, ni en cuanto al enfoque ni en cuanto a los resultados. No hemos encontrado estudios con el manejo de la variable e indicadores que arrojen resultados que permitan la confrontación con nuestros hallazgos y que alienten a alimentar la discusión solo en lo que se refiere a comparar nuestros resultados con otros estudios. Los datos generados por los indicadores no son comparables entre y dentro de los países y no sirven para identificar brechas en el nivel de desarrollo entre grupos de niños y alimentar procesos de política, que sean de elaboración o seguimiento y evaluación.<sup>109</sup>

En sistemas de aseguramiento para racionalizar la demanda por servicios existen tres elementos, el Financiero, el Asegurador y el Prestador. El asegurador (el SIS para el caso peruano), actúa como intermediario entre el financiador, que es el Gobierno a través de Tesoro Público, y los prestadores (que son las Micro Redes), adopta modalidades de contratación y pago (como la capitación por ejemplo, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos).

Para la determinación de la Asignación Per Cápita en general el sistema contempla tres elementos básicos:

- la definición de una canasta básica de prestaciones a entregar en el establecimiento de salud (Plan de Salud Individual y/o Familiar),
- la determinación de la población efectivamente beneficiaria a través del proceso de inscripción de las personas en el centro en que se desea atender, lo que

---

<sup>108</sup> KOVAL, S. Manual para la elaboración de trabajos académicos. Buenos Aires: Editorial Temas. 2011. p, 11

<sup>109</sup> BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI). Marco Conceptual. División de Educación (SCL/EDU) NOTAS TÉCNICAS # IDB-TN-290. 2011. p. 12

constituye la población por la cual el centro recibe su asignación presupuestaria,  
y

- la elaboración de compromisos de gestión entre el financiador y los centros de salud

El monto a transferir se establece prospectivamente para cubrir el costo de la norma de atención para las categorías definidas por el financiador que generalmente está centrado en Atención infantil, atención materna, atención del adulto mayor, etc. Justamente esta norma de atención para las categorías definidas es la que varía ampliamente en cuanto a su composición ya que cada país fija sus condiciones con base a diferentes variables y metas que se traducen en indicadores de cumplimiento. Los países latinoamericanos (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) no pueden ser comparados porque tienen diferentes indicadores que si bien es cierto han reformado sus sistemas de salud usualmente bajo lineamientos de política internacional, que buscan principalmente optimizar la financiación de los mismos, para lograr la universalidad, el acceso a los servicios y la equidad. Cada uno de ellos, tiene sus propias características, como es el caso de Chile, Argentina y Uruguay que cuentan con sistemas de aseguramiento mixtos regulados <sup>110</sup> y una organización con diferentes subsistemas (público y privado), igual sucede con Venezuela; Paraguay a su vez, opera con tres subsistemas (público, paraestatal y privado); Brasil ha organizado un Sistema Único de Salud (SUS), en las áreas federal, estatal y municipal, con aseguramiento mixto <sup>111</sup>, financiado con impuestos; en Perú hace unos meses se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento en Salud, la cual se encuentra en proceso de reglamentación y Bolivia y Ecuador, se caracterizan por una alta segmentación y desarticulación. <sup>112</sup> Por lo tanto la población beneficiaria, los prestadores, los financiadores y los aseguradores difieren sustancialmente y no son comparables, además de la canasta de servicios antes mencionada.

---

<sup>110</sup> MADIES, C; CHIARVETTI, S. Y CHORNY, M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. Revista Panamerica Salud Pública. 2000; vol.8 n.1-2 Washington July/Aug.

<sup>111</sup> ACUÑA, C. *Evolución y reforma de los sistemas de protección de la salud*. 2000. En: los países de MERCOSUR y Chile. Extraído el 20 de mayo de 2009 de [http://www.fes.org.ar/PUBLICACIONES/serie\\_prosur/Prosur\\_CeciliaAcunia.pdf](http://www.fes.org.ar/PUBLICACIONES/serie_prosur/Prosur_CeciliaAcunia.pdf).

<sup>112</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil del sistema de salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington D.C. OPS. 2008.

Las necesidades de información no son las mismas para todos.<sup>113</sup> Como en el entorno hospitalario, en salud pública el profesional ha de poder objetivar su experiencia personal de forma ágil, facilitando la evaluación de su propia práctica; el directivo ha de poder valorar la actividad, su efectividad, cobertura o impacto en la salud, y su coste; los responsables del gobierno que los financian han de saber que ´ se hace, para que ´ sirve y con qué coste. Algunos indicadores son útiles para todos estos actores, pero en general cada uno tiene una perspectiva propia, con requisitos específicos.<sup>114</sup>

Es difícil resumir en unos pocos indicadores la diversidad de las líneas de trabajo activas en una organización de salud pública integral. Este problema es común a otros ámbitos de las administraciones públicas.<sup>115 116</sup>

Tan solo para algunos programas muy concretos hay comparaciones de indicadores de proceso y resultado (como las vacunaciones, el control de la tuberculosis o el cribado del cáncer de mama)<sup>117</sup> En contraste con la actividad asistencial, que pese a su diversidad se puede resumir en un puñado de indicadores sintéticos, los servicios de salud pública cubren un espectro de actividades muy diverso y heterogéneo. Su monitorización tiende a producir un exceso de información que puede desbordar al responsable político o de gestión no especialista, y hacer menos visible el producto de los servicios de salud pública. Sin embargo, disponer de un núcleo de indicadores útil para cada línea de trabajo es imprescindible para su gestión, y que el intento de abarcar no sólo la actividad sino también dimensiones de cobertura, calidad o efectividad, comporta un paso adelante que debería ampliarse.<sup>118</sup>

---

<sup>113</sup> VILLALBÍ ET AL. *Gac Sanit.* 2010; 24(5) :378–384

<sup>114</sup> CUERVO JI, VARELA J, BELENES R. *Gestión de hospitales: nuevos instrumentos y tendencias.* Barcelona: Vicens Vives; 1994. p. 25.

<sup>115</sup> BATET M, PASTOR JR, CARRERAS JM, ET AL. *Propuesta de indicadores básicos de gestión de servicios públicos locales.* Barcelona: Fundación Carles Pi i Sunyer d'Estudis Autonòmics i Locals; 2003. p. 34

<sup>116</sup> ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS. *Indicadores de gestión para las entidades públicas.* Madrid: AECA; 1997. p. 23

<sup>117</sup> PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA. [consultado 2/3/2010] Disponible en: <http://ppc.cesga.es/>.

<sup>118</sup> PENCHEON D. *The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators.* Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement and Association of Public Health Observatories; 2008. p. 12

Para el futuro sería deseable avanzar hacia la consolidación de un sistema de indicadores consensuado para el seguimiento y la valoración del rendimiento de los servicios de salud pública, tal como se ha hecho en otros ámbitos del campo asistencial.<sup>119 120</sup>

Adicionalmente hay que tener en cuenta que el SIS cápita recién se ha implementado a nivel nacional en el 2014 en el Perú, por lo que probablemente los estudios que tengan que ver con indicadores de monitoreo prestacionales recién están llamando la atención de la comunidad científica local y nacional.

### 3.2. ANTECEDENTES TEÓRICOS.

- Apellido del autor (año). Vega R y Acosta N. 2014.<sup>121</sup>

El objetivo del trabajo fue hacer un Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud (APS) en los Países de América del Sur, en lo concerniente al Mapeo de la APS en Chile, específicamente en el financiamiento de la APS. A manera de Resumen vemos que aproximadamente el 86% del presupuesto de la APS se asigna a los municipios y el 14% restante a los servicios de salud. El monto de los aportes a los municipios se determina anualmente, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, por parte del MINSAL, y suscrito, además del MINSAL, por el Ministerio del Interior y de Hacienda. El FONASA sólo es el administrador del seguro público de salud. Los aportes a los municipios se hacen de dos formas de pago: el pago per cápita y el pago prospectivo por prestación a través de programas.<sup>122</sup> La asignación de recursos mediante estimaciones per cápita se diferencia en dos tipos: un per cápita basal y un per cápita comunal. La diferenciación se hace tomando como base la población beneficiaria inscrita por centro de atención, el coste del plan básico de salud que se entrega y las variables de ajuste orientadas a la equidad (pobreza, ruralidad, dificultad de acceso a los beneficios y dificultad de prestación de las atenciones).

---

<sup>119</sup> NATIONAL HEALTH SERVICE. NHS performance indicators. National figures. Figures 2002. London: NHS; 2003. [consultado 23/11/2009]. Disponible en: <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/hlpi2002/index.html>.

<sup>120</sup> GARCÍA- ALTÉS A, BORRELL C, COTE L, et al. Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience. *J Epidemiol Commun Health*. 2007; 61:791–6.

<sup>121</sup> Vega R y Acosta N. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud (APS) en los Países de América del Sur: Mapeo de la APS en Chile. Cap. Financiamiento de la APS Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. UNASUR. Rio de Janeiro. Junio 2014

<sup>122</sup> Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2014. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2013. p. 46

De acuerdo con las orientaciones para el 2014 el per cápita es definido como “un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar. Este mecanismo está basado en el plan de salud familiar, sus programas y la inscripción de la población beneficiaria”.<sup>123</sup>

Aparentemente el sistema de pago per cápita de la APS ha contribuido a mejorar y flexibilizar la gestión de la APS en el ámbito local, a generar transparencia en la definición y asignación de los presupuestos centrales y locales y eficiencia en la gestión y oferta de servicios. Sin embargo, se ha comentado que actualmente se está en un proceso de readecuación del sistema de financiamiento de la APS. Una de las críticas que se hace al financiamiento es que los indexadores del per cápita se construyen con base en estándares nacionales pero no siempre se tienen en cuenta particularidades regionales o municipales como, por ejemplo, el perfil epidemiológico de la población. Se requiere un mejor financiamiento para que la APS sea más fuerte<sup>124</sup> puesto que el per cápita basal de un centro de APS está muy por debajo de, lo que el FONASA paga por una prestación privada.

A la conclusión a que se puede llegar con esa información es que el MINSAL a través del servicio de Salud, puede castigar hasta un 20% de las transferencias. La evaluación coloca indicadores y metas trazadoras en exámenes preventivos en poblaciones de riesgo y en cobertura efectiva de crónicas. La planilla de evaluación incluye 11 indicadores. Si una comuna no cumple, se establece un convenio de cumplimiento futuro que permite el reintegro de los recursos castigados. Pero el servicio de salud puede decidir si hay o no suficiente gestión y privilegiar otras comunas para el convenio.

El segundo tipo evalúa el cumplimiento anual de metas sanitarias en función de APS e incluye compensaciones en función del grado de control del problema de salud. El cumplimiento de metas tiene incentivos en bonos para funcionarios tres veces al año (tres sueldos extras). Las metas sanitarias que se evalúan en el mecanismo dos (de desempeño colectivo) incluyen: desarrollo psicomotor, compensación de hipertensión arterial y

---

<sup>123</sup> Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2014. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2013. p. 47

<sup>124</sup> Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave. 2012 Dic; 12(11):e5571 doi :10.5867, www.medwave.cl.

diabetes, atención odontológica en niños entre 6 y 12 años y en embarazadas, pie diabético, disminución de obesidad en menores de seis años y consejos de desarrollo ocales (participación). Una crítica que se hace a la evaluación del desempeño en la APS es que los indicadores oficiales pueden no estar captando los niveles de rechazo en consultas médicas (que pueden llegar a un 30%), oportunidad en exámenes básicos y disponibilidad y entrega de medicamentos.<sup>125</sup>

Este trabajo tiene relación con nuestro estudio por el tratamiento de la misma variable investigativa (Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita) que se usa en Chile, aunque con mecanismo de capitación parcialmente diferente al nuestro, además de una cartera de servicios con diferente composición que la nuestra, pero sin embargo el análisis, la contrastación y la discusión pertinente son un buen aporte para enriquecer los conocimientos existentes.

