



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR EL SEGURO INTEGRAL DE
SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS TRANSFERENCIAS FINANCIERAS Y SU
EJECUCIÓN POR PARTE DE LOS HOSPITALES NACIONALES E
INSTITUTOS ESPECIALIZADOS, LIMA – PERU, 2009-2017”**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN GESTIÓN Y CONDUCCIÓN EN SALUD**

AUTOR:

SAÚL ESPINOZA RIVERA

ASESOR:

DR. GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY

JURADO:

DR. ELIAS MELITON ARCE RODRIGUEZ

DR. JOSE LUIS LA ROSA BOTONERO

DR. JOSÉ TAMAYO CALDERÓN

LIMA - PERÚ

2019

Título

“Estrategias implementadas por el Seguro Integral de Salud y su influencia en las Transferencias Financieras y su Ejecución por parte de los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, Lima – Perú, 2009-2017”.

“Strategies implemented by Comprehensive Health Insurance and its influence on Financial Transfers and Execution by National Hospitals and Specialized Institutes, Lima - Peru, 2009-2017”.

Autor

SAÚL ESPINOZA RIVERA

Médico-Cirujano, Especialista en Cirugía General,

Seguro Social de Salud (ESSALUD) – Región Amazonas

Hospital Higos Urco, Chachapoyas

Ex Supervisor del Ministerio de Salud (MINSA) en el Seguro Integral de Salud (SIS), Unidad Desconcentrada Regional “Hospitales Nacionales e Institutos Especializados” (UDR HNeIE).

Correo: ser_22@hotmail.com

Lugar de desarrollo de Tesis

SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

Sede Central

Av. Carlos Gonzáles 212, Urb. Maranga

Distrito de San Miguel (Lima – Perú).

Índice

Resumen (palabras clave).....	4
Abstract (keywords)	5
I. Introducción.....	6
1.1. Planteamiento del Problema.....	8
1.2. Descripción del Problema	8
1.3. Formulación del Problema General.....	10
1.4. Antecedentes	11
1.5. Justificación.....	11
1.6. Limitaciones de la Investigación.....	11
1.7. Objetivos	12
II. Marco Teórico	13
2.1. Marco Conceptual	13
2.1.1. Aseguramiento Universal en Salud (AUS)	19
2.1.2. El Seguro Integral de Salud (SIS)	21
2.1.3. Fondo Intangible Solidario En Salud (FISSAL)	31
2.1.4. Establecimientos de Salud Nivel III.....	33
2.1.5. Estrategias implementadas por el SIS	33
III. Método.....	35
3.1. Tipo de Investigación.....	35
3.2. Población y Muestra.....	35
3.3. Operacionalización de Variables.....	36
3.4. Instrumentos	49
3.5. Procedimientos	49
3.6. Análisis de Datos.....	51
3.7. Consideraciones Éticas.....	51
IV. Resultados.....	53
V. Discusión de Resultados	68
VI. Conclusiones.....	76
VII. Recomendaciones	77
VIII. Referencias	78
IX. Anexos	81

Resumen

Considerando la importancia que tiene el Seguro Integral de Salud (SIS) en el Aseguramiento Público del Perú, y su estrecha relación con los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados del Ministerio de Salud, se buscó determinar la influencia de las estrategias implementadas por el SIS para mejorar las Transferencias Financieras (Pago) a los Establecimientos de Salud ubicados en Lima-Perú, así como la Ejecución (Gasto) por parte de estos entre los años 2009 y 2017. De una población de 22 Establecimientos de Salud del más alto nivel resolutivo que actualmente hay en Lima, se seleccionaron 16 para el análisis, los cuales estuvieron financiados por el SIS a lo largo de este periodo de estudio. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, basado en información secundaria obtenida de los registros Institucionales de la Página Web Oficial del SIS. Los resultados mostraron que las Transferencias tuvieron un aumento progresivo hasta el año 2016 mientras que la Ejecución tuvo un patrón ondulante con tendencia a una disminución al final. Asimismo, la Tasa de Ejecución (razón porcentual entre gasto y pago) también tuvo un patrón ondulante pero predominantemente descendente. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas tuvo los mayores ingresos y gastos en este periodo, mientras que el Instituto Nacional de Oftalmología tuvo la mejor Tasa de Ejecución. Los dos Hospitales de Emergencias (Adulto y Pediátrico) tuvieron los ingresos y gastos más bajos. Se concluye que sólo las Estrategias aplicadas por el SIS entre los años 2012 y 2015 estarían asociadas a una mejora de estos indicadores.

Palabras clave: *Transferencias Financieras, Ejecución, Estrategias, Seguro Integral de Salud.*

Abstract

Considering the importance of the Comprehensive Health Insurance (SIS) in the Public Assurance of Peru, and its close relationship with the National Hospitals and Specialized Institutes of the Ministry of Health, we sought to determine the influence of the strategies implemented by the SIS to improve the Financial Transfers (Payment) to the Health Establishments located in Lima-Peru, as well as the Execution (Expenditure) by these between the years 2009 and 2017. Of a population of 22 Health Establishments of the highest resolution level that currently there are in Lima, 16 were selected for the analysis, which were financed by the SIS throughout this period of study. A descriptive and retrospective study was carried out, based on secondary information obtained from the Institutional records of the Official Website of the SIS. The results showed that Transfers had a progressive increase until 2016 while Execution had an undulating pattern with a tendency towards a decrease at the end. Likewise, the Execution Rate (percentage ratio between expenditure and payment) also had an undulating but predominantly descending pattern. The National Institute of Neoplastic Diseases had the highest income and expenses in this period, while the National Institute of Ophthalmology had the best Rate of Execution. The two Emergency Hospitals (Adult and Pediatric) had the lowest income and expenses. It is concluded that only the Strategies applied by the SIS between the years 2012 and 2015 would be associated with an improvement of these indicators.

Keywords: *Financial Transfers, Execution, Strategies, Comprehensive Health Insurance*

I. Introducción

La Salud es uno de los pilares más importantes para el Desarrollo de una Sociedad, lo cual es reconocido en nuestra Constitución Política que cita al “Derecho a la Salud” como una de sus principales condiciones de vida; por lo tanto, es de vital importancia contar con un “Sistema de Salud” sólido, bien estructurado y que permita satisfacer la demanda de nuestra población. Lamentablemente esto no ocurre en nuestro País, ya que contamos con un sistema que no funciona como tal porque se encuentra fragmentado, donde los pacientes se atienden en establecimientos públicos y privados con múltiples fuentes de financiamiento, mientras que los asegurados a cada uno de estos subsistemas no tienen las facilidades para recibir prestaciones de otro de ellos.

Dentro de estas entidades financiadoras de la Salud, el “Seguro Integral de Salud” o “SIS”, por sus siglas, es el actor más importante, ya que cuenta con el mayor número de afiliados, que son los peruanos de escasos recursos y en situación de pobreza extrema. Además, es el ente financiador del mismo Ministerio de Salud, a diferencia de Seguro Social de Salud (EsSalud), o las Fuerzas armadas y Policiales, los cuales dependen de otros Ministerios.

La situación del SIS no ha sido nada fácil, ya que en su camino encontró muchas dificultades en un País que no estaba preparado ni económica ni culturalmente para un financiamiento público de esta magnitud, tal es así que en sus primeros años fue blanco de numerosas críticas, por motivo de discrepancias con los Establecimientos de Salud más importantes que tenía a su cargo, que eran los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados del tercer nivel de atención o Nivel III, debido a su categorización por su alto nivel resolutivo, los cuales vieron afectados considerablemente sus ingresos por problemas al momento del pago de las prestaciones realizadas. Esto generó un desabastecimiento de los medicamentos e insumos necesarios para la atención médica y al no haber estos, generó un gasto de bolsillo en una población que no tenía los medios económicos para asumirla.

Ante esta problemática, sumada al hecho de que cada día habían más afiliados al SIS, este se vio en la necesidad de cambiar muchos de sus procesos e implementar estrategias que le permitan mejorar esta situación, como ocurrió en el año 2009 a raíz

de la aparición de una nueva política de Estado llamada “Aseguramiento Universal en Salud”, en la cual el SIS era el abanderado y tenía la responsabilidad de llevar a cabo esta reforma.

Tales hechos, motivaron la realización de este trabajo, el cual busca analizar las cifras económicas en medio de unas circunstancias en que las estrategias del SIS eran implementadas a partir de este año, con la finalidad de mejorar la situación con estos importantes establecimientos de salud que brindan las atenciones de más alta especialización y las de mayor costo a sus afiliados, las cuales no podrían ser costeadas por ellos de forma particular, por lo que es necesario saber qué tanto ha mejorado esta gestión en el tiempo.

1.1. Planteamiento del Problema

El desabastecimiento de medicamentos e insumos en los establecimientos de salud genera necesidad en los pacientes asegurados al SIS que ante esta carencia se ve obligado a comprar lo necesario para llevar a cabo su atención, esto es llamado “gasto de bolsillo” y es una problemática que pese a algunas reformas en los procesos de atención, aún se viene manteniendo hasta la fecha. Esto parece darse en gran medida por problemas administrativos propios a la gestión de cada establecimiento o las redes a las que pertenecen (planeamiento estratégico inadecuado, mal uso de los recursos, entre otros) no logrando conseguir el pago necesario por parte del SIS ni tampoco un gasto eficiente del dinero recibido. Ante esta situación, el SIS se ha visto obligado a largo de estos años a implementar estrategias que permitan revertir esta problemática, sobre todo después del año 2009 gracias a la aparición de la política del AUS; sin embargo, a la fecha no se ha hecho un análisis de qué tanto pudieron haber estado relacionadas estas a una mejorara de los indicadores financieros de los establecimientos

1.2. Descripción del Problema

- A Nivel Global

En el mundo existen muchos sistemas de salud con seguros públicos muy eficientes como ocurre en el Reino Unido, Canadá o Alemania, los cuales en sus etapas iniciales atravesaron por muchos momentos difíciles teniendo problemas financieros, de filtración de asegurados, desabastecimiento de medicamentos e insumos, etc. Pese a que a lo largo del tiempo estos problemas han ido solucionándose en gran medida, fue inevitable que mientras que esto se daba los pacientes tenían que arreglárselas para suplir sus necesidades. Sin embargo, en el mundo la gran mayoría de países no tienen seguros públicos o son incipientes como en el caso del Perú. En América Latina, Brasil, Chile y Colombia tienen las mejores experiencias en seguros públicos pero no son ajenos a los problemas de desabastecimiento o gasto de bolsillo.

- **A Nivel Local**

En el Perú, la mayoría de atenciones se dan en los Establecimientos de Salud de mayor nivel resolutivo, también llamados Nivel III según clasificación del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) del Ministerio de Salud (MINSA), quien categoriza como Nivel III-1 a los Hospitales Nacionales y como Nivel III-2 a los Institutos Especializados. Dichos establecimientos son los que manejan la mayor parte del presupuesto del SIS.

El desabastecimiento de medicamentos e insumos y el gasto de bolsillo en estos establecimientos Nivel III son un problema delicado, por lo cual es necesario conocer qué tanto hizo el SIS por tratar de revertir esa situación en los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados mediante sus estrategias implementadas después del año 2009 y qué tanto pudo haber estado relacionado a una mejorara de sus indicadores en lo que respecta al aumento de los pagos a los establecimientos y ver de qué forma utilizaron estos recursos.

Las transferencias financieras hechas a cada establecimiento por parte del SIS son dependientes de la producción neta de estos, por lo que cada uno de ellos maneja diferentes montos de producción y ejecuta su dinero según sus necesidades y capacidades. Por lo tanto, es necesario saber cuáles son los años y las instituciones que tuvieron mayores y menores transferencias así como sus ejecuciones, reconociéndose las diferencias en base a las características de cada uno (Establecimientos de Emergencia, Pediátricos, Materno-Infantiles, etc.).