- Apellido del autor (año). PÉREZ M, VELASQUEZ A. (2008).<sup>126</sup>

El objetivo del trabajo fue abordar los Modelos de contratación en el sistema de salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores.

El sistema general de seguridad social en salud fue creado en Colombia, mediante la ley 100 de 1993, para universalizar el seguro de salud y, con ello, crear condiciones de acceso para toda la población, buscando resolver así las dos inquietudes históricas más relevantes del sistema: Las económicas y las bajas coberturas de acceso universal y equitativo, individual, familiar y colectivo, para la atención integral en salud. La Ley 100 plantea un sistema de salud con dos regímenes paralelos: el contributivo, para los ciudadanos con capacidad de pago, y el subsidiado, para los más pobres, son beneficiarios de este régimen las personas sin capacidad de pago (niveles 1 y 2 del SISBEN, núcleo familiar incluido). Los organismos internacionales OMS, OPS, Banco Mundial y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, aprobaron la creación de un conjunto básico de servicios clínicos preventivos y de salud pública. Para nuestra estructura de salud equivalente al POS (Plan Obligatorio de Salud), el cual permite la

---

<sup>125</sup> Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave. 2012 b Dic; 12(11):e5571 doi: 10.5867, www.medwave.cl.

<sup>126</sup> PÉREZ M, VELASQUEZ A. Modelos de contratación en el sistema de salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores. Trabajo de grado presentado en cumplimiento de los requisitos para optar al título de especialista en Gerencia de la Seguridad Social. Universidad CES Facultad de Medicina Salud Pública Postgrado en Gerencia de la Seguridad Social Medellín, Antioquia 2008.

protección integral de las familiar a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

En resumen se puede señalar que como todo esquema de seguros, el modelo de salud cuenta con los siguientes tres elementos: (i) un administrador que garantiza las prestaciones y asegura los riesgos contratados que dentro del esquema son las Empresas Promotoras de Salud, (ii) una prima de seguro que se denomina Unidad de Pago Capitado UPC y que se paga a las EPS según las prestaciones que haya que garantizar según las particularidades de cada población y (iii) una serie de riesgos y prestaciones a las cuales se obliga la administradora y que son cubiertos por la UPC por Capitación que se denomina Plan Obligatorio de Salud POS. Este plan responde entonces a unos criterios de suficiencia de la UPC con base en las especificaciones de la nota técnica en que se basa, y es restrictivo en tanto los entes privados, en principio, solo están obligados a asegurar las prestaciones previamente definidas y sustentadas en la UPC.

Entre las funciones de las Empresas Promotoras de Salud están la de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, ya sea directamente o mediante contratos de servicios de salud con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los profesionales de la salud; para estos efectos se adoptaron modalidades de contratación o formas de pago, tales como: capitación, evento o pago por caso, conjunto integral de atenciones o paquete; de tal manera que incentiven la racionalización de la demanda de servicios, las actividades de promoción y prevención, el control del costo en salud, siempre en cumplimiento de los principios básicos de calidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Este trabajo concluye que el proceso de reforma representa una profunda transformación institucional que rompió con el modelo tradicional que segmentaba las poblaciones según su estatus laboral o su empleador. En ese esquema, cada grupo de la población era atendido por una institución diferente que integraba verticalmente las funciones de un sistema de salud (financiamiento, aseguramiento, provisión). La nueva estructura adoptada en Colombia cubre a toda la población en un mismo esquema sin discriminación por estatus laboral, introduce mecanismos de solidaridad en el financiamiento y habilita la competencia al darle al ciudadano la libertad de elegir su EPS. A partir del 1 de julio de 2012 todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, tienen derecho al mismo Plan Obligatorio de Salud, es decir las actividades, procedimientos e

intervenciones y medicamentos, que en el Régimen Contributivo de Salud. Así culmina la unificación de planes de beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia- SGSSS-, prevista por la ley y en las órdenes de la Corte Constitucional y todos los afiliados en el SGSSS tiene la misma cobertura de servicios en salud independientemente de su capacidad económica y sin importar el régimen al que estén afiliados.

Este estudio tiene relación con el nuestro por la existencia de un plan de beneficios explícito como el POS, que materializa el derecho a la salud en una oferta de servicios concreta y exigible. Una observación recurrente es que el sistema ha puesto mucho énfasis en instrumentos de financiamiento al punto de que, a pesar del avance en la cobertura de afiliación al en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, incluso se ha detectado estancamiento en ciertos indicadores de salud, en particular en los relacionados con la prevención. El fortalecimiento de la práctica de la salud pública, la información completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, aparece como un reto mayor sin el cual será difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención. Debe prestarse especial atención a la mortalidad materno infantil, a la población desplazada y al embarazo en los adolescentes.<sup>127</sup> Bajo el modelo de aseguramiento en el que se encuentra Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, se ha establecido esta lista taxativa de servicios (POS) que genera exclusiones en el ámbito de las prestaciones sin que el diseño inicial permita inferir qué sucede en el caso de que las necesidades excedan las prestaciones previstas.

#### 4. OBJETIVOS

- Establecer los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en la atención de niños menores de 1 año con 07 CRED y suplementados con hierro, en mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más, en atendidos en prestaciones de salud bucal, en atendidos con profilaxis antiparasitaria, en atendidos con prestaciones de salud reproductiva, en mujeres tamizadas con PAP y en tamizados en problemas de salud mental en las diferentes Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en el 2014.

---

<sup>127</sup> Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S144-S155.

- Identificar y cuantificar la diferencia entre Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita entre de las Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en el 2014.

## 5. HIPÓTESIS

DADO QUE Los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas. Los mecanismos de contratación y pago en salud generan un impacto diverso en la cantidad y calidad de los servicios médicos, en la transferencia de riesgo entre actores y en la eficiencia de la utilización de los recursos.<sup>128</sup>

ES PROBABLE QUE los Indicadores de Monitoreo Prestacionales Seguro Integral de Salud Cápita en Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma 2014 sean semejantes por los bajo niveles de ejecución de las metas planteadas para las actividades en algunos de estos indicadores y que a la vez comparativamente haya diferencias significativas entre los promedios obtenidos por las Micro Redes en el año del estudio.

---

<sup>128</sup> Tobar F, Rosenfeld N, Reale A. Modelos de pago en servicios de salud. Cuad Med Soc 1998; 74: 39-52

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas e instrumentos de verificación

- 1.1. Técnica: observación documental.
- 1.2. Instrumento: Ficha de observación estructurada
- 1.3. Modelo o prototipo de la ficha:

FICHA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		
Micro Red	Red de Salud	Dirección (Región ) de Salud
Número de beneficiarios	Femenino	Masculino
Reporte al Periodo de producción de indicadores cápita (año):		
Indicadores	Sub Indicadores	Valor
Niños menores de 1 año con 07 controles de Crecimiento y Desarrollo y suplementados con hierro	Número de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación y han recibido 2250 de hierro elemental entre los 6 y los 11 meses de edad	
	-----	
	Total de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación	
Mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más	Número acumulado de gestantes con parto registrado y con 6 controles prenatales o más durante su embarazo	
	-----	
	Número acumulado de partos registrados, de mujeres afiliadas en la Micro Red	
Atendidos en prestaciones de salud bucal	Número acumulado de atendidos en Salud Bucal	
	-----	
	Número de asegurados en la Micro Red	
Atendidos con profilaxis antiparasitaria	Número acumulado de atendidos en Profilaxis Antiparasitaria	
	-----	
	Número de asegurados de 2 a 14 años de la Micro Red	
Atendidos con prestaciones de salud reproductiva	Número acumulado de atendidos en Salud Reproductiva	
	-----	
	Número de asegurados entre 12 y 60 años de la Micro Red	
Mujeres tamizadas con Papanicolau	Número acumulado de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al Seguro Integral de Salud, que se realizaron el examen de Papanicolau	
	-----	
	Número total de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al Seguro Integral de Salud	

FICHA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		
Micro Red	Red de Salud	Dirección (Región ) de Salud
Número de beneficiarios	Femenino	Masculino
Reporte al Periodo de producción de indicadores cápita (año):		
Indicadores	Sub Indicadores	Valor
Tamizados en problemas de salud mental	Número acumulado de tamizados en problemas de Salud Mental	
	-----	
	Número de asegurados en la Micro Red	
Prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior	Número acumulado de prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior hasta el trimestre de evaluación	
	-----	
	Número acumulado de prestaciones evaluadas por Proceso de Control Presencial Posterior	



1.4. Cuadro de Coherencias:

CUADRO DE COHERENCIAS

Variable	Indicadores	Sub Indicadores	Técnica	Instrumento
Indicadores de monitoreo prestacional es SIS cápita	Niños menores de 1 año con 07 controles de Crecimiento y Desarrollo y suplementados con hierro	Número de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación y han recibido 2250 de hierro elemental entre los 6 y los 11 meses de edad ----- Total de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación	Observación documental	Ficha de observación estructurada  Micro Red ..... Red de Salud..... Micro Red de Salud..... Número de beneficiario s..... Sexo:FemeninoMasculino Reporte al Periodo de producción de indicadores cápita (año): Indicadores ..... Sub Indicadores ..... Valor.....
	Mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más	Número acumulado de gestantes con parto registrado y con 6 controles prenatales o más durante su embarazo ----- Número acumulado de partos registrados, de mujeres afiliadas en la Micro Red		
	Atendidos en prestaciones de salud bucal	Número acumulado de atendidos en Salud Bucal ----- Número de asegurados en la Micro Red		
	Atendidos con profilaxis antiparasitaria	Número acumulado de atendidos en Profilaxis Antiparasitaria ----- Número de asegurados de 2 a 14 años de la Micro Red		
	Atendidos con prestaciones de salud reproductiva	Número acumulado de atendidos en Salud Reproductiva ----- Número de asegurados entre 12 y 60 años de la Micro Red		
	Mujeres tamizadas con Papanicolau	Número acumulado de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al Seguro Integral de Salud, que se realizaron el examen de Papanicolau ----- Número total de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al Seguro Integral de Salud		
	Tamizados en problemas de salud mental	Número acumulado de tamizados en problemas de Salud Mental ----- Número de asegurados en la Micro Red		
	Referencias justificadas	Número de referencias justificadas emitidas desde el Primer nivel de atención a otros niveles ----- Número de referencias evaluadas del Primer nivel		
	Prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior	Número acumulado de prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior hasta el trimestre de evaluación ----- Número acumulado de prestaciones evaluadas por Proceso de Control Presencial Posterior		

### 1.5. CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Variable	Indicadores	Sub Indicadores	Categorías	Escala de Medición
Indicadores de monitoreo prestacionales SIS cápita	Niños menores de 1 año con 07 controles de Crecimiento y Desarrollo y suplementados con hierro	Número de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación y han recibido 2250 de hierro elemental entre los 6 y los 11 meses de edad ----- Total de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación	Directo	Proporcional
	Mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más	Número acumulado de gestantes con parto registrado y con 6 controles prenatales o más durante su embarazo ----- Número acumulado de partos registrados, de mujeres afiliadas en la Micro Red	Directo	Proporcional
	Atendidos en prestaciones de salud bucal	Número acumulado de atendidos en Salud Bucal ----- Número de asegurados en la Micro Red	Directo	Proporcional
	Atendidos con profilaxis antiparasitaria	Número acumulado de atendidos en Profilaxis Antiparasitaria ----- Número de asegurados de 2 a 14 años de la Micro Red	Directo	Proporcional
	Atendidos con prestaciones de salud reproductiva	Número acumulado de atendidos en Salud Reproductiva ----- Número de asegurados entre 12 y 60 años de la Micro Red	Directo	Proporcional
	Mujeres tamizadas con Papanicolau	Número acumulado de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al Seguro Integral de Salud, que se realizaron el examen de Papanicolau ----- Número total de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al Seguro Integral de Salud	Directo	Proporcional
	Tamizados en problemas de salud mental	Número acumulado de tamizados en problemas de Salud Mental ----- Número de asegurados en la Micro Red	Directo	Proporcional
	Referencias justificadas	Número de referencias justificadas emitidas desde el Primer nivel de atención a otros niveles ----- Número de referencias evaluadas del Primer nivel	Directo	Proporcional
	Prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior	Número acumulado de prestaciones rechazadas por Proceso de Control Presencial Posterior hasta el trimestre de evaluación ----- Número acumulado de prestaciones evaluadas por Proceso de Control Presencial Posterior	Directo	Proporcional

## 2. Campo de verificación

### 2.1. Ubicación espacial

El ámbito general es la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma y el lugar o ámbito específico al que corresponde la investigación es la Oficina de Seguros, Referencias y Contrareferencias de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma, por lo tanto es un ámbito institucional. Según los Registros de la Gerencia Regional de Salud Arequipa, se localiza en Avenida Independencia N° 600, Edificio Héroes Anónimos 2do. piso, pertenece al distrito del Cercado, de la ciudad de Arequipa, constituyéndose así en los límites espaciales en que se encuentran las unidades de información. A su vez estos documentos constituyen fuentes secundarias de información (porque los datos ya están tomados) sobre indicadores de monitoreo de las diferentes Micro Redes.



Localización de la Oficina de Seguros, Referencias y Contrareferencias

Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma

Gerencia Regional de Salud Arequipa

Avenida Independencia N° 600, Edificio Héroes Anónimos 2do. piso



LOCAL INSTITUCIONAL DE LA RED DE SALUD PERIFÉRICA AREQUIPA  
CAYLLOMA



## 2.2. Ubicación temporal

La oportunidad corresponde a los límites temporales en los que se encuentran las unidades de información, los que responden al año 2014, por lo tanto la investigación es coyuntural. Este estudio tiene un período investigativo o corte temporal de tipo transversal porque acopia información de la variable investigativa “INDICADORES DE MONITOREO PRESTACIONALES” en un período determinado, lo que pone en evidencia el carácter seccional de investigación actual que tiene nuestro estudio.

## 2.3 Fuentes de Información

### 2.3.1. UNIVERSO O POBLACIÓN:

El universo o población de estudio está conformado por las diferentes Micro Redes de la jurisdicción de de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma que son evaluadas con los INDICADORES DE MONITOREO PRESTACIONALES SIS CÁPITA.

Para nuestro trabajo, no fue necesario acudir al recurso de examinar una muestra. La población corresponde a las fuentes de información que son los reportes oficiales sobre INDICADORES DE MONITOREO PRESTACIONALES SIS CÁPITA, de cada una de las diferentes Micro Redes de Salud de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma y que se listan a continuación:

MICRO REDES DE SALUD DE LA RED DE SALUD PERIFÉRICA AREQUIPA CAYLLOMA 2014
1. 15 DE AGOSTO
2. ALTO SELVA ALEGRE
3. AMPLIACION PAUCARPATA
4. BUENOS AIRES DE
5. CABANACONDE
6. CALLALLI
7. CAYLLOMA
8. CERRO COLORADO
9. CHARACATO
10. CHIGUATA
11. CHIVAY
12. CIUDAD BLANCA
13. CIUDAD DE DIOS
14. EDIFICADORES MISTI
15. EL PEDREGAL
16. FRANCISCO BOLOGNESI
17. GRLMO. SAN MARTIN
18. HUNTER
19. LA JOYA
20. MARIANO MELGAR
21. MARISCAL CASTILLA
22. MARITZA CAMPOS DIAZ
23. SAN ISIDRO
24. SAN MARTIN DE SOCABAYA
25. TIABAYA
26. VICTOR RAUL HINOJOZA
27. VITOR
28. YANAHUARA

Los reportes oficiales son consolidados anuales del 2014, que se presentan con un formato único y universal, cuyo ejemplo podemos apreciar a continuación:

REPORTES OFICIALES DE PRODUCCIÓN  
INDICADORES SIS CÁPITA 2014

Reporte al mes de producción Enero de indicadores cápita por red 22/03/2015

**Periodo** : Enero a Diciembre 2014 Mes Producción : Enero  
**Indicador** : Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria Ultimo Mes Atención : Diciembre

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{acumulado de atendidos de 2 - 14 años en Profilaxis Antiparasitaria en el periodo de evaluación}}{\text{N}^{\circ} \text{asegurados (2-14a) al 01 de Enero 2014 (Subsidio y NRUS)}} \times 100$$

---

**Región** : AREQUIPA  
**Disa** : DISA AREQUIPA  
**UE** : 1222 - REGION AREQUIPA - SALUD RED PERIFERICA AREQUIPA  
**Red** : AREQUIPA CAYLLOMA

MiroRed	N° acumulado de atendidos de 2 - 14 años en Profilaxis Antiparasitaria en el periodo de evaluación	N° asegurados (2-14a) al 01 de Enero 2014 (Subsidio y NRUS)
15 DE AGOSTO	13 886	2 236
ALTO SELVA ALEGRE	9 615	4 722
AMPLIACION PAUCARPATA	2 347	4 796
BUENOS AIRES DE CAYMA	5 675	2 282
CABANA CONDE	2 224	917
CALLALI	2 549	1 204
CAYLLOMA	2 154	2 771
CERRO COLORADO	2 482	944
CHARAGATO	4 389	2 219
CHIGUATA	1 384	585
CHIVAY	7 918	2 229
CIUDAD BLANCA	5 703	3 476
CIUDAD DE DIOS	6 820	3 600
EDIFICADORES MISTI	12 044	3 178
EL PEDREGAL	6 887	6 615
FRANCISCO BOLOGNESI	3 147	3 279
GRILMO SAN MARTIN	3 527	2 649
HUNTER	9 082	3 432
LA JOYA	1 944	1 547
MARIANO MELGAR	1 878	1 194
MARISCAL CASTILLA	3 546	4 067
MARITZA CAMPOS DIAZ	9 866	6 885
SAN ISIDRO	525	2 130
SAN MARTIN DE SOGABAYA	6 968	4 458
TIABAYA	1 108	1 890
VICTOR RAUL HINZOZA	2 111	3 948
VITOR	1 880	1 131
YANAHUARA	1 621	1 526
<b>Total :</b>	<b>123 882</b>	<b>79 687</b>

Los criterios deben incluir detalles de todos los indicadores relevantes para que las Micro redes o participantes elegibles puedan incluirse en el estudio o de los criterios determinantes para descalificar otros centros o participantes que de otro modo serían elegibles.

Los criterios a considerar para elegir a cada unidad de estudio que conformará la muestra serán los siguientes:

- Criterios de inclusión:
  - Reportes pertenecientes a las Micro Redes de la Red.
  - Reportes consolidados anuales por cada Micro Red.
  - Todos los reportes deben ser documentos de fuente secundaria.
- Criterios de exclusión:
  - Reportes con información parcial.
  - Inaccesibilidad institucional de la información a participar en el estudio.

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. ORGANIZACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos la técnica elegida fue la aplicación de una ficha de observación estructurada tal como se aprecia en el instrumento documental formulado, en las unidades de estudio seleccionadas que son Micro Redes de salud que ingresaron al estudio, en el espacio geográfico delimitado que es la locación de las Micro Redes, con la finalidad de lograr información cuantitativa indispensable sobre las variables e indicadores, a partir de los objetivos establecidos.

#### 3.2.- PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

En este estudio se considerarán los siguientes elementos: tiempo, recursos, proceso, adiestramiento, coordinación y supervisión.

3.2.1. **Tiempo:** El período que durará la recolección de datos es necesario desglosarlo en diferentes fases, y se detalla más adelante en el cronograma.

### 3.2.2. **Recursos Humanos.-**

Para la conformación del equipo de trabajo de campo, además de un asesor de la ejecución del estudio, se contará con un investigador principal:

Asesor de la ejecución del estudio: Es un profesional de la salud, con formación académica y experiencia en el campo de la salud pública, y que ha trabajado en investigación a nivel poblacional, que incluye técnicas de aplicación de una ficha de observación estructurada. Se encargará de proporcionar asesoramiento y apoyo técnico administrativo.

### 3.2.3. **Apoyo Logístico.-**

Los recursos físicos, materiales y suministros necesarios para la recolección, tabulación y análisis de los datos son: Hojas de papel periódico, hojas de papel bond, sobres de papel, papel carbón, cinta impresora, medios magnéticos portátiles, lapiceros, gasolina, lápices, lapiceros, borradores.

En equipos y materiales un equipo de cómputo con impresora y paquetes estadísticos EXCEL2000 V. 9.0.2812 de WINDOWS 98 y SPSS V. 11.0 para WINDOWS 98.

### 3.2.4. **Implicaciones presupuestarias.-**

El estudio es autofinanciado.

### 3.2.5. **Proceso:**

Para fines de validez y confiabilidad de la investigación se especificarán los puntos más importantes en las diferentes etapas de la recolección de datos:

Preparación de los sujetos: Las unidades de estudio no necesitan preparación alguna por tratarse de un estudio de observación documental que evaluará datos que ya están registrados en fuentes secundarias; además, de acuerdo al diseño, se les proporcionará información básica acerca del estudio a los responsables del acervo documentario.

Implicancias éticas: De acuerdo al tipo de estudio en mención, no se encuentran problemas desde el punto de vista de la ética en investigación. Si bien es cierto no se puede pedir consentimiento a las unidades de estudio, esto no constituye un inconveniente, puesto que los métodos utilizados no entrañan molestias ni riesgos;

además, no se comete una falta de respeto ya que se están estudiando aspectos inherentes al desempeño del proveedor con información consolidada y anónima.

Adiestramiento, supervisión y coordinación: Las personas que estarán a cargo de la recolección de datos tendrán una reunión de información y coordinación previa. El supervisor podrá brindar información adicional de acuerdo a la necesidad de cada integrante.

### 3.3. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Se hará una prueba de los instrumentos en una Recolección Piloto orientada a la Corrección de Instrumentos y así puedan aplicarse en la Recolección Extensiva. Es necesario realizar, previo a la investigación, un estudio piloto como una prueba mediante la cual todo el proceso de captación de la información se ensayará en un grupo pequeño de unidades, con el fin de determinar la validez, fallas y eficacia de dicho proceso. Para tal fin, se hará una selección no probabilística y por conveniencia (accesibilidad y concentración de los elementos de la muestra), solamente para probar los instrumentos, y se llevará a cabo en una muestra aleatoria.