El financiamiento de las atenciones del SIS siguen un proceso prestacional que implica un óptimo registro de las atenciones, un adecuado control de auditoría, y un oportuno reembolso a los establecimientos, que les permita direccionar sus recursos a sus gastos de gestión los cuales permiten llevar a cabo la atención al asegurado, y a sus gastos de reposición los cuales permiten reponer los medicamentos e insumos consumidos en la atención. Estos están regulados por las directivas emitidas por el MINSA y el SIS; sin embargo, no se ha determinado hasta la fecha si la proporción asignada por los establecimientos a ambos tipos de componentes es la misma que exige la normativa vigente, si no es así qué tanto

varía entre cada establecimiento, ni qué tanto influye en la mejora de los indicadores.

Al no ejecutarse todo el dinero al final de cada año, el saldo que queda es regresado al tesoro público del estado, y pese a que ese dinero ya se encuentra asignado a cada establecimiento, requiere de una gestión para la reasignación de este para el año en curso. Además, el SIS al momento de hacer las transferencias en los primeros meses del año, cuenta este saldo que quedó del año anterior como parte del capital del establecimiento, por lo cual el SIS transfiere sólo lo necesario durante algunos meses hasta que este monto se compense. Por lo tanto, es importante conocer cuáles son las instituciones que arrastran mayores saldos para el siguiente año a través del periodo de estudio.

1.3. Formulación del Problema General

- Problema General

¿Cuál es la influencia de las estrategias implementadas por el Seguro Integral de Salud, en las Transferencias Financieras y Ejecución por parte de los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, en Lima-Perú, durante el periodo 2009-2017?

- Problemas Específicos

- ¿Cuál es la presencia a través del tiempo de las Estrategias implementadas por el SIS y qué tanto influyeron a partir de los años de su puesta en vigencia?
- ¿Cuál es la tendencia que siguen las Transferencias Financieras, la Ejecución y la Tasa de Ejecución a través del tiempo entre los años 2009-2017?
- ¿Cuáles son los Establecimientos de Salud con mayores y menores Transferencias, Ejecuciones y Tasas de Ejecución en los años de estudio?
- ¿La mayor inversión en el Componente de Gestión sugiere una mejora en los indicadores financieros de los Establecimientos de Salud en el Periodo de Estudio?

- ¿Cuáles son los Establecimientos de Salud con mayores Saldos pendientes en relación con las Transferencias anuales del periodo de estudio?

1.4. Antecedentes

No se han encontrado estudios similares al presente trabajo, la mayoría de trabajos hallados en la búsqueda bibliográfica se abocan a estudiar la situación del Sistema de Salud Peruano desde diferentes perspectivas; En relación al SIS se pueden encontrar memorias o informes anuales institucionales, más no se encontró algún trabajo que trate directamente la relación entre las estrategias aplicadas por el SIS y las transferencias financieras y la ejecución desde la aparición del AUS en el año 2009 hasta la fecha.

1.5. Justificación

Es trascendental analizar el posible impacto que hayan tenido las políticas establecidas por el SIS en la mejora de los indicadores financieros de los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, ya que esto permitirá hacer una retroalimentación y ver la necesidad de mantener o replantear estas estrategias, teniendo en consideración el riesgo de desabastecimiento de medicamentos e insumos en estos establecimientos y el gasto de bolsillo que esto podría generar en los pacientes asegurados al SIS que son los que menores recursos tienen en el País.

1.6. Limitaciones de la Investigación

El trabajo es completamente viable ya que todos los datos requeridos sobre las transferencias financieras y ejecuciones anuales de los establecimientos de salud se encuentran en la Página Web Oficial del SIS. Desde su implementación en el año 2008, esta página web ofrece información muy valiosa como Resoluciones Jefaturales emitidas por el SIS, cuadros en formato Excel que compendian el detalle de las transferencias y el detalle de la ejecución de los recursos (por componente separando los gastos de gestión y reposición). Asimismo, esta información puede contrastarse con la consignada en la Página

Web Oficial del MEF (portal “Consulta amigable”). Esta página web brinda información sobre las fuentes de financiamiento de los Establecimientos de Salud dentro del rubro “Donaciones y Transferencias. También ofrece información sobre transferencias y ejecuciones por establecimiento y año; sin embargo, esta no es tan detallada como la proporcionada por el SIS.

Sin embargo, es insuficiente para sacar conclusiones de causalidad ya que es un trabajo descriptivo y hay otras variables que serían importantes analizar (número de asegurados, costo de procedimientos, prevalencia de patologías, etc) que no son motivos del estudio, pero podrían ser evaluadas posteriormente.

1.7. Objetivos

- Objetivos General

“Determinar la influencia de las estrategias implementadas por el Seguro Integral de Salud, en la Transferencia Financiera y Ejecución por parte de los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, en Lima–Perú, durante el periodo 2009-2017”.

- Objetivos Específicos

- Analizar la presencia a través del tiempo de las Estrategias implementadas por el SIS y su influencia a partir de los años de su puesta en vigencia.
- Representar la tendencia que siguen las Transferencias Financieras, la Ejecución y la Tasa de Ejecución a través del tiempo entre los años 2009-2017.
- Identificar los Establecimientos de Salud con mayores y menores Transferencias, Ejecuciones y Tasas de Ejecución en los años de estudio.
- Determinar si hay asociación entre la mayor inversión en el Componente de Gestión y una mejora en los indicadores financieros de los Establecimientos de Salud en el Periodo de Estudio.
- Reconocer los Establecimientos de Salud con mayores Saldos pendientes en relación con las Transferencias anuales del periodo de estudio.

II. Marco Teórico

2.1. Marco Conceptual

La reforma de la Salud en el Perú ha sido siempre un tema álgido, complejo y delicado, siendo parte de una problemática mundial. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un estudio de los sistemas de salud de 191 países donde el Perú se encontraba en el tercio inferior (Tandon & Evans, 2000). Además, en el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó un estudio sobre planificación de recursos humanos y reformas del sector salud, donde reconoció su escasa vigencia en América Latina y afirmó que era “la hora de un cambio radical de los modelos y prácticas de gestión de recursos humanos”, con el fin de lograr una atención de calidad y condiciones de trabajo decentes (Brito, 2002).

El Perú, por lo tanto, tenía la obligación de sumarse a esa iniciativa, pero eran malos tiempos. El País se encontraba dentro de los países más pobres de Sudamérica con uno de los PBI (Producto Bruto Interno) más bajos de la región y sin una buena experiencia en aseguramiento público, ya que como lo sustentaban organismos internacionales como USAID (U.S. Agency for International Development), este era un proceso que debía ser llevado a cabo por gente con amplia experiencia y suficientes conocimientos económicos ya que se influenciaría mucho en el futuro de la Salud en un País (Alarcón Espinoza, 2009). Por lo tanto, fue un gran desafío desarrollar esta idea de aseguramiento público que estaba destinada a perecer por el año 2008 por contar con serios problemas financieros. Para poder seguir adelante, se necesitaron muchos factores externos que intervinieron de forma positiva ante este problema, como la creación del AUS en el año 2009 (Ley Nro. 29344, 2009), que fue una fuerte iniciativa política para respaldar al Estado en su intento de aseguramiento público, la creación de una nueva unidad ejecutora como lo fue el FISSAL, la cual más tarde sería dependencia del SIS para encargarse de las enfermedades de alto costo, o la aparición de un ente fiscalizador en la relación con los Establecimientos de Salud como lo fue la SUNASA, entre otros; mientras que por su lado, el SIS generó nuevos factores internos de cambio implementando nuevas estrategias y mejoras de los procesos ya establecidos. Por lo tanto, es importante revisar algunas

de estas definiciones que nos permitirán entender de forma más clara la intención de este estudio.

Hace más de 21 años se inició en el Perú el proceso de aseguramiento público, a raíz de una justa demanda de los Servicios de Salud básicos por parte de las clases socioeconómicas más bajas, amparados en su “Derecho a la Salud” el cual se encontraba contemplado en la Constitución Política. A raíz de ello, muchos fueron los esfuerzos por satisfacer esa demanda, más aun teniendo un País que se encontraba en medio de una crisis económica, la cual fue exacerbada por una de las etapas más oscuras de su existencia como lo fue la época del terrorismo, donde se vivió una guerra civil que generó muchas pérdidas humanas y una crisis social y económica nefasta en nuestro País, por lo cual para los más necesitados era una utopía el hecho de esperar alguna atención de salud gratuita. Sin embargo, había que hacer algo al respecto, y es así que en el año 1997 el Estado dio un importante primer paso al iniciar el financiamiento de atenciones de salud a la población que en ese momento consideró como la más susceptible, los niños, creándose así el “Seguro Escolar Gratuito”, el cual partía de un fondo que se conformaba básicamente de donaciones extranjeras y una pequeña parte del tesoro público, y buscaba satisfacer la demanda de muchos niños. Lamentablemente, este seguro no lograba captar la mayoría de los niños, ya que en ese entonces la crisis no sólo hizo que tengan un limitado acceso a los Servicios de Salud sino también a la Educación Pública, y siendo un requisito indispensable ser estudiante y contar con un carné escolar para poder recibir este tipo de atenciones, es que los beneficiados no fueron necesariamente los más necesitados, sino aquellos que tenía la posibilidad de estudiar.

Un año después aparece el “Seguro Materno Infantil”, el cual trató de abarcar de manera más amplia a la población infantil y pero además a otra población susceptible como eran las gestantes de escasos recursos; sin embargo, también se dieron inconvenientes en el proceso de atención de estas pacientes, ya que este seguro sólo financiaba los partos vaginales, lo cual quería decir que si una mujer de condición humilde tenía indicación médica de cesárea, la intervención quirúrgica no era financiada por el seguro, siendo este un serio problema considerando la alta tasa de mortalidad materno-infantil y el gran número de gestantes con alto riesgo obstétrico (adolescentes, añosas, multigestas, etc.) que abundaban en las zonas marginales que probablemente necesitarían de una cesárea.

Transcurridos casi 3 años, en el 2001 se fusionan las ideas de aseguramiento dando coberturas de atenciones más amplias a las mujeres y niños creándose la “Unidad De Seguros Públicos”, que si bien mejoró la atención en ambas poblaciones, descuidaba a un personaje importante en la familia, el padre. La mayoría de estas familias contaban con un jefe del hogar que muchas veces era el único sustento económico en casa y cuando este enfermaba la familia se veía muy afectada.

Es así que el 29 de enero del año 2002 (Ley_Nro.27657, 2002) se crea el “Seguro Integral de Salud - SIS”, buscando brindar atenciones de salud a la familia desde un punto de vista “integral” como su nombre lo dice. Aquí la familia ya era vista como un todo y se les facilitaba el acceso a las atenciones en salud a todos sus miembros de forma gratuita. Esto a su vez tenía el espíritu de priorizar las atenciones preventivas en lugar de las atenciones de tipo recuperativas y de rehabilitación (Anexo: Figura 1).

El 22 de julio del 2002 se suscribió el “Acuerdo Nacional”, el cual fue un espacio de diálogo y concertación llevado a cabo entre los diferentes partidos políticos del Perú, los cuales mediante un gesto democrático buscaron tener una visión compartida del futuro del Perú, emitiéndose 32 políticas de estado agrupadas en 4 objetivos primordiales, estos eran Democracia y Estado de Derecho, Equidad y Justicia Social, Competitividad del País y Estado Eficiente, postulándose el “Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social” como una prioridad.

Tal iniciativa fue respaldada por el famoso “Plan Bicentenario” que comprendía el documento llamado “Perú hacia el 2021” que hizo referencia a una “Igualdad de Oportunidades y Acceso Universal a los Servicios Básicos”, orientados concretamente a Salud, Educación, Electricidad, Telecomunicaciones, Seguridad Ciudadana, Vivienda y Agua y Desagüe.