### 3.4 CRITERIOS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS.

La estrategia para manejar los resultados consiste en el procesamiento de datos obtenidos de los reportes de donde se obtienen el numerador y el denominador del indicador y el análisis de los mismos. Respecto al *tipo de procesamiento* los datos obtenidos serán procesados con Excel 2010. La *sistematización* a utilizarse es con una plantilla esquemática que la presentamos a continuación:

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

N°	MICRO RED	Pob	M	F	Quintil	1 CRED		2 CPN		3 PREST BUC		4 PROF ANTI		5 PREST SR		6 CACU		7 SALUD MENTAL		8. PREST RECH PCPP		
		Benef			Indicadores	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	
1	15 DE AGOSTO																					
2	ALTO SELVA ALEGRE																					
3	AMPLIACION PAUCARPATA																					
4	BUENOS AIRES DE CAYMA																					
5	CABANACONDE																					
6	CALLALLI																					
7	CAYLLOMA																					
8	CERRO COLORADO																					
9	CHARACATO																					
10	CHIGUATA																					
11	CHIVAY																					
12	CIUDAD BLANCA																					
13	CIUDAD DE DIOS																					
14	EDIFICADORES MISTI																					

N°	MICRO RED	Pob	M	F	Quintil	1 CRED		2 CPN		3 PREST BUC		4 PROF ANTI		5 PREST SR		6 CACU		7 SALUD MENTAL		8. PREST RECH PCPP		
		Benef				Indicadores	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog	N° acum	N° prog
15	EL PEDREGAL																					
16	FRANCISCO BOLOGNESI																					
17	GRLMO. SAN MARTIN																					
18	HUNTER																					
19	LA JOYA																					
20	MARIANO MELGAR																					
21	MARISCAL CASTILLA																					
22	MARITZA CAMPOS DIAZ																					
23	SAN ISIDRO																					
24	SAN MARTIN DE SOCABAYA																					
25	TIABAYA																					
26	VICTOR RAUL HINOJOZA																					
27	VITOR																					
28	YANAHUARA																					
	Total																					

El estudio prevé el diseño de por lo menos la siguiente base de datos:

1. Listado de Micro Redes de Salud.
2. Ítems de la ficha de observación estructurada.

Clasificación u ordenamiento de la información en matrices de sistematización:

Una vez culminado el trabajo e ingresados los datos a sus respectivas bases, se procederá a la limpieza de las mismas para la posterior elaboración de las matrices de sistematización, que permitirán la clasificación y tabulación de la información, en la que se aplicarán criterios de sistematización que consideran los siguientes ejes de organización:

- a. Eje de ítems de clasificación: Indicadores del estudio u otras variables.
- b. Eje de unidades de estudio: Micro Redes.
- c. Eje de Totales.

Los ejes aparecerán en la matriz en forma horizontal o vertical de acuerdo a la conveniencia.

Con estas matrices podrán hacerse los siguientes cálculos estadísticos y organizar los datos a través de cuadros o tablas y gráficas:

- Porcentaje de respuestas para Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita.
- Comparaciones entre indicadores

Porcentajes de resultados generales y complementarios

Para el Plan de Graficación consideraremos el gráfico de columnas en razón a la naturaleza del problema de investigación (contrastativo), carácter estadístico de la variable (cuantitativo) y tipo de cuadro (de doble entrada). El listado de las gráficas probables estará en correlato a los cuadros más relevantes.

#### PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La Base de Datos contiene la información necesaria para este estudio. Primero se describirán los datos y luego se realizará el análisis estadístico descriptivo que se centrará en la relación entre variables o indicadores tomadas individualmente, expresadas en frecuencias, razones y proporciones. Luego se procederá al procesamiento de Estadística Inferencial:

CUADRO DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Variable / Indicador	Carácter Estadístico	Escala de Medición	Técnicas De Estadística Descriptiva	Técnicas De Estadística Inferencial (Pruebas de Hipótesis)
Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en una Micro Red	Cuantitativo discreto	Intervalar o proporcional	Distribución de frecuencias Tendencia central Medidas de dispersión	ANOVA un factor.

Se calculará la media con su desviación estándar y varianza para cada Micro Red y se hará el análisis de varianza ANOVA. Este análisis permitirá comparar si los valores de un conjunto de datos numéricos (Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en una Micro Red) son significativamente distintos a los valores de otro o más conjuntos de datos (Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en las otras Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma, durante el 2014). El procedimiento para comparar está basado en la varianza global observada en cada conjunto de datos numéricos a comparar. Típicamente, este análisis se utiliza para asociar una probabilidad a la conclusión de que la media de un conjunto de datos es distinta de la media de otro para significar la diferencia entre ambos. Con esto se obtendrá un panorama general de los indicadores SIS Cápita.

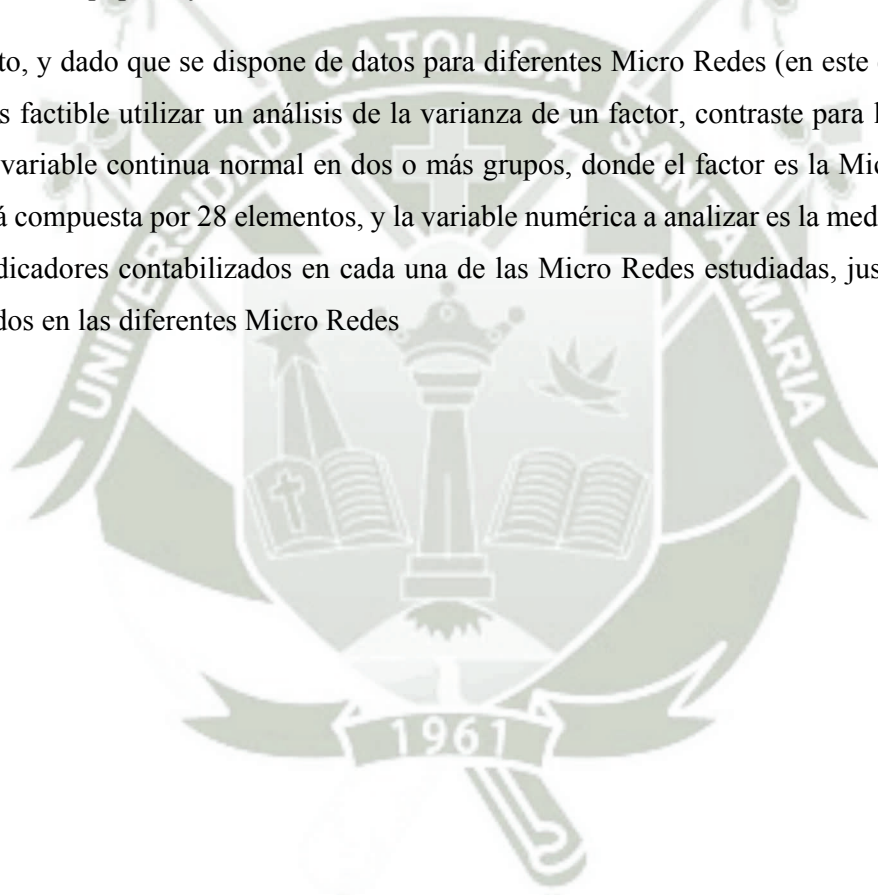
El análisis de varianza de un factor o ANOVA para tres o más muestras independientes, viene a ser una extensión de la prueba t de Student para dos muestras independientes. La lógica del análisis de varianza de un factor es someter a análisis la variabilidad encontrada en cada uno de los factores, y en función de ella, dar una respuesta sobre el supuesto de igualdad de sus medias. Aunque sería posible buscar una respuesta estadística usando la prueba t para dos muestras con cada una de las muestras de interés, el error tipo I sería más alto que con el análisis de varianza, de aquí que sea este preferible. Esta afirmación es extensible a otras pruebas.

Supuestos previos: el ANOVA parte de algunos supuestos o hipótesis que han de cumplirse:

- La variable debe medirse al menos a nivel de intervalo.
- Independencia de las observaciones.
- La distribución de los residuales debe ser normal.
- Homocedasticidad: homogeneidad de las varianzas.

Vamos a contrastar si los Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita en Micro Redes durante el 2014 arrojan diferencias estadísticamente significativas, o sea si los promedios de los indicadores son o no son iguales en Micro Redes de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma.

Por tanto, y dado que se dispone de datos para diferentes Micro Redes (en este caso 2 o más), es factible utilizar un análisis de la varianza de un factor, contraste para la media de una variable continua normal en dos o más grupos, donde el factor es la Micro Red, que está compuesta por 28 elementos, y la variable numérica a analizar es la media de los diez indicadores contabilizados en cada una de las Micro Redes estudiadas, justamente agrupados en las diferentes Micro Redes



#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO  FASES	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Recolección extensiva			X	X								
2. Estructuración de resultados					X	X	X					
3. Informe final								X	X	X		



## ANEXO N° 2

# INDICADORES SIS CÁPITA



## INDICADORES SIS CÁPITA 2014

A continuación presentamos la ficha técnica de los diez Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita, tal como son:

TIPO	INDICADORES CAPITA - 2014
INDICADOR DE PROCESO	1. Porcentaje de niños menores de 1 año con 07 CRED, y suplementados con hierro
	2. Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más
	3. Porcentaje de atendidos en prestaciones de salud bucal
	4. Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria
	5. Porcentaje de atendidos con prestaciones de salud reproductiva
	6. Porcentaje de mujeres tamizadas con PAP
	7. Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental
	8. Porcentaje de escolares de instituciones educativas públicas del ámbito Qaliwarma con tamizaje de PSE
	9. Porcentaje de referencias justificadas
	10. Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP

FICHAS TECNICAS DE LOS INDICADORES SIS CAPITA 2014 DENTRO DEL CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE EL SIS Y EL GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA UNIDAD DE SEGUROS REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIAS DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA (GUÍA TÉCNICA N°001-2014/SIS – V.01)

(Tomado de la “Guía técnica de orientación para la operativización de los Procesos Prestacionales de los convenios Cápita entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales y DISAS.”)

1. PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON 07 CRED, Y SUPLEMENTADOS CON HIERRO

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ACUERDOS DE GESTIÓN</b>	<b>Área Responsable del Procesamiento de la Información:</b>
	Oficina General de Tecnologías de la Información - Seguro Integral de Salud
	<b>Área Responsable Técnico:</b>
	Dirección General de Salud de las Personas-MINSA
Seguro Integral de Salud	

1

<b>Código</b>	<b>Nombre del indicador</b>
	Porcentaje de Niños menores de 1 año con 07 CRED, y suplementados con hierro
Definición del indicador	
<p>Está referido al porcentaje de niñas y niños que han culminado un periodo de 6 meses continuos de suplementación con hierro elemental para prevenir anemia, suplementación que se inicia a los 6 meses de edad y es realizado en el control de crecimiento y desarrollo, por lo que además el niño o niña deberá contar con 7 controles de CRED como mínimo.</p>	

2. Relevancia del Indicador

<b>Propósito</b>
Fortalecer las acciones que contribuyen a disminuir la desnutrición crónica infantil.
<b>Justificación</b>
<p>Siendo la anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 1 año un problema de salud pública importante que afecta el adecuado desarrollo infantil temprano, una de las intervenciones de probada evidencia científica para prevenirla es la suplementación continua durante 6 meses con multimicronutrientes (hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A y vitamina C), cuya administración debe ser acompañada de la respectiva consejería integral, el seguimiento domiciliario y estrategias comunicacionales adecuadas que aseguren la adherencia y culminación del periodo de suplementación, condiciones que se otorgarán a través del control de crecimiento y desarrollo (CRED).</p>

### 3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

<b>Cálculo del Indicador</b>	<b>Numerador</b>
Número de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación y han recibido 2250 de hierro elemental entre los 6 y los 11 meses de edad X 100	Número de niñas y niños asegurados al SIS que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación, y cuentan con mínimo 07 CRED (01 en el primer semestre, y los seis CRED del segundo semestre) y han recibido 2250 mg de hierro elemental entre los 6 y los 11 meses de edad
Total de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación	<b>Denominador</b>
	Total de niñas y niños asegurados al SIS que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación.
<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>
Los controles CRED y la administración de hierro elemental es registrada por lo prestadores en el servicio 001 (CRED) ó 007 (Suplementación de Micronutrientes) en los Formatos de Atención y el aplicativo informático del SIS.	Establecimientos de salud del MINSA (Lima Metropolitana) y Gobiernos Regionales
<b>Niveles de desagregación</b>	<b>Frecuencia de medición</b>
Nacional y Regional	Trimestral y Anual

### 4. Fuente de datos y flujo de la información

#### Fuente de datos

Base de datos del Seguro Integral de Salud -SIASIS

#### Responsable de los datos e información

#### Recopilación de datos

Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARFSIS Y SIASIS). Se incluirán las prestaciones extramurales, siempre y cuando se evidencie la prestación en la historia clínica u otro registro; para esto se incluirán los códigos de prestación 060 - 075, siempre y cuando incluya el código del insumo S0001. Para el registro de los CRED es necesario considerar los códigos CIE 10 específicos de la evaluación nutricional con los 3 diagnósticos que corresponden según la valoración nutricional: En relación a P/T: Cie 10 correspondiente En

relación a T/E: Cie 10 correspondiente En relación al IMC para la edad: Cie 10 correspondiente
<b>Procesamiento de datos</b>
Oficina General de Tecnología de la Información - SIS

<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>
<b>Estándares internacionales o valores de referencia</b>
Según la ENDES correspondiente al año 2012, a nivel nacional, el 19.6% de las niñas y niños de 6 a menos de 36 meses recibieron suplementación de hierro, sin embargo no se cuenta con información sobre el número de niños que termina dicha suplementación.
<b>Valor basal</b>
Periodo de medición Enero a Diciembre 2013. Proyección logarítima del último trimestre.
<b>Referencias Bibliográficas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. WHO. Iron Deficiency Anaemia. Assesment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. WHO/NDH/0.13. Ginebra 2001.</li> <li>2. WHO. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age. Geneva, World Health Organization, 2011.</li> <li>3. Ministerio de Salud. NORMA TECNICA N° 087-MINSA/DGSP-V. 01 "Norma Técnica Sanitaria para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años".</li> <li>4. Ministerio de Salud. DIRECTIVA SANITARIA N° 050-MINSA/DGSP-V. 01 "Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años", que establece la entrega de 01 sobre de micronutrientes por día durante 180 días a partir de los 6 meses hasta los 11 meses de edad, el cual contiene 12.5mg de hierro elemental.</li> </ol>
<b>Comentarios Técnicos</b>
La Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años", que establece la entrega de 01 sobre de micronutrientes (chispitas) por día durante 180 días a partir de los 6 meses hasta los 11 meses de edad, el cual contiene 12.5mg de hierro elemental.
La búsqueda de las atenciones CRED se realiza a nivel nacional. Para el caso de CRED se debe tener 4 controles CRED (de los siete solicitados) en la región de origen y los demás pueden ser en cualquier parte del Perú. En todos los casos para el numerador se considerará solo a las niñas y niños que reciben suplemento de hierro en el servicio CRED (código 001) o en el servicio 007.

2. PORCENTAJE DE MUJERES PARTURIENTAS CON 6 CONTROLES  
PRENATALES O MÁS

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		<b>Área Responsable</b>	
		Seguro Integral de Salud	
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
<b>1</b>			
<b>Código</b>	1.7	<b>Nombre del indicador</b>	
		Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más	
<b>Definición del indicador</b>			
El indicador mide el porcentaje de mujeres que al momento de atenderse el parto tiene mayor o igual de 6 controles prenatales.			
<b>Propósito</b>			
Fortalecer las acciones que contribuyan a la reducción de la morbilidad materno-infantil, propiciando una maternidad saludable.			
<b>Justificación</b>			
En el marco del quinto Objetivo del Milenio propuesto para el año 2015, se promueve la mejora de la salud materna a través del acceso al cuidado prenatal. A través del indicador se pretende fortalecer las acciones que contribuyan a disminuir los factores de riesgo de la mortalidad materna.			
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de gestantes con parto registrado y con 6 controles prenatales o más durante su embarazo}}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de partos registrados, de mujeres afiliadas en la Micro Red}} \times 100$		$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de gestantes con parto registrado en la Micro Red y con 6 controles prenatales o más durante su embarazo a nivel nacional}}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de partos registrados de mujeres afiliadas en la Micro Red (se excluyen parturientas que hayan sido referidas por condición de riesgo al II nivel sin pob. Adscrita)}} \times 100$	
		<b>Denominador</b>	
		$\text{N}^\circ \text{ acumulado de partos registrados de mujeres afiliadas en la Micro Red (se excluyen parturientas que hayan sido referidas por condición de riesgo al II nivel sin pob. Adscrita)}$	

Supuestos	Representatividad
<p>Las gestantes residentes de la Micro Red y que tengan <b>parto en su Micro Red</b> y que tengan mínimo 3 controles en su Micro Red, completando 6 controles <b>a nivel nacional. Se excluirán del indicador a aquellas parturientas que hayan sido referidas al II nivel sin población adscrita, por condiciones de riesgo.</b></p>	<p>En el ámbito de evaluación</p>
<p><b>Frecuencia de medición</b></p>	
<p>Trimestral y anual</p>	



<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>
<b>Fuente de datos</b>
SIASIS
<b>Responsable de los datos e información</b>
<b>Recopilación de datos</b>
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARFSIS Y SIASIS)..
<b>Procesamiento de datos</b>
OGTI - SIS

<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO
<b>Referencias Bibliográficas</b>
Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013.
<b>Comentarios Técnicos</b>
<p>Período de medición Enero a Diciembre 2013 (proyección logarítmica del último trimestre). Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el año 2013.</p> <p>Para el caso de CPN se debe tener 3 CPN (de los seis solicitados) en la Micro Red de origen y los demás pueden ser en cualquier parte del Perú.</p>

### 3. PORCENTAJE DE ATENDIDOS EN PRESTACIONES DE SALUD BUCAL

<b>FICHA DE MATRIZ DE INDICADORES TECNICA DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		<b>Área Responsable</b>	
		Seguro Integral de Salud	
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
<b>Código</b>	I.8	<b>Nombre del indicador</b>	
		Porcentaje de Atendidos en Prestaciones Bucales	
<b>Definición del indicador</b>			
El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de salud bucal en la población asegurada de la Micro Red.			
<b>Propósito</b>			
Fortalecer las acciones de promoción y prevención de salud bucal de la población, siendo la segunda causa de carga enfermedad.			
<b>Justificación</b>			
Mide el acceso de los asegurados a la prestaciones preventivas de salud bucal.			
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de atendidos en Salud Bucal}}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados en la Micro Red}} \times 100$		N° acumulado de atendidos en Salud Bucal consideradas en los códigos prestacionales 020 y 021	
		<b>Denominador</b>	
		N° asegurados a enero 2014 (se mantiene fijo durante el año)	
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>	
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSAs.		Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSAs. Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.	

<b>Frecuencia de medición</b>
Trimestral y anual

<b>Fuente de datos</b>
SIASIS
<b>Responsable de los datos e información</b>
<p><b>Recopilación de datos</b></p> <p>Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.</p> <p><b>Procesamiento de datos</b></p> <p>OGTI - SIS</p>

Continuación de valores y referencias adicionales

Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO

**Referencias Bibliográficas**

**Comentarios Técnicos**

Período de medición Enero a Diciembre 2013 (Proyección logarítmica del último trimestre). Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el año 2013. Se consideran los asegurados atendidos con las prestaciones de los servicios 020 y 021. Se considera toda la población asegurada de la Micro Red.

#### 4. PORCENTAJE DE ATENDIDOS CON PROFILAXIS ANTIPARASITARIA

<b>FICHA MATRIZ DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>	<b>TECNICA INDICADORES</b>	<b>Área Responsable</b>
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

1

Codigo	I.9	<b>Nombre del indicador</b>
		Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria

<b>Definición del indicador</b>
El indicador mide el acceso de los asegurados de 2 - 14 años a prestaciones preventivas de profilaxis antiparasitaria en la población asegurada de la Micro Red.

<b>Propósito</b>
Fortalecer las acciones para la reducción de la desnutrición crónica infantil.
<b>Justificación</b>
Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de profilaxis antiparasitaria, en el marco del plan de reducción de la desnutrición crónica infantil.

<b>Cálculo del Indicador</b>  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{acumulado de atendidos en Profilaxis Antiparasitaria}}{\text{N}^{\circ} \text{de asegurados de 2 a 14 años de la Micro Red}}$	<b>Numerador</b>
	N° acumulado de atendidos de 2 - 14 años en Profilaxis Antiparasitaria
	<b>Denominador</b>
	N° asegurados de 2 - 14 años para Enero 2014 (se mantiene fijo durante el año)
<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>
No se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.	En el ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>	
Trimestral y anual	

<b>Fuente de datos</b>
SIASIS
<b>Responsable de los datos e información</b>
Recopilación de datos

Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes. Se incluirán las prestaciones extramurales, siempre y cuando se evidencie la prestación en la historia clínica u otro registro; para esto se incluirán los códigos de prestación 060 - 075, siempre y cuando incluya la provisión de los siguientes antihelmínticos: albendazol y/o mebendazol.

**Procesamiento de datos**

OGTI

Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO

**Comentarios Técnicos**

Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia los atendidos con prestaciones realizadas en el periodo del año 2013. Período de medición Enero a Diciembre 2013 (Proyección logarítmica del último trimestre). Solo se consideró población asegurada de 2 a 14 años.



5. PORCENTAJE DE ATENDIDOS CON PRESTACIONES DE SALUD REPRODUCTIVA

<b>FICHA DE MATRIZ DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		<b>TECNICA INDICADORES</b>		<b>Área Responsable</b>
				Seguro Integral de Salud
				Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
Código	I.10	Nombre del indicador		
		Porcentaje de Atendidos con Prestaciones de Salud Reproductiva		
Definición del indicador				
El indicador mide el acceso de los asegurados de 12 - 60 años de la Micro Red, a prestaciones preventivas de Salud Sexual y Reproductiva.				
Propósito				
Fortalecer las acciones de Salud Sexual y Reproductiva en la población asegurada al SIS.				
Justificación				
En el marco del quinto Objetivo del Milenio propuesto para el año 2015, se promueve el acceso a la Planificación Familiar y al uso de métodos anticonceptivos.				

Metodología de estimación del indicador

<b>Cálculo del Indicador</b>	<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de atendidos en Salud Reproductiva} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados entre 12 y 60 años de la Micro Red.}}$	N° acumulado de atendidos en Salud Reproductiva (incluye hombres y mujeres)
	<b>Denominador</b>
	N° asegurados a enero 2014 (se mantiene fijo durante el año)
<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSa. Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.	En el ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>	
Trimestral y anual	

<b>Fuente de datos</b>
SIASIS
<b>Responsable de los datos e información</b>
Recopilación de datos

Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes. El código prestacional es el 018, incluyendo la consejería de salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres.