Asimismo, el “Plan Nacional Concertado de Salud” fue un instrumento de gestión de las políticas de Salud Pública considerando prioridades sanitarias y las principales intervenciones a realizar, partiendo de la premisa de que “la Salud es un derecho de todo ciudadano del Territorio Nacional” y esto apoyado en que los

Objetivos de Desarrollo del Milenio del Acuerdo Nacional proponían 13 lineamientos de Políticas en Salud a desarrollar en un periodo establecido desde el 2007 hasta el 2020, dentro de los cuales destaca el punto N° 3 que propone por primera vez el concepto de “Aseguramiento Universal”, proponiéndose también al Seguro Integral de Salud como el elemento más importante en este nuevo Sistema de Salud, como se señala en el último Acuerdo Nacional (Nepo-Linares, 2016).

Con todo ello, el 29 de abril del año 2009, vería la luz el “Aseguramiento Universal en Salud” (AUS) con la Ley N° 29344 marca el inicio de la Política de Estado más importante de los últimos años, ya que esta busca crear un verdadero Sistema de Salud que cumpla lo exigido en los acuerdos gubernamentales que la antecedieron, teniendo al SIS como su principal elemento ejecutor, y a su vez se creó un ente supervisor y fiscalizador que se llamó la “Superintendencia de Aseguramiento en Salud” (SUNASA).

En base a ello, se buscó un direccionamiento hacia la implementación de los procesos para el desarrollo institucional con el propósito de lograr los objetivos de universalidad y equidad, viéndose prioritario trabajar en el acceso de la población más vulnerable a una atención de calidad, financiándose prestaciones, infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Por otro lado, existen dos ejes más que si bien no competen al aseguramiento, son vitales para el desarrollo de este, nos referimos a “la reducción de problemas sanitarios” y “el fortalecimiento de la rectoría en salud” por parte del Ministerio de Salud (MINSa), ya que sin ellos no se puede hacer adecuadamente el diseño, la conducción, la supervisión y la regulación de un Sistema de Salud (Alcalde-Rabanal, 2011).

El financiamiento del SIS está dado en gran parte por dinero del Tesoro Público, asignándosele un 10% del porcentaje total correspondiente del Producto Bruto Interno (PBI) destinado al Sector Salud, mientras que otra pequeña parte proviene de donaciones y transferencias de otras entidades como la Cooperación Belga por ejemplo. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) es el encargado de administrar este dinero y de asignarlo al SIS para financiar las atenciones en los Establecimientos de Salud.

El SIS en sus inicios buscaba cubrir una demanda de atenciones orientadas a la salud materno-infantil así como de otras patologías que se consideraban prioridad al estar relacionadas a programas sociales vigentes en esa época, esperándose a que se den más a nivel de los Establecimientos de Salud del Nivel I y II, que según categorización del RENAES (Registro Nacional de Establecimientos de Salud del MINSA) correspondía a los Puestos de Salud, los Centros de Salud y los Hospitales de apoyo. A este grupo de enfermedades también se le consideraba como la “capa simple”. Asimismo, se fueron implementando progresivamente las atenciones en los Establecimientos de Salud del Nivel III (según RENAES), que eran los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, los cuales llevaban a cabo las atenciones de salud más complejas.

Ante esta prioridad del Estado, el MEF asignó una gran suma de dinero para los Establecimientos de Salud Nivel I y II, llamado “Presupuesto Intangible”, es decir, que no podía ser utilizado para otros fines que no sean el financiamiento de las atenciones de capa simple, pero lo que no se había previsto era que en ese entonces dichos Establecimientos carecían de infraestructura, personal de salud, medicamentos, insumos y equipos de apoyo al diagnóstico para cubrir esta demanda de atenciones, y sin la logística necesaria este amplio presupuesto fue pobremente utilizado por ellos, hecho que no ocurrió con los Establecimientos de Salud Nivel III quienes fueron aumentando las atenciones de pacientes SIS de forma exponencial, ya que ofrecían atenciones especializadas y de alto costo, por lo que requerían de mucho presupuesto para el mantenimiento de su personal, infraestructura, equipos, medicamentos e insumos. Por otro lado, los afiliados al SIS iban aumentando en el País y por primera vez tenían tanto acceso a las atenciones en los Hospitales e Institutos, originándose el colapso a estos. Lo peor de todo fue que al solicitar más recursos al SIS que les permita contrarrestar este serio problema, tuvieron una respuesta negativa, ya que el SIS no podía disponer del dinero asignado por el MEF ya que era del presupuesto intangible, siendo sólo para el Nivel I y II. Esto generó una gran crisis en los primeros años de gestión del SIS, ya que se comenzaron a implementar rigurosos controles de auditoría a las prestaciones brindadas, las cuales no sólo buscaban mejorar el proceso prestacional, sino también cuidar los escasos recursos destinados para el Nivel III. No tardó mucho en romperse la relación entre el financiador y los prestadores, presentando su mayor crisis en el año 2007 donde

estos Establecimientos llegaron a consumir su presupuesto en la primera parte del año quedándose sin liquidez por muchos meses, originando que muchos de estos restrinjan sus atenciones no aceptando a los pacientes asegurados al SIS, bajo el concepto de que este mantenía una deuda con ellos y no brindarían las atenciones hasta que dicha deuda sea subsanada porque sus recursos les eran insuficientes y se encontraban desabastecidos de medicamentos e insumos necesarios para brindar las atenciones, siendo los más perjudicados con todo esto los pacientes, ya que ante esa situación se veían obligados a recurrir muchas veces al “gasto de bolsillo”, mientras que en otras ocasiones no les quedaba mayor opción a resignarse a no recibir la atención.

Por toda esta problemática, para el año 2008, el MEF dio más facilidades para las transferencias y se priorizó atender la demanda con los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, dejando de contar con este presupuesto intangible. Sin embargo, ya para ese entonces la relación entre estos Establecimientos y el SIS se era muy mala, existiendo una gran desconfianza entre ambos. Por tal motivo, en el año 2009 a raíz de la promulgación de la Ley Marco del AUS, el SIS comenzó a tomar acciones de mejora en los procesos establecidos implementando estrategias que les permitieran salir de esa crisis, recibiendo además una importante inyección económica por parte del Estado.

Una de las primeras acciones tomadas por el SIS, fue realizar “Transferencias Adelantadas”, las cuales no eran más que el pago anticipado mensual a cada uno de los Establecimientos Nivel III, basados en estimaciones de su Producción Neta (resultado del proceso de auditoría de la Producción Bruta de atenciones del SIS), con la finalidad de que tengan liquidez suficiente para poder ejecutar ese dinero en los dos rubros que permitía gastar el SIS, el “componente o gasto de gestión”, utilizado para llevar a cabo los procesos de atención a los asegurados así como otros mecanismos administrativos relacionados al proceso prestacional, y el “componente o gasto de reposición”, utilizado para reponer lo consumido en medicamentos e insumos, procedimientos de laboratorio y diagnósticos por imágenes; sin embargo, esto no era suficiente ya que los Hospitales Nacionales e Institutos, en mayor o menor grado, carecían de un adecuado control interno de los procesos de atención del SIS generando malos registros de las prestaciones los cuales derivaban en numerosas

observaciones, no pudiendo reflejar su producción real al momento de plantear el estimado que le permita recibir lo que necesitaban de transferencia adelantada, por ello persistían con la idea de que el SIS les seguía debiendo dinero. Por otro lado, tampoco tenían la capacidad de gastar adecuadamente el dinero transferido ya que carecían de un adecuado planeamiento estratégico que les permitiera ejecutar eficazmente dichos recursos, teniendo desabastecimiento de muchos medicamentos e insumos que en ocasiones eran de uso rutinario.

Por otro lado, se requería también disminuir la exigencia de los procesos de auditoría o control prestacional por parte del SIS, para que estas observaciones se den en menor medida, además de brindarle nuevas herramientas de gestión para que el flujo de atención de los asegurados mejore, como por ejemplo lo fue la implementación de una nueva unidad ejecutora del SIS, el “Fondo Intangible Solidario en Salud” o “FISSAL”, la cual brindó una gran inyección económica mediante transferencias adelantadas, además de las que ya brindaba el SIS propiamente dicho. Todo esto sería parte de una gran revolución de normativas que pasarán a ser analizadas.

2.1.1. Aseguramiento Universal en Salud (AUS)

Pese a la crisis económica del 2002, la situación económica del Perú estaba mejorando, ya que su PBI presentó un discreto aumento y gracias al sector industrial se estaban recaudando divisas que nutrían poco a poco el tesoro público; sin embargo, este bienestar financiero no se reflejaba en la población más necesitada, la cual permanecía excluida. En el 2004, el 48.6% de la población todavía vivía en la pobreza y un 17.1% de esta en pobreza extrema, y aunque las tasas se redujeron a 36.2% y 12.6%, respectivamente para el 2008, la población todavía tenía serias limitaciones para acceder a la Salud, la diferencia rural-urbana seguía siendo sorprendentemente alta, ya que más del 60% de la población rural seguía siendo pobre, y su acceso a la Salud era muy limitado; por lo tanto, había que pensar más que nunca una urgente Reforma de la Salud (Petrera, 2013).

Es así que en el año 2009, se establece una importante política de Estado mediante la “Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud” o “Ley N° 29344”,

la cual buscaba sentar las bases para el Aseguramiento Público en el País pensando en los más pobres. Buscó ordenar en un sólo sistema el proceso de aseguramiento de Salud en el Perú, agrupando por un lado a las “Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud” (IAFAS), que eran las instituciones financiadoras de atenciones en salud como el SIS, el Seguro Social de Salud (EsSalud), la Sanidad de la Policía, la Sanidad de las Fuerzas Armadas (Ejército Peruano, Marina de Guerra y Fuerza Aérea) y el Sector Privado (Entidades Prestadora de Salud o EPS, Prepagas, entre otras), mientras que por el otro lado se agrupaban las “Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” (IPRESS), que en este caso serían los Establecimientos de Salud del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, y las Clínicas o Centros Médicos Privados. Tanto las IAFAS como las IPRESS se regían por un Plan Mínimo de Beneficios que tenían todos en común, llamado “Plan Esencial de Aseguramiento en Salud” o “PEAS”, el cual tenía la finalidad de brindar una cobertura básica de prestaciones de salud en cualquiera de los escenarios en que un asegurado se encuentre, y a su vez buscaba promover una integralidad entre estos grupos conocida como “intercambio prestacional”, que no es más que una estrategia financiera para que se den los mecanismos de pago necesarios para poder compartir los servicios entre las IPRESS independientemente de las IAFAS a las que pertenecen (D.S.005-SA, 2012).

La SUNASA, antes llamada SEPS (Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud) y actualmente llamado SUSALUD (Superintendencia Nacional de Salud), fue creada en esta Ley como un ente “regulador y sancionador” de las IAFAS y las IPRESS, teniendo como prioridad el buen trato al asegurado, el cual debía recibir una atención basada en “garantías explícitas”, que son estándares mundiales conocidos como “acceso”, “oportunidad”, “calidad” y “protección financiera”. Con esto, los asegurados podían presentar quejas y reclamos que se pudieran dar ante cualquiera de las circunstancias que impliquen ambas partes, pero a su vez, también ayudó intermediando de alguna forma para que se solucionen las diferencias entre estas instituciones.

2.1.2. El Seguro Integral de Salud (SIS)

Creado en el año 2002 por la “Ley N° 27657”, opera como Organismo Público Descentralizado (OPD), adscrito exclusivamente al Sector Salud administrando los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individuales de acuerdo a la Política Nacional de Salud y con el objeto de proteger a los peruanos de más escasos recursos que no cuentan con algún tipo de seguro de Salud.

- Rol de Organización y Funciones (ROF)

El Rol de Organización y Funciones (ROF) del SIS (D.S.009-SA, 2002), señala que desde sus inicios esta Institución siempre ha buscado aumentar la cobertura de prestaciones de servicios de salud priorizando a la población en situación de pobreza, pobreza extrema y aquella afectada por la exclusión social o poblaciones vulnerables (víctimas de terrorismo, violencia familiar, canillitas, etc.).