**Procesamiento de datos**

OGTI

Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO

**Referencias Bibliográficas**

Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013.

**Comentarios Técnicos**

Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia los atendidos con prestaciones en salud sexual y reproductiva realizadas en el año 2013 (con proyección logarítmica del último trimestre). Se consideró población asegurada de ambos sexos de 12 a 60 años.



6. PORCENTAJE DE MUJERES TAMIZADAS CON PAP

<b>FICHA MATRIZ DE ACUERDOS DE GESTIÓN</b>	<b>TECNICA INDICADORES</b>	<b>Área Responsable</b>
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

1

Código	Nombre del indicador
	Porcentaje de mujeres tamizadas con PAP
Definición del indicador	
Mide el porcentaje de mujeres entre 25 a 64 años (mujeres objetivo) que se han realizado el examen de Papanicolaou (PAP).	

<b>Propósito</b>
Fortalecer las acciones que contribuyan a realizar la detección temprana del Ca cérvix, en el marco del Plan Esperanza.
<b>Justificación</b>
En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más notificada y la citología por Papanicolaou constituye una de las estrategias de tamizaje poblacional más difundidas en la población y permite captar los casos de cáncer en etapas tempranas; su difusión y práctica a nivel global es un indicador importante del proceso destinado a disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Perú. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años. Por ello el objetivo es lograr incrementar el número de mujeres tamizadas con PAP sobre el total de mujeres de 25 a 64 años de un territorio determinado con la finalidad de obtener impacto en la cobertura poblacional. Es necesario medir este indicador a nivel nacional, regional y local.

<b>Cálculo del Indicador</b>	<b>Numerador</b>
N° acumulado de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al SIS, que se realizaron el examen de PAP X100	N° acumulado de mujeres entre 25 a 64 años que se realizaron PAP
	<b>Denominador</b>
N° total de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al SIS	N° Total de mujeres entre 25 a 64 años que son aseguradas al SIS (el denominador se mantiene fijo durante el año)
<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>

Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.	En su ámbito de evaluación (regional)
<b>Niveles de desagregación</b>  Nacional y Regional.	<b>Frecuencia de medición</b>  Trimestral y anual

<b>Fuente de datos</b>  SIASIS
<b>Responsable de los datos e información</b>  <b>Recopilación de datos</b>  Establecimientos de salud que realizan la atención de PAP de sus aseguradas al SIS, de 25 - 64 años.  <b>Procesamiento de datos</b>  OGTI - SIS

<b>Estándares internacionales o valores de referencia</b>  La OMS establece que para lograr una reducción de al menos un 42% en la tasa acumulada de cáncer de cuello uterino en un país se debe lograr una cobertura de 80% en las mujeres que tuvieron al menos un PAP cada 10 años, se obtienen mayor reducción de la tasa si el PAP es bianual en 61%, trianual 60% y cada 5 años en un 55%. Por lo tanto la meta de cobertura es de llegar a un 80% de manera acumulativa. De tal manera que el lograr al menos un 20% anual, de manera acumulativa puede lograr una mejora ostensible de la cobertura de PAP y reducir la tasa de cáncer de cuello uterino
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO
<b>Referencias Bibliográficas</b>  1. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RDN Engl J Med. 1998 Feb 12;338(7):423-8. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. 2. Moscicki AB, Shiboski S, Broering J, Powell K, Clayton L, Jay N, Darragh TM, Brescia R, Kanowitz S, Miller SB, Stone J, Hanson E, Palefsky J. SourceDepartment of Pediatrics, University of California, San Francisco, USA. The natural history of human papillomavirus infection as measured by repeated DNA testing in adolescent and young women. J Pediatr. 1998 Feb;132(2):277-84. 3. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Moyer AV, LeFevre ML, Siu AL, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Flores G, Cantu AG, Grossman DC, Melnikow J, Nicholson WK, Reyes C, Wilt TJ, Isham GJ, Leipzig RM, Melnyk B, Sawaya GF, Sanford Schwartz J. SourceU.S. Preventive Services Task Force, Rockville, Maryland, USA. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2012 Jun 19;156(12):880-91, W312. doi: 10.7326/0003-4819-156-12-201206190-00424. 4. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, et al, eds. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2008. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2011. Accessed at <a href="http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/">seer.cancer.gov/csr/1975_2008/</a> on 11 October 2011.) 5. Insinga RP, Glass AG, Rush BB. Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: a population-based study. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191:105-13. 6. Peto J, Gilham C, Deacon J, Taylor C, Evans C, Binns W, et al. Cervical HPV infection and neoplasia in a large population-based prospective study: the Manchester cohort. Br J Cancer. 2004; 91:942-53.) 7. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention

- and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012.
8. Sasieni P, Castanon A. Call and recall cervical screening programme: screening interval and age limits. *Curr Diagn Pathol.* 2006; 12:114-26.
  9. Janerich DT, Hadjimichael O, Schwartz PE, Lowell DM, Meigs JW, Merino MJ, et al. The screening histories of women with invasive cervical cancer, Connecticut. *Am J Public Health.* 1995; 85:791-4.
  10. Kulasingam SL, Havrilesky LJ, Ghebre R, Myers ER. Minnesota. Screening for cervical cancer: a modeling study for the US Preventive Services Task Force. *J Low Genit Tract Dis.* 2013 Apr;17(2):193-202. doi: 0.1097/LGT.0b013e3182616241.
  11. Kulasingam SL, Havrilesky L, Ghebre R, Myers ER. Screening for cervical cancer: a decision analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ Publication No. 11-05157-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
  12. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Burda BU, Senger CA, Lutz K. Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011; 155:698-705, W216.
  13. Fahs MC, Mandelblatt J, Schechter C, Muller C. Cost effectiveness of cervical cancer screening for the elderly. *Ann Intern Med.* 1992; 117:520-7.)
  14. Macgregor JE, Moss S, Parkin DM, Day NE. Cervical cancer screening in northeast Scotland. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. Screening for cancer of the uterine cervix. IARC scientific publication number 76. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1986:25-36.)
  15. Celentano DD, Klassen AC, Weisman CS, Rosenshein NB. Duration of relative protection of screening for cervical cancer. *Prev Med.* 1989;18:411-22.
  16. Clarke EA, Hilditch S, Anderson TW. Optimal frequency of screening for cervical cancer: A Toronto case-control study. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. Screening for cancer of the uterine cervix. IARC scientific publication number 76. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1986:125-31
  17. Geirsson G, Kristiansdottir R, Sigurdsson K, Moss S, Tulinius H. Cervical cancer screening in Iceland: A case-control study. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. Screening for cancer of the uterine cervix. IARC scientific publication number 76. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1986:37-41.
  18. Raymond L, Obradovic M, Riotton G. Additional results on relative protection of cervical cancer screening according to stage of tumors from the Geneva case-control study. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. Screening for cancer of the uterine cervix. IARC scientific publication number 76. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1986:107-10.
  19. La Vecchia C, Franceschi S, Decarli A, Fasoli M, Gentile A, Tognoni G. "Pap" smear and the risk of cervical neoplasia: Quantitative estimates from a case-control study. *Lancet.* 1984;2:779-82.
  20. Klassen AC, Celentano DD, Brookmeyer R. Variation in the duration of protection given by screening using the Pap test for cervical cancer. *J Clin Epidemiol.* 1989;42:1003-11.
  21. Berrino F, Gatta G, D'Alto M, Crosignani P, Riboli E. Efficacy of screening in preventing invasive cervical cancer: A case-control study in Milan, Italy. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. Screening for cancer of the uterine cervix. IARC scientific publication number 76. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1986:111-23.
  22. Olesen F. A case-control study of cervical cytology before diagnosis of cervical cancer in Denmark. *Int J Epidemiol.* 1988;17:501-8.
  23. Sato S, Makino H, Yajima A, Fukao A. Cervical cancer screening in Japan: A case-control study. *Acta Cytol.* 1997; 41:1103-6.
  24. Makino H, Sato S, Yajima A, Komatsu S, Fukao A. Evaluation of the effectiveness of cervical cancer screening: A case-control study in Miyagi, Japan. *Tohoku J Exp Med.* 1995;175:171-8.
  25. Virginia A. Moyer, MD, MPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Cervical Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2012;156(12):880-891. doi:10.7326/0003-4819-156-12-201206190-00424
  26. Rijkaart DC, Berkhof J, Rozendaal L, van Kemenade FJ, Bulkman NW, Heideman DA, et al. Human papillomavirus testing for the detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and cancer: final results of the POBASCAM randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2012; 13:78-88.
  27. ACOG Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin no. 109: Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol.* 2009; 114:1409-20.
  28. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, Garcia FA, Moriarty AT, Waxman AG, Wilbur DC, Wentzensen N, Downs LS Jr, Spitzer M, Moscicki AB, Franco EL, Stoler MH, Schiffman M, Castle PE, Myers ER: ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012 May-Jun;62(3):147-72. doi: 10.3322/caac.21139. Epub 2012 Mar 14.
  29. Moyer VA: U.S. Preventive Services Task Force. Moyer AV, LeFevre ML, Siu AL, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Flores G, Cantu AG, Grossman DC, Melnikow J, Nicholson WK, Reyes C, Wilt TJ, Isham GJ, Leipzig RM, Melnyk B, Sawaya GF, Sanford Schwartz J. Source U.S. Preventive Services Task Force, Rockville, Maryland, USA. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012 Jun 19;156(12):880-91, W312. doi:

10.7326/0003-4819-156-12-201206190-00424.

30. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2013 May; 24:2(1):35.
31. Datta SD, Koutsky LA, Ratelle S, Unger ER, Shlay J, McClain T, et al. Human papillomavirus infection and cervical cytology in women screened for cervical cancer in the United States, 2003-2005. *Ann Intern Med*. 2008; 148:493-500.
32. Castle PE, Fetterman B, Poitras N, Lorey T, Shaber R, Kinney W. Five-year experience of human papillomavirus DNA and Papanicolaou test cotesting. *Obstet Gynecol*. 2009; 113:595-600.
33. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2013 Jan 4;61(51-52):1038-42. Cervical cancer screening among women aged 18-30 years - United States, 2000-2010. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
34. Zappa M, Visioli CB, Ciatto S, Iossa A, Paci E, Sasieni P: Lower protection of cytological screening for adenocarcinomas and shorter protection for younger women: the results of a case-control study in Florence. *Br J Cancer* 2004,90:1784-1786.
35. Hoffman M, Cooper D, Carrara H, Rosenberg L, Kelly J, Stander I, Williamson AL, Denny L, du Toit G, Shapiro S: Limited Pap screening associated with reduced risk of cervical cancer in South Africa. *Int J Epidemiol* 2003, 32:573-577.
36. Kasinpila C, Promthet S, Vatanasapt P, Sasieni P, Parkin DM: Evaluation of the nationwide cervical screening programme in Thailand: a case-control study. *J Med Screen* 2011, 18:147-153.
37. Herbert A, Stein K, Bryant TN, Breen C, Old P: Relation between the incidence of invasive cervical cancer and the screening interval: is a five year interval too long? *J Med Screen* 1996, 3:140-145.

#### Comentarios Técnicos

Las prestaciones de tamizaje con PAP podrán ser pasibles de evaluación por PCPP, por lo que el registro del resultado deberá constar en la historia clínica obligatoriamente, en un tiempo determinado.



7. PORCENTAJE DE TAMIZADOS EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

<b>FICHA MATRIZ DE ACUERDOS DE GESTIÓN</b>		<b>TECNICA DE INDICADORES</b>		<b>Área Responsable</b>	
				Seguro Integral de Salud	
				Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
<b>1</b>					
<b>Código</b>		<b>Nombre del indicador</b>			
		Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental			
<b>Definición del indicador</b>					
El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de Tamizaje de Salud Mental en la población asegurada de la Micro Red.					
<b>Propósito</b>					
Fortalecer las acciones para contribuir al cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental.					
<b>Justificación</b>					
En el Perú, la principal causa de carga de enfermedad lo constituyen las enfermedades No Transmisibles (60.1%), y dentro de ellas la categoría de enfermedades neuropsiquiátricas (17.9% de los AVISA). Dentro de esta categoría destacan las dos subcategorías más prevalentes: Depresión unipolar que es más frecuente en mujeres (13.7 x 1000 habitantes), y el Abuso de Alcohol que es más frecuente en hombres (16.3 x 1000 habitantes). Por lo que se hace importante la realización de prestaciones preventivas de tamizaje de salud mental					
<b>Cálculo del Indicador</b>				<b>Numerador</b>	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de tamizados en problemas de Salud Mental} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados en la Micro Red}}$				N° acumulado de tamizados en problemas de Salud Mental	
				<b>Denominador</b>	
				N° asegurados a Enero 2014 (toda la población asegurada; denominado se mantiene fijo durante el año)	
<b>Supuestos</b>				<b>Representatividad</b>	
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera también a los EESS de II nivel de				En su ámbito de evaluación (regional)	

<b>FICHA MATRIZ DE ACUERDOS DE GESTIÓN</b>		<b>TECNICA DE INDICADORES</b>		<b>Área Responsable</b>	
				Seguro Integral de Salud	
				Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
<b>1</b>					
<b>Código</b>		<b>Nombre del indicador</b>			
		Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental			
atención con población adscrita que han sido considerados dentro de la cápita.					
<b>Niveles de desagregación</b>				<b>Frecuencia de medición</b>	
Nacional y Regional.				Trimestral y anual	
<b>Fuente de datos</b>					
SIASIS					

**Responsable de los datos e información**

**Recopilación de datos**

Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes, con los siguientes códigos CIE 10: Examen de pesquisa especial para transtornos mentales y del comportamiento (Z13.3), y de ser positivo, cualquiera de los siguientes; Transtorno mental no especificado (F99.X); Episodio depresivo no especificado (F32.9), Transtorno de ansiedad no especificado (F41.9), Problemas relacionados al uso de alcohol (Z72.1).

**Procesamiento de datos**

OGTI - SIS

**Estándares internacionales o valores de referencia**

<b>FICHA MATRIZ DE ACUERDOS DE GESTIÓN</b>		<b>TECNICA DE INDICADORES</b>		<b>Área Responsable</b>	
				Seguro Integral de Salud	
				Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
<b>1</b>					
<b>Código</b>		<b>Nombre del indicador</b>			
		Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental			
En un estudio realizado por la OMS sobre trastornos mentales en América Latina y el Caribe, se identificó como principales causas de morbilidad mental a Abuso de Dependencia de Alcohol, Depresión Mayor y Trastornos de Ansiedad, respectivamente. Sin embargo, existe una gran brecha de tratamiento para estas patologías, es decir, existe un porcentaje de personas con trastornos mentales que no reciben tratamiento alguno; en los casos de las enfermedades mencionadas, las brechas de tratamiento son 71.4% y 58.9% y 63.1%, respectivamente.					
<b>Valor basal</b>					
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO					
<b>Referencias Bibliográficas</b>					
1. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú - 2004. Dirección General de Epidemiología. 2. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Ciudad de Abancay 2010. Informe General. Anales de Salud Mental, suplemento 1, volumen XXVII, año 2011. 3. WHO-AIMS: informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Organización Mundial de la Salud, año 2013.					
<b>Comentarios Técnicos</b>					
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia los atendidos durante el año 2013 (proyección logarítmica del último trimestre). Se aceptará Tamizaje de Salud Mental realizado por personal de salud con competencias.					

8. PORCENTAJE DE ESCOLARES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DEL ÁMBITO QALIWARMA CON TAMIZAJE DE PLAN DE SALUD ESCOLAR

<b>FICHA TECNICA</b> <b>MATRIZ DE INDICADORES</b> <b>ASEGURAMIENTO UNIVERSAL</b> <b>EN SALUD</b>		<b>Área Responsable</b>
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>Código</b>	I.5	<b>Nombre del indicador</b>
		Porcentaje de escolares de instituciones educativas públicas del ámbito Qaliwarma con tamizaje de PSE
<b>Definición del indicador</b>		
Este indicador mide el acceso de los escolares al Plan de Salud Escolar		
<b>Propósito</b>		
En el marco del Plan Escolar de Salud, esta actividad se destina a detectar oportunamente los riesgos y daños relacionados con el proceso de aprendizaje, mediante tamizaje regular y periódico en los escolares de nivel inicial y primario de las instituciones educativas del ámbito Qaliwarma y el tratamiento precoz en establecimientos de salud.		
<b>Justificación</b>		
En el marco del Plan Escolar de Salud, esta actividad se destina a detectar oportunamente los riesgos y daños relacionados con el proceso de aprendizaje, mediante tamizaje a los escolares del nivel inicial y primario en las instituciones educativas ámbito Qaliwarma.		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
N° de escolares del nivel inicial y primaria del ámbito Qaliwarma <u>tamizados con PSE x 100</u>		Número de escolares atendidos en el marco del Plan de Salud Escolar 2014 que accedieron al tamizaje de peso, talla, dosaje de hemoglobina (este último, sólo si tuviera consentimiento informado firmado por padre de familia) y agudeza visual (nivel primaria) X 100. En ámbitos pilotos también incluye salud bucal (*).
		<b>Denominador</b>

Total de escolares matriculados del nivel inicial y primaria de instituciones educativas del ámbito Qaliwarma, afiliados al régimen subsidiado del SIS	Total de niños del nivel inicial y primaria de instituciones educativas del ámbito Qaliwarma, matriculados en la institución educativa en año escolar 2014, y que sean afiliados al SIS.
<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>
Que no se modifique el PSE normativamente.	A nivel regional
<b>Frecuencia de medición</b>	
Anual. Ésta será evaluada en el tercer trimestre.	

<b>Fuente de datos</b>
SIASIS
<b>Responsable de los datos e información</b>
<p><b>Recopilación de datos</b></p> <p>Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran las prestaciones SO2 en los aplicativos informáticos (SIASIS).</p> <p><b>Procesamiento de datos</b></p> <p>OGTI – SIS</p>

Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO
<b>Referencias Bibliográficas</b>
DS N° 010-2013-SA que aprueba el Plan de Salud Escolar 2013 - 2016 con cargo al Presupuesto Institucional del Ministerio de Salud, del Seguro integral de Salud y de los demás pliegos involucrados.
<b>Comentarios Técnicos</b>
Se deberá consignar el diagnóstico nutricional en el FUA de cada escolar, para el cual se aplicará reglas de consistencia. Para el cálculo del denominador se ha tomado en cuenta la relación de escolares remitida por MINEDU (escolares matriculados en instituciones educativas del ámbito Qaliwarma), validada con RENIEC, asegurados al régimen subsidiado del SIS.

(\*) Los ámbitos pilotos de la prestación Salud bucal son: DISA V Lima Ciudad, DISA IV Lima Este, DISA II Lima Sur, Callao, La Libertad, Apurímac y Loreto.



9. PORCENTAJE DE REFERENCIAS JUSTIFICADAS

<b>FICHA DE MATRIZ TECNICA DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		<b>Área Responsable</b>
		Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>Código</b>	I.11	<b>Nombre del indicador</b>
		Porcentaje de referencias justificadas
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide el porcentaje de las referencias que son justificadas.		
<b>Propósito</b>		
Promover que las atenciones se realicen en los establecimientos de salud de acuerdo a su capacidad resolutive.		
<b>Justificación</b>		
Mide indirectamente el grado de capacidad resolutive del establecimiento de salud.		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de referencias justificadas emitidas desde el Primer nivel de atención a otros niveles}}{\text{N}^\circ \text{ de referencias evaluadas del I nivel}} \times 100$		N° de Referencias justificadas emitidas desde el I nivel de atención a otros niveles
		<b>Denominador</b>
		N° de referencias evaluadas del I nivel
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
La GREP tomará la muestra de prestaciones referidas por todas las causas, desde EESS del I nivel, dentro de la vigencia del convenio.		En el ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
La medición se realizará únicamente en el tercer trimestre.		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		

**Responsable de los datos e información**

**Recopilación de datos**

Establecimientos de salud del I nivel que realizan la referencia de sus pacientes asegurados al SIS, hacia EESS de otros niveles. Se incluirán las referencias emitidas por todas las causas.

**Procesamiento de datos**

OGTI. Valor basal: Se han considerado las Referencias evaluadas en el período de medición Enero a Setiembre 2013.

Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO

**Comentarios Técnicos**

Se considerará Referencia Justificada a aquella que no pueda ser resuelta en el establecimiento de salud de origen porque su capacidad resolutive no se lo permite.



10. PORCENTAJE DE PRESTACIONES RECHAZADAS POR PCPP

<b>FICHA DE TECNICA DE INDICADORES</b> <b>MATRIZ DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		<b>Área Responsable</b>	
		Seguro Integral de Salud	
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
<b>Codigo</b>	I.13	<b>Nombre del indicador</b>	
		Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	
<b>Definición del indicador</b>			
Mide el porcentaje prestaciones rechazadas por evaluación PCPP			
<b>Propósito</b>			
Contribuir a mejorar la calidad de registro de las prestaciones, en el FUA.			
<b>Justificación</b>			
Al ser una IAFAS, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la prestación.			
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>	
N° acumulado de prestaciones rechazadas por PCPP hasta el trimestre de evaluación X100		N° acumulado de prestaciones rechazadas por PCPP hasta el trimestre de evaluación	
N° acumulado de prestaciones evaluadas por PCPP		<b>Denominador</b>	
		N° acumulado de prestaciones evaluadas por PCPP.	
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>	
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita. Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por le MINSA en relación a prestaciones de salud. si tiene la capacidad resolutive para proveerlo. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo informático del SIS, SIASIS.		En su ámbito de evaluación	
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>	
Regional y establecimiento de salud.		Trimestral y anual.	
<b>Fuente de datos</b>			

SIASIS

**Responsable de los datos e información**

**Recopilación de datos**

Módulo de PCPP.