La “Visión” del SIS es ser la Institución líder a nivel nacional en la administración eficiente de fondos en aseguramiento en salud, que garantice el derecho de acceso universal y contribuya a mejorar la salud de la población; logrando una cultura de aseguramiento. Por otro lado, la “Misión” del SIS es la de captar y administrar los recursos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, incluidas en los planes de beneficios, con la finalidad de coberturar los riesgos en salud de la población asegurada a nivel nacional, de conformidad con la política del sector.

El SIS también cuenta con “Valores Institucionales” dentro de los cuales tiene considerados la Identificación Institucional, el Trabajo en equipo, la Ética y la Responsabilidad. Se consideran “Factores Críticos de Éxito” el tener recursos humanos competentes, un sistema de información Integral, canales de comunicación, asignación presupuestal, infraestructura e implementación tecnológica, alianzas estratégicas y por último, un marco legal sólido.

En cuanto a la organización del SIS, esta se compone de una Jefatura Institucional, seguida en orden jerárquico por un Jefe Adjunto y un pool de asesores,

una Secretaría General que comprende a la Oficina General de Administración de Recursos (OGAR), la Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia (OGIT), la Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI), la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional (OGPPDO) y la Oficina General de Asesoría Jurídica (OGAJ). Asimismo tiene órganos de línea como la Gerencia del Asegurado (GA), la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones (GREP), Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF) y finalmente las Gerencias Macro Regionales (GMR) y las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR). Estas dos últimas se encargan de lidiar directamente con los Establecimientos de Salud y están distribuidas regionalmente y por departamentos y según los diferentes Niveles de Atención.

Hasta antes del 2013 existían 5 oficinas de UDR, 4 de ellas estaban destinadas a los Establecimientos Nivel I y II (la UDR Lima Norte, Lima Sur, Lima Este y Lima Ciudad), mientras que una de ellas, la “UDR Hospitales Nacionales e Institutos Especializados” (UDR HNeIE) se encargaba de los Establecimientos del Nivel III, teniendo a su cargo inicialmente a 16 de estos. Sin embargo, a partir de agosto del 2013, se inicia el proceso de implementación de las GMR, que en total eran 5, llamados GMR Norte, Oriente, Sur, Sur Medio, Centro y Centro Medio. La GMR Centro Medio (GMR CM) fue la primera en implementarse ya que comprendía toda la Región Lima, Callao, Ancash y Santa (Chimbote); por lo tanto, recibió la jurisdicción de la UDR HNeIE, teniendo ahora 21 Establecimientos de Nivel III a su cargo, ya que se sumaron 5 nuevas IPRESS a las 16 originales, que fueron el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, el Hospital Víctor Larco Herrera, el Hospital Hermilio Valdizán, el Instituto Nacional de Rehabilitación y la nueva sede del Instituto de Salud del Niño San Borja (INSN SB) que es una unidad ejecutora independiente al INSN de Breña que ya se encontraba anteriormente como IPRESS.

Luego de más de 17 años de historia, vemos que el Seguro Integral de Salud ha experimentado una evolución bastante considerable en relación a los anteriores intentos de aseguramiento público que lo precedieron en el Perú, pero cabe hacer la pregunta si esta institución habría logrado la madurez necesaria que le permita asumir el protagonismo que se requiere en este complejo Sistema de Salud que está en pleno

proceso de cambio, lo cierto es que sigue de pie liderando este proceso, buscando constituirse a futuro en pieza clave para la transformación del AUS en un Sistema de Salud grande como lo es el “Sistema Único de Salud” (SUS) de Brasil, o el “Aseguramiento Universal con Garantías Explícitas” (AUGE) de Chile, que pese a algunos altibajos se han mantenido sólidos y se encuentran vigentes a la fecha (Gomes, 2012).

- **El Proceso de Aseguramiento al SIS**

Desde sus orígenes fue orientado a afiliar a la población pobre, excluida o vulnerable, mediante evaluaciones domiciliarias hechas por asistentes sociales que les daban la categoría de “subsidiado” o “gratuito” a aquellas personas que calificaban según su evaluación socio-económica, generándoles una ficha de afiliación al SIS a cada miembro de la familia. Sin embargo, en el año 2008 se establecen dos tipos de aseguramiento, uno era el clásico “Subsidiado” dirigido a la población diana del SIS y el otro nuevo era el “Semisubsidiado” dirigido a gente que no calificaba para el tipo subsidiado y se afiliaba al SIS por medio de una prima mensual.

En el año 2009 con la aparición del AUS se dieron algunas variaciones. Se implementó una nueva herramienta de evaluación de la situación socio-económica de los potenciales asegurados a la modalidad de subsidiado, la cual tenía por nombre “SISFOH” (Sistema de Focalización de Hogares), la cual realizaba un cruce de información entre el Censo del año 2007, Información Bancaria, Crediticia, SUNAT (Superintendencia Nacional de Administración Tributaria), EsSalud, entre otros. Los componentes ahora se llamaban regímenes y ya no componentes, y eran del tipo “Subsidiado” y “Semicontributivo” (ex Semisubsidiado).

En el año 2011, el tipo de seguro se llamaría “SIS Independiente” y en el 2013 se crea el “Semicontributivo NRUS” (Nuevo Régimen Único Simplificado), que es el régimen tributario creado por la Ley N° 28659 modificada por Decreto Legislativo N° 937, al cual pueden acogerse las personas naturales y sucesiones indivisas que exclusivamente obtienen ingresos provenientes de actividades empresariales y

también aquellas personas naturales no profesionales con ingresos por actividades de oficios.

Dos años después, se aprueba la Directiva Mecanismos de focalización geográfica para otorgar Clasificación Socioeconómica Temporal (CSET) a potenciales usuarios que no se encuentren en el Padrón General de Hogares del SISFOH (R.J.153/MIDIS, 2013). Con ello, se pudieron realizar afiliaciones de manera más dinámica. Sin embargo, más adelante se emitiría la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01 (R.J.126/SIS, 2015), regula el proceso de afiliación al régimen de Subsidiado del SIS y realiza un mayor control sobre este, a fin de evitar la filtración, cuidando así los recursos de la Institución.

Como resultado de esta evolución en el aseguramiento, los afiliados al SIS han ido aumentando con el tiempo, siendo a la fecha la Institución con más asegurados del Perú, teniendo 15'420,132 afiliados al año 2016 según estadísticas oficiales del SIS, lo cual representa el 49.14% del total de asegurados a nivel nacional (que es 82.04%), superando largamente a EsSalud que tiene 26.6%; por su parte, la Sanidad de la Policía, las Fuerzas Armadas y las Entidades Privados, juntos apenas llegan a un 6.3% del total. Sin embargo, aún nos encontramos lejos de otros Países de Sudamérica, como Chile y Colombia que para el 2007 tenían al 96% y 88% de su población asegurada, respectivamente (Uceda, 2015).

- **Planes de Beneficios**

Se considera Plan de Beneficios a los Diagnósticos cubiertos por el SIS. Aquí se establece una compleja red de diagnósticos que generó más de un conflicto entre los Establecimientos de Salud y el SIS.

Inicialmente la cobertura del SIS se basó en políticas de estado y programas sociales materno-infantiles o de enfermedades infecto contagiosas, posteriormente gracias a un importante Decreto Supremo (D.S.004-SA, 2007) se propone el “Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias” (LPIS) que brindaba una amplia cobertura de diagnósticos. En el 2008, el Subsidiado gozaba de esta amplia cobertura del LPIS además de un anexo (también llamado Listado No LPIS) que ampliaba aún más su

plan de beneficios; asimismo, para aquellas Enfermedades consideradas de “Alto Costo” por tener consumos mayores a 2.5 UIT, se podía tramitar una solicitud de financiamiento ampliado sin exceder los 5 UIT, y para todo aquello que excediera estos 5 UIT o tuviera un diagnóstico no consignado en sus planes de beneficios, se podía tramitar una cobertura de la atención con una solicitud de “Caso Especial”. El 2008 se ampliaba la cobertura de ciertas patologías como Cataratas, Secuelas de Tuberculosis, Trasplante Renal, etc. Mientras tanto, el Semisubsubsidado sólo tenía acceso al LPIS, requiriendo incluso de una solicitud de “Carta de Garantía” para que se puedan cubrir ciertos diagnósticos, procedimientos u obligaciones, no siendo contempladas enfermedades como el cáncer u otras de alto costo (R.M.277-MINSA-EP, 2008).

En el año 2010 comenzó a implementarse el PEAS, el cual fue producto de una elaboración multisectorial (no siendo invitado a participar el SIS), que brindaba cobertura para 60 grupos de enfermedades. Sin embargo, este PEAS tuvo muchos vacíos normativos al ser una adaptación deficiente del PEAS chileno, el cual sirvió de modelo, por lo que no era aplicable a nuestro medio, tal es así que tuvo que coexistir por un tiempo con el LPIS al no satisfacer la demanda de atenciones, generando esto un caos para las IPRESS y el SIS. Esto fue corrigiéndose con el tiempo gracias a directivas implementadas por el SIS, quien estableció un Plan Complementario (PC) al PEAS, además de un trámite llamado “Cobertura Extraordinaria de Enfermedades” (CEE) que era utilizado en aquellos casos en que se excedían de los topes establecidos en el PEAS, o para la cobertura de aquellos diagnósticos no contemplados en este o en su plan complementario. Sin embargo, al mismo tiempo, se generó una gran demanda de atenciones ya que, ante la cobertura deficiente del PEAS, había que apelar al expediente de CEE, saturando las oficinas de trámite documentario del SIS con un elevado número de expedientes que solicitaban CEE. Ante este hecho, el SIS se sintió obligado a generar otra directiva en el año 2011 que ampliaba el excedente de los topes dando 1 UIT adicional a estos y hasta 5 UIT para las neoplasias que el PEAS consideraba, disminuyendo así estos expedientes de solicitud. Además, este trámite se llevó a cabo virtualmente gracias al “Módulo de CEE” que era un aplicativo vía web que permitía ingresar las solicitudes de CEE de forma más rápida, llegando incluso a ser respondidas el mismo día en que eran solicitadas.

La normativa vigente del régimen Subsidiado (R.J.197-SA, 2012) contempla que la cobertura del PEAS puede excederse de sus topes de procedimientos hasta en 2 UIT, mientras que cualquier otro diagnóstico no incluidos en el PEAS (salvo las exclusiones contempladas en esta norma), gozan de una cobertura de hasta 2 UIT, y de excederse estos topes de 2 UIT en ambos casos, se puede solicitar una CEE. Con esto, a la fecha el SIS prácticamente cubre todos los diagnósticos, salvo las siguientes exclusiones: diagnósticos relacionados a procedimientos o cirugías que no buscan mejorar la salud como son los tratamientos estéticos, atenciones fuera del territorio nacional y aquellas atenciones que ya cuentan con otro tipo de financiamiento, como el SOAT (Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito), por ejemplo (Anexo: Figura 2).

En la Directiva Administrativa 001-2013-SIS/GREP (R.J.150-2013/SIS, 2013), se regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Semicontributivo NRUS del SIS, ampliándose su cobertura a PEAS, PC y posibilidad de CEE. Mientras que el SIS Independiente se vería fortalecido con la Directiva Administrativa 001-2015-SIS-V.01 (R.J.111/SIS, 2015) regula el Proceso de Afiliación, Atención, Plan de Beneficios y Financiamiento al SIS Independiente del Régimen de Financiamiento Semicontributivo del SIS, estableciéndose que el Plan de Beneficios incluye el PEAS, PC, LEAC y el listado de enfermedades raras o huérfanas, y en otra Resolución Jefatural publicada al mes siguiente se establecerían los nuevos aportes mensuales correspondientes (R.J.144/SIS, 2015).