**Procesamiento de datos**

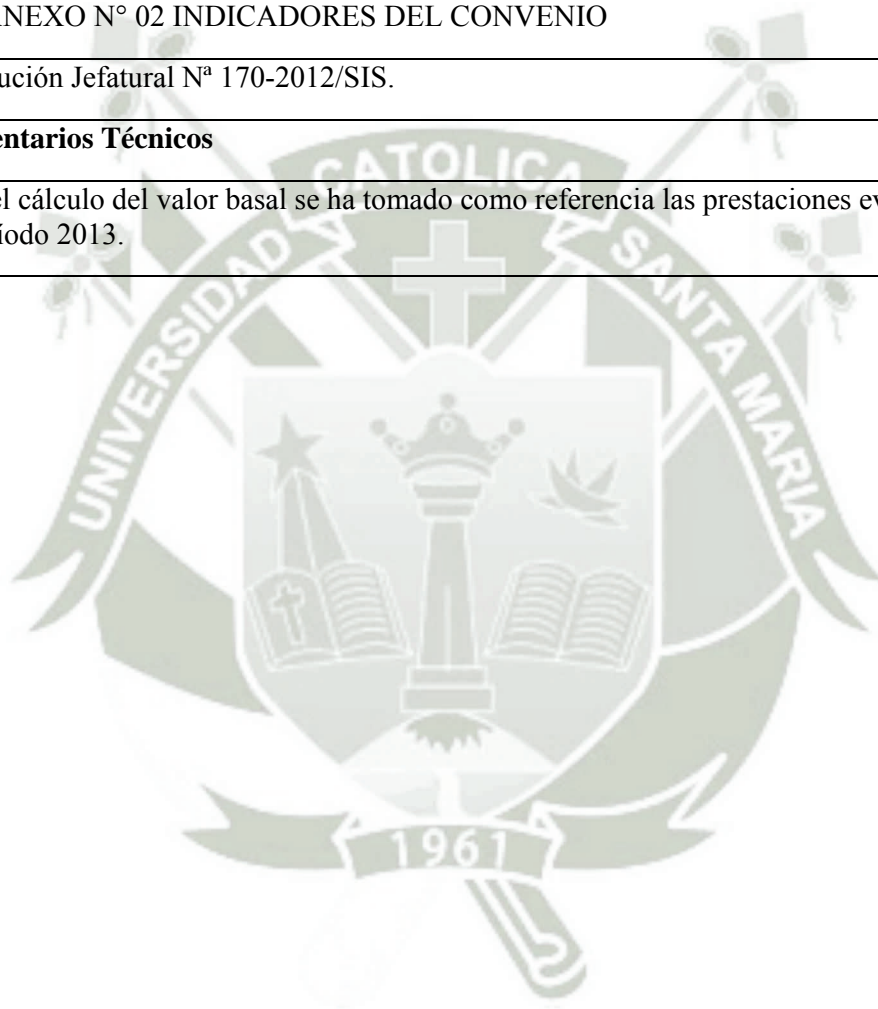
OGTI – SIS

Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO

Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS.

**Comentarios Técnicos**

Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones evaluadas en el período 2013.



## ANEXO N° 3

# MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN



Indicadores de Monitoreo Prestacionales SIS Cápita Micro Redes Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma

Nº	MICRO RED	Población Beneficiarios	1/: Quintiles ponderados por limitación en el cumplimiento, donde el 1=Más limitado y el 5=Menos limitado	2/: Quintiles ponderados por la población, donde el 1=Más pobre y el 5=Menos pobre	1 CRED	2 CPN	3 PREST BUC	4 PROF ANTI	5 PREST SR	6 CACU	7 SALUD MENTAL	8 PSE QALIWAR MA	9 REF	10 PREST RECH PCPP
1	15 DE AGOSTO	9067	5	4	10,3	59,94	370,1	619,96	197,88	168,32	208,38			18,75
2	ALTO SELVA ALEGRE	16361	4	5	2,72	61,97	209,89	203,62	99,75	82,1	113,55			45
3	AMPLIACION PAUCARPATA	10732	2	4	7,95	54,59	123,88	48,94	114,07	103,94	49,52			20,11
4	BUENOS AIRES DE	8777	3	4	7,21	60,32	265,26	257,45	124,06	61,76	63,5			20
5	CABANACONDE	3261	1	2	0	53,52	96,26	242,53	165,64	54,07	224,1			31,67
6	CALLALLI	4077	1	2	0	51,59	107,51	211,71	122,77	67,79	75,55			0
7	CAYLLOMA	6489	1	1	0	23,61	38,39	78,09	60,67	18,79	14,46			0
8	CERRO COLORADO	3539	5	4	1,81	78,68	302,29	294,08	263,93	220,73	96,92			8,33
9	CHARACATO	7037	3	3	1,35	63,04	87,08	198,24	143,75	96,21	65,08			20,24
10	CHIGUATA	2138	5	3	6,13	66,2	270,58	244,96	204,25	126,54	130,03			0
11	CHIVAY	7182	4	2	3,35	40,61	200,26	355,23	133,7	80,16	118,6			31,67
12	CIUDAD BLANCA	14336	3	4	1,72	66,59	131,18	164,07	138,36	87,66	89,24			20
13	CIUDAD DE DIOS	11085	3	4	2,54	68,5	194,45	192,22	148,11	86,14	104,01			52,44
14	EDIFICADORES MISTI	10758	5	5	6,25	74,86	425,02	378,98	358,75	193,98	375,72			16,67
15	EL PEDREGAL	15878	4	2	3,19	36,23	183,03	101,09	132,66	66,42	126,65			25
16	FRANCISCO BOLOGNESI	10634	3	4	2,58	58,22	107,67	261,38	100,93	83,97	41,21			21,67
17	GRLMO. SAN MARTIN	6909	3	5	2,28	62,7	202,19	127,28	133,13	101,6	79,9			0
18	HUNTER	11651	5	5	2,68	64,52	255,57	264,04	184,28	143,83	123,09			24,52
19	LA JOYA	5038	3	2	3,85	52,71	140,95	125,66	131,79	99,6	60,5			47,12
20	MARIANO MELGAR	5457	2	5	1,31	61,69	182,32	165,66	109,27	52,92	58,66			41,57
21	MARISCAL CASTILLA	8588	1	4	4,54	69,85	104,59	87,19	129,08	111,84	26,19			0
22	MARITZA CAMPOS DIAZ	23813	2	4	3,51	55,93	124,42	145,21	111,58	87,38	47,96			46,48
23	SAN ISIDRO	4135	1	2	0,34	67,04	125,56	24,56	174,84	168,16	37,94			0
24	SAN MARTIN DE SOCABAYA	14888	2	4	0,17	57,35	226,3	156,3	128,9	77,3	86,92			13,76
25	TIABAYA	6426	1	3	0,98	29,42	79,91	58,62	80,64	32,81	24,51			57,82
26	VICTOR RAUL HINOJOZA	11042	3	5	4,83	61,81	150,14	54,86	90,85	103,88	40,62			20,53
27	VITOR	2977	5	2	0,43	69,85	154,65	163,57	191,45	201,79	237,55			0
28	YANAHUARA	6431	1	5	0,49	37,7	105,6	106,23	86,68	49,29	41,77			28,19
	Total				3,4	58,72	180,73	167,57	138,74	96,78	95,83			27,96

## ANEXO N° 4



# ANÁLISIS DE DATOS

## PRUEBA DE HIPÓTESIS

Diferencia entre dos o más grupos: Análisis de la varianza

Prueba paramétrica ANOVA I

Los modelos de ANOVA (ANalysis Of VAriance) son técnicas de Análisis Multivariante de dependencia, que se utilizan para analizar datos procedentes de diseños con una o más variables independientes cualitativas (medidas en escalas nominales u ordinales) y una variable dependiente cuantitativa (medida con una escala de intervalo o de razón). En este contexto, las variables independientes se suelen denominar factores (y sus diferentes estados posibles o valores son niveles o tratamientos) y la variable dependiente se conoce como respuesta. Los modelos ANOVA permiten, básicamente, comparar los valores medios que toma la variable dependiente en  $J$  poblaciones en las que los niveles de factores son distintos, con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas según dichos niveles o si, por el contrario, la respuesta en cada población es independiente de los niveles de factores. Se trata, por tanto, de un contraste paramétrico que extiende al caso de  $J$  poblaciones el contraste de la igualdad de medias entre dos poblaciones independientes.

En el caso de que necesitemos analizar la influencia de una variable categórica nominal, conocida como factor (Micro Red), sobre una variable métrica (determinar si los indicadores SIS Cápita producen resultados estadísticamente diferentes) podemos recurrir al análisis de la varianza, también conocido como ANOVA (si existe un solo factor se denomina ANOVA I, con dos factores ANOVA II, y en general, con  $n$  factores, ANOVA  $n$ ). En este análisis bivalente corresponde estudiar ANOVA I si el factor (Micro Red) tomara sólo dos

valores (Micro Red A y Micro Red B) podríamos realizar una prueba de comparación de medias. Como el factor tomará más de dos valores (10 Indicadores) descartamos la prueba de comparación de medias y utilizaremos el análisis de la varianza.

Para llevar a cabo ANOVA es necesario que la variable métrica cumpla con requisitos paramétricos. Sin embargo, mientras el incumplimiento de la normalidad de la variable tiene un efecto reducido en la validez de la prueba, la diferente varianza de los grupos (heterocedasticidad) sí puede afectar a dicha validez. Por tanto, se debe probar esta igualdad de la varianza (prueba de Hartley y Barlett Chi-cuadrado).

En la práctica, las conclusiones del análisis de la varianza siguiendo una prueba paramétrica o una prueba no paramétrica son, en la mayoría de los casos, las mismas. Para el análisis de la varianza utilizaremos los datos reales recogidos en los instrumentos. En esta base de datos podemos encontrar la variable independiente INDICADORES distribuida en las diferentes MICRO REDES.

Queremos estudiar si existe o no relación entre la cantidad resultante de los indicadores y la Micro Red que se evalúa. En este caso, el indicador SIS Cápita es la variable dependiente, la que queremos explicar, mientras Micro Red es la variable de grupo o factor. No confundir el número de factores con el número de categorías del factor. En este caso tenemos un único factor (variable Micro Red) con 28 categorías (hay 28 micro redes).

Tabla del ANOVA:

F.V.	S.C.	g.l.	M.C.	Estadístico de contraste
Entre niveles	$SC_{inter}$	$I-1$	$MC_{inter} = \frac{SC_{inter}}{I-1}$	$F = \frac{MC_{inter}}{MC_{intra}}$
Dentro de los niveles	$SC_{intra}$	$N-I$	$MC_{intra} = \frac{SC_{intra}}{N-I}$	
Total	$SC_{total}$	$N-1$		

F se distribuye según una F de Snedecor con (I-1) y (N-I) g.l.

ANÁLISIS DE VARIANZA

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	409419,82	27	15163,6969	1,96491921	0,004733509	1,5428122
Dentro de los grupos	1512573,4	196	7717,21139			
Total	1921993,2	223				

La columna SS indica la suma de las desviaciones al cuadrado de la media de cada grupo respecto a la media total (SS entre grupos) y las desviaciones al cuadrado de cada dato respecto a la media de su grupo (SS Dentro de los grupos). El estadístico F se calcula como sigue:  $F = (SS \text{ Dentro de los grupos} / GL) / (SS \text{ entre grupos} / GL) = (1512573,4 / 27) / (409419,82 / 196) = 21,71$  o lo que es lo mismo,  $F = MS \text{ entre grupos} / MS \text{ Dentro de los grupos} = 15163,6969 / 7717,21139 = 1,96491921$ .

La probabilidad de obtener un valor mayor que 1,96491921 en una distribución F con estos grados de libertad es de 0,004733509, por lo que rechazamos la hipótesis nula de no efecto de la variable de grupo sobre la variable dependiente, o lo que es equivalente, aceptamos que la Micro Red sí influye en los Indicadores de Monitoreo

Prestacionales del Seguro Integral de Salud - Cápita (SIS Cápita) en Micro Redes  
de la Red de Salud Periférica Arequipa Caylloma en el año 2014.