- **Registro de Prestaciones**

Los Establecimientos de Salud reportan las prestaciones brindadas al SIS en un “Formato Único de Atención” (FUA) que es una cartilla en la cual se registran los detalles económicos de la atención para el correspondiente cobro al SIS, por lo cual debe guardar un correcto llenado en base a lo dispuesto en las directivas del SIS. Una vez elaborada este FUA, regularmente pasa a revisión interna por parte de los auditores de los Establecimientos de Salud, para que luego pase a un área de digitación, donde un personal técnico ingresa lo señalado en este FUA a un aplicativo

informático del SIS llamado “SIASIS” (Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS), estableciendo así la producción bruta de cada establecimiento.

Una Resolución Jefatural (R.J.216/SIS, 2015) establecía el correcto llenado del FUA, siendo vigente hasta su modificación en el año 2015 con una Resolución Jefatural que está vigente a la fecha (R.J.107/SIS, 2015). Esta nueva norma busca brindar instrucciones más claras y precisas sobre el correcto llenado en físico y electrónico del FUA, simplificando los procesos para mejorar los registros y los reembolsos a los establecimientos de salud, esto incluye áreas nuevas de llenado para las IPRESS Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los convenios o contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud.

- **Prestaciones No Tarifadas**

Dado que no todas las prestaciones pueden ser ingresadas al aplicativo SIASIS, ya sea por problemas con el tarifario o falta de codificación, el SIS cuenta con una alternativa conocida como “Prestación No Tarifada” o “Sub-componente Prestacional” en la que se genera un expediente en físico adjuntando un Informe Médico o Epicrisis, el FUA de la prestación, una Tabla del consumo valorizado durante la prestación y la Copia de la Boleta de Venta o Factura en caso de haber sido adquirido a un tercero. Dentro de estas Prestaciones No Tarifadas se encuentran muchos medicamentos, insumos o dispositivos de alto costo que no tienen códigos de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) en el SIASIS o que no están incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME).

Por tal motivo, el SIS con la Directiva Administrativa 004-2012-SIS/GREP (R.J.200/SIS, 2012), implementa el proceso de “Evaluación de Tecnología Sanitaria” (ETS), que permite comparar las tecnologías de uso habitual con otras nuevas que se desean implementar, partiendo de un proceso que consolida información disponible en la literatura científica y la analiza con elementos sociales, éticos, económicos y organizacionales del contexto donde se utilizará la tecnología a evaluar, con la finalidad de ver la pertinencia o no del uso de esta. Esto a su vez, representa una oportunidad de mejorar las divisas de los Establecimientos de Salud ya que el SIS

paga por medicamentos e insumos hasta un 20% adicional al costo base por el que fueron adquiridos, bajo conceptos de gastos de preservación y transporte.

En aras de implementar mejoras en este proceso de ETS, el 09 de junio del 2016 el SIS emite la Resolución Jefatural N° 146-2016/SIS en la que modifica la normativa y ve por conveniente nombrar una Comisión Técnica de Gestión de ETS del SIS, y que estos sean supervisados por la GREP, GNF y FISSAL que participaron previamente en este proceso y generaban los informes de ETS. Sin embargo, para el presente año el proceso de ETS correspondientes a las prestaciones SIS, se encuentra a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS), quien recientemente acaba de firmar un convenio con el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de ESSALUD para mejorar las competencias en este complejo proceso.

- **Proceso de Auditoría o Control Prestacional**

Las prestaciones brindadas por las IPRESS pasan por un proceso de auditoría, este puede ser Informático por medio del SIASIS llamándose “Proceso de Evaluación Automática” (PEA) o también puede ser realizado en físico donde se confrontan los registros en la documentación concerniente a la atención. Esta auditoría se da en base al Tarifario de procedimientos establecido por el MINSA, el PNUME establecido por la DIGEMID (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas), las Directivas del SIS, entre otras normas.

El PEA se compone de dos partes, el “Proceso de Supervisión Automática” (PSA) y la “Supervisión Médica Electrónica” (SME). El PSA utiliza “Reglas de Validación”, que son aquellas que invalidan y rechazan automáticamente las prestaciones ingresadas al SIASIS, y “Reglas de Consistencia”, que son las que impiden ingresar al SIASIS aquellas prestaciones inconsistentes. La SME es aquella en la cual los médicos supervisores evalúan las prestaciones que ya han pasado por el filtro del PSA, y pueden ser filtradas para ser evaluadas según su criterio médico, como por ejemplo las prestaciones de más alto costo, atenciones materno-infantiles, pacientes en unidades de cuidados críticos, intervenciones quirúrgicas, etc. Si estas prestaciones no cumplen con los estándares mínimos establecidos en las normas, serán observadas y se reflejarán en una pérdida económica para la Institución.

Los Tarifarios del SIS emitidos por el MINSA siempre han estado acompañados por Resoluciones Jefaturales del SIS, las cuales establecen las respectivas Reglas de Validación y Consistencia que determinan las observaciones de aquellas atenciones que se encuentran al margen de las directivas del SIS. Desde La primera de estas normas de control se publicó el 2005 estableciendo un riguroso control de las prestaciones (por la crisis de financiamiento del SIS por ese entonces), pero esta rigurosidad ha ido disminuyendo progresivamente con el tiempo, siendo tal vez el Tarifario del año 2011 (R.J.226/SIS, 2011), tal vez el que mejor fue recibido por los Establecimientos de Salud, ya que definió conceptos importantes y aclaró muchas dudas, por ejemplo, a nivel de prestaciones administrativas, lo que les permitió ejecutar un mejor el componente de gestión. Posteriormente las reglas de consistencia y validación serían modificadas (R.J.056/SIS, 2011), disminuyendo las reglas de validación de 17 a 10, y aumentando las reglas de consistencia de 10 a 17, logrando así que disminuyan las observaciones por PSA y el ingreso de prestaciones inconsistentes, mejorando así la calidad del registro.

Dentro de la evaluación en físico presencial se tiene al “Proceso de Control Prestacional Posterior” (PCPP) que es un tipo de auditoría retrospectiva hecha en una visita inopinada a los Establecimientos de Salud, en la cual se seleccionan algunas prestaciones al azar de fechas anteriores que ya han sido pagadas con la intención de verificar que se hayan dado según lo establecido en las normas, buscando una correspondencia entre lo ingresado en el SIASIS y lo registrado en físico en la Historia Clínica y el FUA, para luego hacer un *match* de los tres registros. De no ser consistentes se procede al descuento de toda esta prestación en la siguiente transferencia del calendario.

- **Mecanismo de Pago del SIS**

El SIS tiene muchos mecanismos de pago, los cuales se dan según el nivel de atención. En el Nivel III originalmente el mecanismo de pago era “retrospectivo y

por consumo”, es decir, los Establecimientos de Salud recibían el pago luego de haber brindado las atenciones, las cuales se encontraban mermadas por las observaciones que le hacía el SIS, por lo tanto, si estas eran de una cantidad considerable, el establecimiento se encontraba en déficit para reponer lo consumido.

Esto ocurrió hasta el año 2009 (R.M.872/MINSA, 2009), donde en el marco del AUS, el MINSA autoriza al SIS a realizar las adecuaciones necesarias para la implementación del PEAS y lo faculta a aplicar el mecanismo de pago más adecuado en las prestaciones del PEAS en el marco del AUS. Es así que el SIS decide implementar las “Transferencias Prospectivas o Adelantadas”, las cuales se basaban en un estimado de la producción mensual de cada establecimiento, y la realización de la transferencia antes de que se brinden las prestaciones, con la finalidad de que los Establecimientos de Salud ejecuten el dinero de forma más oportuna. Esto se establecería de forma oficial al año siguiente con la Resolución Ministerial N° 934-2010/MINSA, donde se señala que el SIS tiene la facultad de utilizar los mecanismos o las modalidades de pago más adecuados para el financiamiento de las prestaciones en el marco del AUS.

Mediante la Resolución Ministerial N° 910-2011/MINSA se modificaría el numeral 1 del acápite V.2 Del Proceso de Pago de las Prestaciones de la Directiva Administrativa N° 112-MINSA/SIS-V.01 (R.M.422/MINSA, 2007) en el que se dispone que las transferencias de recursos sean programadas por el SIS a fin de garantizar el oportuno financiamiento de las prestaciones. A partir de ese año, el SIS comenzó a implementar las “Transferencias Prospectivas Trimestrales” como un mecanismo de pago más eficiente, mediante el cual ofreció una cantidad considerable de dinero a los Establecimientos para que pudieran planificar mejor sus gastos. De este manera, si los gastos se consumían antes de los tres meses, se reprogramaba una nueva transferencia trimestral con un cálculo de le estimación más alta que la anterior. De esta manera, los Establecimientos de Salud tenían mayor liquidez y podían ejecutar su dinero de forma oportuna.

Cabe señalar que fue importante el periodo donde se dieron los procesos de reconsideración y conciliación con los Establecimientos de Salud. El proceso de reconsideración se implementó a partir del año 2010, donde se establece que el

equipo de auditores de los Establecimientos de Salud puede solicitar la reconsideración para pago de algunas prestaciones observadas, para lo cual el SIS establece un cronograma. Adicionalmente, en el año 2016, surgió una nueva normativa que buscó regular el proceso de reconsideración mediante la implementación de un flujograma que incluye un “Módulo de solicitud de Reconsideración” en el aplicativo SIASIS, similar al Módulo de CEE, pero que a la fecha aún no está disponible. Con respecto a las conciliaciones, en base a la “Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto N° 28411-2004/EF”, el SIS generó algunas directivas (R.J.012/SIS, 2011), con la finalidad de que las conciliaciones con los diferentes Establecimientos de Salud sean posibles, ya que estos aquejaban una supuesta deuda del SIS, haciendo alusión a algunos saldos pendientes producto de observaciones hechas a prestaciones brindadas en años anteriores y que nunca fueron reconsideradas.

Para ello, se coordinaron varias reuniones con los Establecimientos de Salud para reconocer de alguna forma un pago simbólico por dichas observaciones sin necesidad de que sean levantadas, lo cual sería un proceso que le consumiría muchos recursos a los Establecimientos. La gran mayoría de estos quedaron satisfechos con esta gestión; sin embargo, hubo quienes lo criticaron y exigían el total de esta supuesta deuda, motivo por el cual decidieron llevar a cabo este proceso como si fuese una reconsideración en vez de una conciliación. Finalmente, el total de ellos de alguna manera u otra lo llevaron a cabo firmando un acta de conformidad con el SIS solucionando dicha problemática.

2.1.3. Fondo Intangible Solidario En Salud (FISSAL)

En el año 2002, el FISSAL fue creado con la Ley N° 27656 (que también crearía al SIS) como un órgano independiente a raíz de la iniciativa de diferentes Instituciones transnacionales, que tenían la intención de brindar apoyo financiero para las enfermedades de alto costo; sin embargo, el presupuesto con el que contaba en ese entonces era insuficiente para encargarse de todas estas patologías. Es así que en el año 2009 con la Ley marco del AUS, se propone al FISSAL como unidad ejecutora del SIS, es decir, el SIS se dividiría en dos entidades siendo la unidad ejecutora FISSAL la encargada de financiar el Listado de Enfermedades de Alto

Costo (LEAC) que incluye los cánceres más comunes, la insuficiencia renal crónica terminal y las enfermedades raras o huérfanas, mientras que la unidad ejecutora SIS (propriadamente dicha) sería la encargada del restante de atenciones. De este modo, se le llamó al FISSAL como la “Unidad Ejecutora N° 002” del SIS, y se estableció como IAFAS con la promulgación de la Ley N° 29761 y la Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA.

Ese mismo año, se declara de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú, y es la unidad ejecutora FISSAL la encargada de implementarlo en el SIS con el “Plan Esperanza” (D.S.009-SA-EP, 2012). Este plan afiliaba automáticamente y sin evaluación económica a todo peruano que tuviera una de las 7 neoplasias más frecuentes en el Perú (cuello uterino, mama, próstata, estómago, colon, leucemia y linfoma), financiando sus atenciones y realizando pagos prospectivos, lo cual fue de mucho apoyo para los Establecimientos de Salud que tenían una gran población, como lo era el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Posteriormente la unidad ejecutora SIS incluiría 3 neoplasias más (hígado, piel no melanoma y pulmón).

En el 2012 el FISSAL tuvo asignado un presupuesto de S/. 20 millones para el financiamiento de las prestaciones de salud de las enfermedades de alto costo aprobado mediante Decreto Supremo N° 074-2012-EF y Resolución Jefatural N° 079-2012/SIS.

Siendo la protección financiera el tercer eje de la reforma del sector y uno de los principales puntos el incremento de los recursos para las intervenciones de salud pública, se fortalece al FISSAL como brazo operador financiero del Seguro Integral de Salud en lo que respecta a las enfermedades de alto costo y al año siguiente se amplía el presupuesto a S/. 180 millones, logrando ejecutar al finalizar el periodo un total de S/. 178 342 690 nuevos soles, lo que permitió financiar 50 215 atenciones para 22,327 beneficiarios a nivel nacional, según el informe anual del 2013 publicado por el FISSAL en su web oficial.

Por último, es importante mencionar que las transferencias financieras que el FISSAL brinda a los Establecimientos se hacen por medio del “Mecanismo de Pago Prospectivo Nominado”, que es un tipo de transferencias adelantadas de montos

calculados en función a paquetes diseñados u otras variables para la atención de cada asegurado según requerimiento; dichos paquetes son referenciales; sin embargo, a la fecha el FISSAL utiliza el “Mecanismo de Pago Prospectivo Preliquidado” donde se realizan transferencias prospectivas previas a la provisión de la atención de salud, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal del FISSAL. Los montos a transferir se basan en estimaciones del costo de atención, el número de asegurados por atender, entre otros.

2.1.4. Establecimientos de Salud Nivel III

Constituye el nivel descentralizado y operativo en las Entidades Públicas con el mayor nivel resolutivo brindando atenciones altamente especializadas y por ende de alto costo. Una Unidad Ejecutora cuenta con un nivel de desconcentración administrativa que determina y recauda ingresos; contrae compromisos, devenga gastos y ordena pagos con arreglo a la legislación aplicable; registra la información generada por las acciones y operaciones realizadas; informa sobre el avance y/o cumplimiento de metas; recibe y ejecuta desembolsos de operaciones de endeudamiento; y/o se encarga de emitir y/o colocar obligaciones de deuda.

Estos Establecimientos de Salud que a la vez son unidades ejecutoras, trabajan directamente con el SIS mediante la Gerencia Macro regional Centro Medio y se ciñen a un grupo de normas del Gobierno, el Congreso Nacional de la República y el Ministerio de Salud (MINSa), las cuales regulan las atenciones brindadas a los afiliados al SIS.

2.1.5. Estrategias implementadas por el SIS

Son aquellas Directivas Administrativas elaboradas por el propio Seguro Integral de Salud, o en su defecto aquellas acciones tomadas por el SIS derivadas de Resoluciones Ministeriales, Decretos Ley, Leyes y/o Decretos Supremos, que están directamente relacionadas al proceso de transferencia y ejecución de los recursos llevados a cabo entre el SIS y los Establecimientos Nivel III, siendo un total de 11 estrategias consideradas para el estudio dentro del periodo 2009-2017. Sin embargo,

estas no contemplan otras estrategias destinadas a otras circunstancias, como calidad de atención al asegurado, promoción de la salud, procesos de afiliación, etc.

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio fue de tipo Descriptivo Transversal. El Diseño de Investigación es retrospectivo basado en información secundaria.

3.2. Población y Muestra

La Población comprende a los 22 Establecimientos de Salud del MINSA con categorización Nivel III, es decir, los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, de Lima-Metropolitana y el Callao.

La muestra se basó en la Población de los Establecimientos de Salud Nivel III de Lima Metropolitana y el Callao, que fueron un total de 16 establecimientos (Once Hospitales Nacionales y cinco Institutos Especializados) los cuales siguieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de Inclusión

Se incluyen a los Establecimientos de Salud Nivel III que se encuentran bajo la jurisdicción de la actual Gerencia Macro Regional Centro Medio y que antes fueron de la jurisdicción de la UDR HNeIE, pero sólo a aquellos que estuvieron desde el año 2009. Esto también incluye al “Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” del Callao, que a la fecha pertenece a la Región Callao pero anteriormente perteneció a la UDR HNeIE. Todos ellos recibieron transferencias financieras de las mismas partidas del MEF y bajo la misma modalidad de pago durante el periodo de estudio, así como también tuvieron las mismas reglas para la ejecución de los gastos.

- Criterios de Exclusión

Se excluyeron del estudio a aquellos Establecimientos que no se encontraron bajo la jurisdicción de la UDR HNeIE en el año 2009, como fueron el “Instituto

Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, el “Hospital Víctor Larco Herrera”, el “Hospital Hermilio Valdizán”, el “Instituto Nacional de Rehabilitación” y a la nueva sede del “Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja - INSN SB” (que funciona como una unidad ejecutora independiente al INSN de Breña), ya que todos ellos comenzaron a ser parte de esta jurisdicción recién a partir del año 2012. Asimismo, se excluyó al “Hospital de Emergencias de Villa El Salvador – HEVES” ya que este recién entró en funcionamiento a fines del año 2016. Por último, se excluyó del estudio al año 2018 por no contar con la data completa hasta el mes de diciembre, al momento de la culminación y entrega de la presente tesis.

3.3. Operacionalización de Variables

3.3.1. Variable Independientes (VI)

Son los Establecimientos de Salud Nivel III. Estos establecimientos son dependencias que cuenta con un nivel significativo de desconcentración administrativa y económica para contraer compromisos, ordenar pago e informar sobre el avance y/o cumplimiento de metas, cuya identificación presupuestaria requiere la autorización pertinente por parte de la Dirección Nacional del Presupuesto Público del MEF.

- Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN)

Establecimiento Nivel III-2 especializado en el manejo de Patologías Neurológicas, considerado Centro de Referencia a nivel Nacional.

- Instituto Nacional de Oftalmología (INO)

Establecimiento Nivel III-2 especializado en el manejo de Patologías Oftalmológicas, considerado Centro de Referencia a nivel Nacional.

- Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN)

Establecimiento Nivel III-2 especializado en el manejo de Patologías Pediátricas, considerado Centro de Referencia a nivel Nacional.

- **Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)**
 Establecimiento Nivel III-2 especializado en el manejo de Patologías Obstétricas, Ginecológicas y del Recién Nacido, considerado Centro de Referencia a nivel Nacional.

- **Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC)**
 Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a la Provincia Constitucional del Callao, que atiende población en general diversas especialidades, considerado Centro de Referencia para toda la Región Callao.

- **Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU)**
 Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a Lima Metropolitana, ubicado en el Distrito de El Agustino, que atiende población en general diversas especialidades, especializado en patología Pulmonar, considerado Centro de Referencia en Tuberculosis.

- **Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB)**
 Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a Lima Metropolitana, ubicado en el Distrito de Comas, que atiende población en general diversas especialidades, considerado el único Centro de Referencia para toda la Región Norte de Lima.

- **Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH)**
 Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a Lima Metropolitana, ubicado en el Distrito de San Martín de Porres, que atiende población en general diversas especialidades. Considerado Centro de Referencia en Infectología a nivel Nacional.

- **Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA)**
 Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a Lima Metropolitana, ubicado en el Distrito de San Juan de Miraflores, que atiende población en general diversas especialidades, considerado el único Centro de Referencia para toda la Región Sur de Lima.

- **Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL)**

Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a Lima Metropolitana, ubicado en el Distrito de Breña, que atiende población en general diversas especialidades, considerado Centro de Referencia para la capital de Lima.
- **Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM)**

Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a Lima Metropolitana, ubicado en el Distrito de Cercado de Lima (Barrios Altos), que atiende población en general diversas especialidades, considerado Centro de Referencia para la capital de Lima.
- **Hospital General Santa Rosa (HGSR)**

Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a Lima Metropolitana, ubicado en el Distrito Pueblo Libre, considerado de atención predominantemente Gineco-Obstétrica, en el Centro de la capital de Lima.
- **Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU)**

Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a Lima Metropolitana, ubicado en el Distrito de Miraflores, que brinda atención altamente especializada en Emergencias del Paciente Adulto, considerado Centro de Referencia a nivel Nacional.
- **Hospital de Emergencias Pediátricas (HEP)**

Establecimiento Nivel III-1 correspondiente a Lima Metropolitana, ubicado en el Distrito de Miraflores, que brinda atención altamente especializada en Emergencias del Paciente Pediátrico, considerado Centro de Referencia a nivel Nacional.
- **Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé (HONADOMANI)**

Establecimiento Nivel III-1 especializado en el manejo de Patologías Obstétricas, Ginecológicas y del Recién Nacido, considerado Centro de Referencia para la capital de Lima.

- **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)**

Establecimiento Nivel III-2, considerado el único centro altamente especializado en el manejo de las Patologías Oncológicas y Centro de Referencia a nivel Nacional e incluso a nivel Sudamericano, por el gran número de pacientes y el desarrollo de investigación.

3.3.2. Variables Dependientes (VD)

Basados en la Resolución Jefatural N° 422-2007/SIS y la Resolución Jefatural N° 216-2015/SIS, que definen los procesos de pago del SIS y del gasto por parte de los establecimientos de salud.

- **Transferencias Financieras**

También conocida como “Transferencias” o “Pago”. Es la retribución económica reconocida por el SIS a los prestadores que brindan servicios de salud a sus beneficiarios. Estas se encuentran conformadas por:

a) La Transferencia de la Unidad Ejecutora SIS

Pago correspondiente por la producción neta de pacientes con cobertura del SIS.

b) La Transferencia de la Unidad Ejecutora FISSAL

Pago correspondiente por la producción neta de pacientes con cobertura del FISSAL.

c) El Saldo de Balance incorporado del año anterior

Monto económico no ejecutado del año anterior que pasa a ser parte de la Transferencia del presente año.

- **Ejecución**

También conocido como “Gasto”. Es la utilización de los recursos transferidos por el SIS por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

a) Componente de Gestión

Se refiere al monto del valor de producción destinado a garantizar una adecuada provisión de los servicios relacionados a la cobertura prestacional así como los procesos administrativos correspondientes al SIS. Es decir, el Valor destinado a garantizar una adecuada provisión de los servicios.

b) Componente de Reposición

Se refiere al monto del valor de producción correspondiente a la valorización de los procedimientos realizados, medicamentos e insumos, incurridos durante la atención de salud de los beneficiarios.

- **Tasa De Ejecución**

Es la razón entre la Ejecución y la Transferencias al final del periodo anual, la cual se expresa en unidades porcentuales, es decir:

$$TE = E / T$$

- **Saldo**

Es la diferencia entre el 100% absoluto y la Tasa de Ejecución al final del periodo anual, la cual se expresa en unidades porcentuales, es decir:

$$S = 100\% - TE$$

3.3.3. Variable Interviniente (Vi)

Llamadas “Estrategias” para fines del estudio. Son las normativas emitidas por el SIS que habrían tenido una influencia positiva o negativa en el comportamiento de las Transferencias y su Ejecución por parte de los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados comprendidos en el presente Estudio.

- Transferencias Prospectivas

Tal vez la estrategia más importante del SIS. Esta permitió que a partir del año 2009 los Establecimientos de Salud reciban oportunamente el dinero de su producción antes de brindar sus atenciones, quedándoles sólo la obligación de justificar posteriormente lo consumido. Esto se dio a raíz de La Resolución Ministerial N° 872-2009/MINSA, y se oficializaría al siguiente año con la Resolución Ministerial N° 934-2010/MINSA; posteriormente se convertiría en Transferencias Prospectivas Trimestrales con la Resolución Ministerial N° 910-2011/MINSA.

Para el año 2012, con la aparición del FISSAL también se ofrecen Transferencias Prospectivas, siendo estas del Tipo Nominado (por paquetes de atención) y Preliquidado (calculada según paciente, tipo de atención, procedimientos, etc.). Con esto, la definición de deuda se restringió y se limitó sólo a las observaciones que podían derivarse luego de la atención, pudiendo el SIS de esta manera, exigir a los Establecimientos de Salud por aquellas atenciones que ya se habían pagado.

Proceso de Reconsideración de Prestaciones

A partir del año 2010, gracias a la Resolución Jefatural N° 090-2010/SIS, y su Directiva Administrativa 002-2010-SIS/GO que establece el proceso de reconsideración de prestaciones del SIS, los Establecimientos de Salud tuvieron la oportunidad de validar prestaciones observadas durante el proceso de control prestacional del SIS, las cuales serían reconsideradas para pago en el próximo calendario. En el 2016 se establece una modificación con la Resolución Jefatural N° 202-2016/SIS, donde se propone un flujograma que incluye un Módulo de solicitud de Reconsideración en el SIASIS, pero que a la fecha aún no es aplicado.

- **Proceso de Conciliación con los Establecimientos de Salud**

También fue una estrategia inteligente del SIS, ya que permitió solucionar muchos de los reclamos que hacían los Establecimientos de Salud por supuestas deudas, que eran un problema mediático en esos momentos. Gracias a directivas como la Resolución Jefatural N° 012-2011/SIS, el SIS pudo reconocer el pago de prestaciones observadas en años anteriores sin necesidad de ser levantadas por los Establecimientos, a cambio de la transferencia de montos representativos, que si bien no eran el 100% de lo observado, permitieron aumentar sus transferencias y ahorrar muchos recursos como tiempo, dinero, horas hombre, etc.

- **Actualización del Tarifario y Disminución de las Observaciones**

Fue también una intervención muy importante, ya que con la promulgación del AUS en el 2009 se trató de mejorar el Tarifario con la Resolución N° 240-2009/MINSA y disminuir las observaciones con las Resoluciones Jefaturales 185 y 186-2009/SIS. Sin embargo, esto no mejoraría parecería insuficiente por lo que el año 2011 se estableció un nuevo Tarifario con la Resolución Ministerial N° 226-2011/MINSA y la Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS que en su Directiva Administrativa 002-2011-SIS-GO disminuiría en gran medida las reglas de validación, teniendo un mejor recibimiento por parte de los Establecimientos de Salud.

La última modificación del PEA se da en el año 2015 con la Resolución Jefatural N° 241-2015/SIS, y su Directiva Administrativa 002-2015-SIS/GREP-V.02, que actualiza algunos conceptos y aumenta las reglas de validación y consistencia.

- **Mejoras en el Proceso de Solicitud de Cobertura Extraordinaria de Enfermedades**

Establecidos por la Resolución Jefatural N° 093-2011/SIS, que modifica la Resolución Jefatural N° 134-2010/SIS (que establece la CEE) dando 1 UIT de más a los topes establecidos en el PEAS y hasta 5 UIT a las Neoplasias. Esto fue

importante ya que antes de ello, los Establecimientos de Salud hacían muchos expedientes de solicitud porque sus pacientes superaban rápidamente los toques del PEAS y debían pedir CEE. Con esta norma, los expedientes de solicitudes disminuyeron drásticamente.

Pero no fue hasta unos meses después que con la implementación del Módulo de Solicitud de CEE en el aplicativo SIASIS, desaparecieron por completo los expedientes, ya que estas solicitudes se hacía virtualmente y permitían además acortar los tiempos de respuesta, llegando a ser respondidas incluso el mismo día de la solicitud. Todo esto benefició mucho a los Establecimientos de Salud e incluso al SIS, ya que ahorró tiempo, dinero, horas hombre, etc, siendo destinados estos a otras actividades.

- **Mejora en la Cobertura Prestacional del Régimen Subsidiado**

Siendo el régimen Subsidiado, la población diana para el SIS y aquellos que representan el mayor número de atenciones en la actualidad, es que cualquier modificación del Plan de Beneficios se considera importante, y como se ha visto anteriormente, existieron varias modificaciones traducidas en normas.

Esta serie de normas que incluyen el LPIS en el 2007, el PEAS en el 2009 y sus posteriores adaptaciones hechas por el SIS, como la última establecida en la Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS, que en la Directiva Administrativa 003-2012-SIS-GREP regula la cobertura prestacional del régimen de financiamiento subsidiado del SIS, permiten considerar que desde el año 2012 el SIS cubre casi todos los diagnósticos salvo sus tres excepciones, lo cual permite indirectamente aumentar la demanda de atención y a los Establecimientos de Salud aumentar su producción reflejándose en un aumento de sus transferencias.

- **Implementación del FISSAL y su Plan Esperanza**

Una genial iniciativa del Estado, fue la creación del FISSAL como unidad ejecutora del SIS con la Ley N° 29761 y la Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA para el manejo de las enfermedades de alto costo. Gracias al Decreto Supremo N° 009-2012-SA muchas personas que sufrían una de las 7

neoplasias más frecuentes en el Perú terminaron beneficiándose ya que fueron afiliadas automáticamente, independientemente de su situación económica, pudiendo recibir atención gratuita con el financiamiento del FISSAL. Posteriormente, el SIS incluiría 3 neoplasias más, aumentando así la producción de los Establecimientos de Salud, esto por ser enfermedades muy costosas que no podían ser solventadas por muchos peruanos, por lo tanto, debería reflejar un impacto favorable en las transferencias financieras.

- **Evaluación de Tecnologías Sanitarias**

Esta estrategia pese a que fue una herramienta de control de las solicitudes de Prestaciones No Tarifadas para medicamentos, insumos y dispositivos de alto costo, permitió a su vez que los Establecimientos de Salud puedan ofrecerle a los pacientes alternativas de tratamiento que antes no podían ofrecer y que el paciente asegurado al SIS no podía costear. En la Resolución Jefatural N° 200-2012/SIS con su Directiva Administrativa 004-2012-SIS/GREP, se establece el procedimiento de ETS, garantizando así el financiamiento de nuevas tecnologías solicitadas por los Establecimientos, lo cual generaría mayores divisas a las farmacias y por ende un aumento de las transferencias y mayor ejecución de sus recursos.

- **Ampliación de Cobertura al Régimen Semicontributivo NRUS y SIS Independiente**

En la Resolución Jefatural N° 150-2013/SIS se amplía la cobertura prestacional del Régimen de Financiamiento Semicontributivo NRUS del SIS, que incluye el PEAS, PC y posibilidad de trámite de CEE, mientras que con la Resolución Jefatural N° 111-2015/SIS, el SIS Independiente tendría cobertura del PEAS, PC, LEAC y el listado de enfermedades raras o huérfanas. Esto quitaría las restricciones de atención que tenían previamente estos tipos de seguros, permitiendo a los Establecimientos de Salud aumentar su producción.

- **Implementación del Nuevo Formato Único de Atención**

Establecido por la Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS, en la Directiva Administrativa 001-2015-SIS/GREP-V.01 sobre el llenado del FUA en las IPRESS Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los convenios o contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud. El FUA es un valioso instrumento de registro de las prestaciones, el cual por muchos años ha sido llenado de forma incorrecta por los usuarios de las IPRESS generando observaciones al momento de la auditoría. Esta norma busca brindar instrucciones para el correcto llenado en físico o electrónicamente, simplificando este proceso para mejorar las transferencias financieras (Anexo: Figura 19).

- **Servicios Complementarios en Salud**

El Decreto Supremo 001-2014-SA aprueba el reglamento del Decreto Legislativo N° 1154 que autoriza los Servicios Complementarios en Salud y los define como los servicios que el profesional de salud presta en forma voluntaria en el mismo establecimiento donde labora o en otro establecimiento de salud con el que su unidad ejecutora o entidad pública tenga un convenio. Estas prestaciones comprenden atenciones por consulta externa, procedimientos, intervenciones quirúrgicas, entre otros, y son brindadas fuera del horario habitual de labores del trabajador sin desmedro de este, buscando disminuir las listas de espera de los asegurados.

Estos Servicios complementarios, no se dieron en los Hospitales Nacionales e Institutos hasta el año 2015, gracias a la Resolución Jefatural N° 240-2015/SIS, que en su Directiva Administrativa S/N-2015-SIS/GREP-GNF-V.01 norma el proceso de implementación de los Servicios Complementarios en Salud para los asegurados del SIS, aumentando la producción de los Establecimientos de Salud.

VARIABLES INDEPENDIENTES (VI)						
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	INDICES	UNIDADES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
HOSPITALES NACIONALES NIVEL III e INSTITUTOS ESPECIALIZADOS (HNeIE)	Dependencia que cuenta con un nivel significativo de desconcentración administrativa y económica para contraer compromisos, ordenar pago e informar sobre el avance y/o cumplimiento de metas, cuya identificación presupuestaria requiere la autorización pertinente por parte de la Dirección Nacional del Presupuesto Público del MEF.	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS (INCN)	Establecimiento de Salud Nivel III-2	Unidad Ejecutora	Cualitativa politómica	Nominal
		INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA (INO)	Establecimiento de Salud Nivel III-2	Unidad Ejecutora		
		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO (INSN)	Establecimiento de Salud Nivel III-2	Unidad Ejecutora		
		INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP)	Establecimiento de Salud Nivel III-2	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN (HNDAC)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE (HNHU)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES (HNSEB)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA (HNCH)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARÍA AUXILIADORA (HAMA)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA (HNAL)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO (HNDM)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL GENERAL SANTA ROSA (HGSR)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA (HEJCU)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (HEP)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
		HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO, SAN BARTOLOMÉ (HONADOMANI)	Establecimiento de Salud Nivel III-1	Unidad Ejecutora		
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS (INEN)	Establecimiento de Salud Nivel III-2	Unidad Ejecutora				

VARIABLES DEPENDIENTES (VD)						
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	INDICES	UNIDADES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
TRANSFERENCIA (T)	También conocida como Pago. Es la retribución económica reconocida por el SIS a los prestadores que brindan servicios de salud a sus beneficiarios	SALDO DE BALANCE (INCORPORADO DEL AÑO ANTERIOR)	Monto económico no ejecutado del año anterior que pasa a ser parte de la Transferencia del presente año.	Nuevos Soles (S/.)	Cuantitativa continua	De razón
		TRANSFERENCIA DE LA UNIDAD EJECUTORA SIS	Pago correspondiente por la producción neta de pacientes con cobertura del SIS.	Nuevos Soles (S/.)	Cuantitativa continua	De razón
		TRANSFERENCIA DE LA UNIDAD EJECUTORA FISSAL	Pago correspondiente por la producción neta de pacientes con cobertura del FISSAL.	Nuevos Soles (S/.)	Cuantitativa continua	De razón
EJECUCIÓN (E)	Utilización de los recursos transferidos por el SIS por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	COMPONENTE DE GESTIÓN	Valor destinado a garantizar una adecuada provisión de los servicios.	Nuevos Soles (S/.)	Cuantitativa continua	De razón
		COMPONENTE DE REPOSICIÓN	Valor destinado a reponer medicamentos e insumos incurridos.	Nuevos Soles (S/.)	Cuantitativa continua	De razón
TASA DE EJECUCIÓN (TE)	Razón entre los montos de Ejecución y Transferencia $TE = E / T$	TASA DE EJECUCIÓN	Porcentaje de la Transferencia Ejecutada	Porcentaje (%)	Cuantitativa continua	De razón
SALDO (S)	Diferencia entre el 100% absoluto y la Tasa de Ejecución al final del año $S = 100\% - TE$	SALDO DISPONIBLE	Porcentaje complementario a la Tasa de Ejecución	Porcentaje (%)	Cuantitativa continua	De razón

VARIABLES INTERVIENTES (Vi)						
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	INDICES	UNIDADES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
ESTRATEGIAS APLICADAS POR EL SIS	Son las normativas emitidas por el SIS que habrían tenido influencia en el comportamiento de las Transferencias y Ejecución por parte de los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados comprendidos en el presente Estudio	1. TRANSFERENCIA PROSPECTIVA	R.M. 872-2009/MINSA, R.M. 934-2010/MINSA y R.M. 910-2011/MINSA	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		2. PROCESO DE RECONSIDERACIÓN DE PRESTACIONES	R.J. 090-2010/SIS	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		3. PROCESO DE CONCILIACIÓN CON LOS EESS	R.J. 012-2011/SIS	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		4. ACTUALIZACIÓN DEL TARIFARIO Y DISMINUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES	R.M. 240-2009/MINSA y R.J. 185 y 186-2009/SIS, R.M. 226-2012/MINSA y R.J. 056-2012/SIS, y R.J. 241-2015/SIS	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		5. MEJORAS EN EL PROCESO DE SOLICITUD DE CEE	Resolución Jefatural Nº 093-2011/SIS	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		6. MEJORA EN LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	Resolución Jefatural Nº 197-2012/SIS	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		7. IMPLEMENTACIÓN DEL FISSAL Y SU PLAN ESPERANZA	Ley Nº 29761 R.M. 319-2012/MINSA D.S. 009-2012-SA	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		8. EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS	R.J. 200-2012/SIS	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		9. AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DEL NRUS Y SIS INDEPENDIENTE	R.J. 150-2013/SIS R.J. 111-2015/SIS	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		10. IMPLEMENTACIÓN DEL NUEVO FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN	Resolución Jefatural Nº 107-2015/SIS	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal
		11. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD	Resolución Jefatural Nº 240-2015/SIS	No aplica	Cualitativa dicotómica	Nominal

3.4. Instrumentos

Se usó el programa Google Chrome para extraer la información de la página web del SIS y la búsqueda bibliográfica para el marco teórico y la discusión. Dicha información fue procesada en el programa informático Excel del Software Microsoft Office 2013.

3.5. Procedimientos

Se realizó principalmente una explotación de la data de la Página Web Oficial del SIS, con el apoyo de la Sede Central del SIS con su Oficina de Transparencia Institucional, la OGTI, la GREP, la GNF, la GA y la OGPPDO.

La técnica de recolección de datos fue la siguiente:

1. Se ingresa al sitio web “<http://www.sis.gob.pe>” (Anexo: Figura 4).
2. Se selecciona el link “**Mundo IPRESS**” (Anexo: Figura 5).
3. Se ingresa a la opción “**Mirador GNF Transferencias**” (Anexo: Figura 6).
4. Se aprecian muchas opciones. Se ingresa primero a “**Reportes Financieros Producción**” donde figuran las transferencias. El reporte del mes de Diciembre consolida toda la información anual. Por ejemplo aquí tenemos la producción del año 2016 (Anexo: Figura 7).
5. Una vez seleccionado el archivo excel de “Transferencia Pliego SIS – Diciembre 2016”, se guarda en la computadora como se indica, para luego poder abrir el archivo (Anexo: Figura 8).
6. Una vez abierto el archivo se muestra el consolidado de producción y transferencias de todos los Establecimientos de Salud a nivel nacional. Seleccionar REGIÓN: “LIMA”, U. EJECUTORA: Hospital Nacional Nivel III o Instituto Especializado (En el ejemplo es el “INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS”) para ver las producciones y transferencias desde el año 2011 hasta el año 2016 (Anexo: Figura 9).
7. Al no contar con información consolidada de las transferencias de los años 2009 y 2010, necesarias para completar el periodo de estudio, se busca la información por otra vía. Regresamos al Mirador GNF Transferencias y seleccionamos “**Calendario de Pago**”, aquí se encuentra la información de

las transferencias en todas las Resoluciones Jefaturales emitidas por el SIS que generan pagos a los Establecimientos de Salud según su calendario mensual (Anexo: Figura 10).

Aquí se encuentra un buscador en el que se selecciona el año a revisar, en este caso se toma por ejemplo el 2009. Una vez seleccionado, se aprecian dos tipos de archivos.

- Los archivos PDF de todas las Resoluciones Jefaturales con las transferencias mensuales, donde se pueden apreciar las transferencias por Recursos Ordinarios (RO) correspondientes al SIS Subsidiado y FISSAL, y las transferencias por Recursos Directamente Recaudados (RDR) correspondientes al SIS Semisubsidiado (Anexo: Figuras 11, 12 y 13).
 - Los otros, son archivos excel con la información de los PDF mas detallada en lo que respecta a la producción mensual (Anexo: Figura 14).
8. Luego, para ver la Ejecución es necesario regresar una vez más al Mirador GNF y elegir la opción “Transferencias vs Ejecución”, donde se aprecian las ejecuciones de las transferencias reportadas por los Establecimientos de Salud al SIS en archivos excel. Estos contienen archivos que comprenden el periodo de estudio (Anexo: Figura 15).
 9. Al dar click en el archivo excel se abre nuevamente una ventana que solicita guardar el archivo, luego de guardarlo se aprecia un cuadro que contiene la Ejecución disgregada en su “Componente de Reposición” y “Componente de Gestión” (Anexo: Figuras 16 y 17).
 10. Sin embargo, la Información obtenida de la misma Institución del SIS, fue contrastada con la del MEF, que en su Página Web Oficial <https://www.mef.gob.pe/es/> presenta el link “**Consulta amigable**”, donde se pueden apreciar los Pliegos de los diferentes sectores del Estado, como lo es el Pliego MINSA dentro del Sector Salud. Aquí se evidencian las diferentes fuentes de financiamiento de los Establecimientos de Salud y en el rubro “Donaciones y Transferencias” (DYT), se puede corroborar que la información obtenida del SIS es consistente con la del MEF.

3.6. Análisis de Datos

El análisis de la información y las gráficas de esta fueron realizados también en el programa Excel del Software Microsoft Office 2013, las cuales se hicieron por años, por Establecimientos de Salud y finalmente consolidados de ambos (Anexo: Figura 18).

3.7. Consideraciones Éticas

Este trabajo se realizó a partir de una información obtenida de una base de datos que está publicada en la Página Web Oficial del SIS y es de acceso público como lo estipula el Artículo 10° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, “Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública”. Sin embargo, para salvaguardar la formalidad del caso, esta información también fue solicitada a través del “portal de transparencia” en la página web del SIS, obteniendo una respuesta favorable por parte de la Institución (Anexo: Figura 3).

El presente estudio tiene una gran responsabilidad social ya que trata sobre el financiamiento ofrecido por principal Sistema de Aseguramiento Público que tiene nuestro Sistema Nacional de Salud a los principales Establecimientos de Salud Nivel III, los cuales tienen una enorme demanda de atenciones por parte de los usuarios, quienes son la población más pobre del País y en quienes se debe velar por sus derechos en todo momento mediante las garantías explícitas establecidas en la Ley del AUS como son la calidad de atención, el acceso a la salud, la oportunidad de atención y la protección financiera, siendo esta última la que se encuentra analizada en el presente estudio.

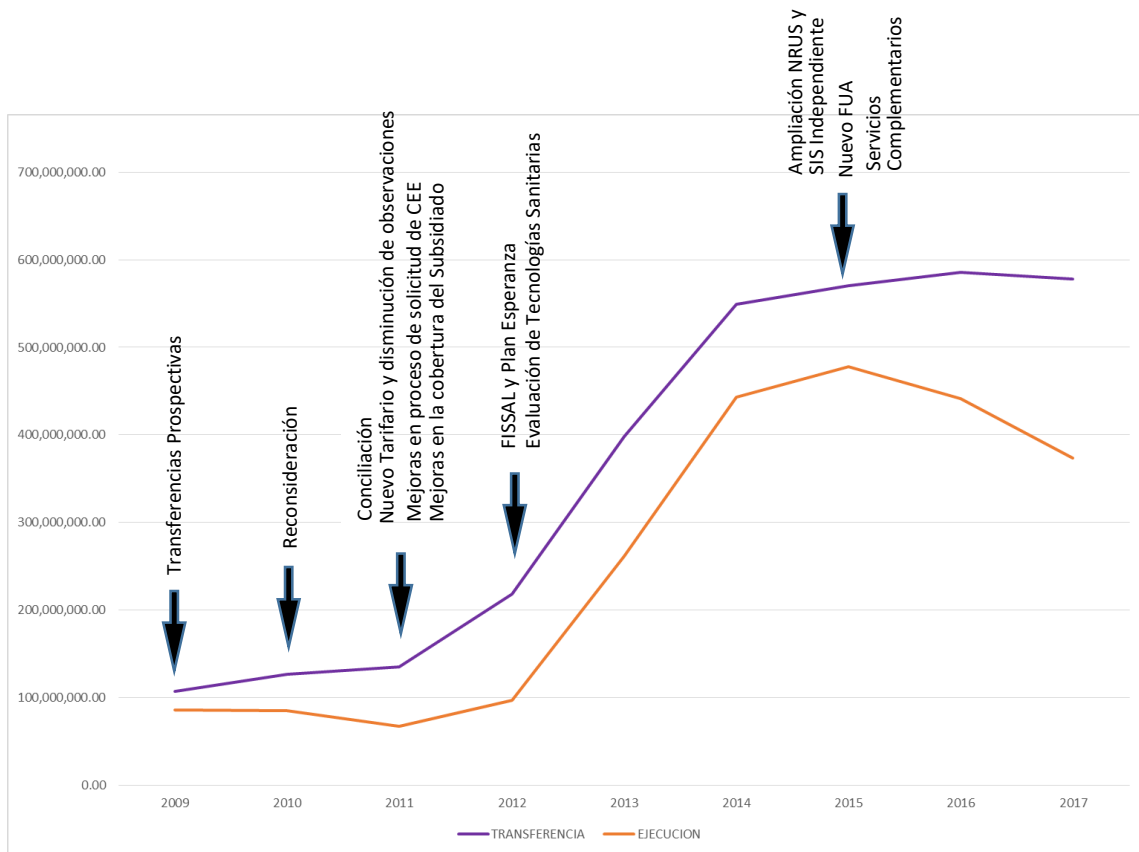
Asimismo, estas transferencias financieras permiten solventar las atenciones de salud mediante el ingreso de recursos bajo la modalidad de “Donación y Transferencias”, lo cual indirectamente tiene un impacto positivo en los establecimientos de salud, ya que permite que sus recursos directamente recaudados de las atenciones particulares y sus recursos ordinarios de modalidad “Histórico” (Transferencias Financieras que el MINSA brinda mensualmente establecidas según un registro histórico a través del tiempo), no se vean afectados

por los gastos de gestión y reposición que generan los pacientes del SIS, teniendo así más capacidad de gasto para su infraestructura, pago de personal, compra de equipos y otros muy necesarios como el adecuado manejo de excretas, desechos tóxicos, y secreciones y restos biológicos, que se tienen que procesar a diario en los Hospitales e Institutos para proteger el medio ambiente.

IV. Resultados

Como se puede apreciar en este gráfico, la mayoría de normativas (estrategias), se dan en la primera mitad del periodo de estudio. Los años que tuvieron la mayoría de estrategias por año, fueron los años 2011 y 2015. Se aprecia que las Transferencias tienen una tendencia a aumentar desde el 2009 y exponencialmente después del 2011 hasta el 2016 que experimenta una discreta caída, mientras que la ejecución disminuyó en el 2011 y presentó un notable deterioro desde el 2015 hasta el 2017.

Gráfico 1, Transferencias vs Ejecución por Establecimientos de Salud en el Periodo 2009-2017



Se realizó un análisis de la producción anual neta consolidada de los 16 Hospitales Nacionales e Institutos Especializados en los años del Periodo de estudio, que comprendieron desde el año 2009 hasta el 2017. Para ello se consideraron las Variables Dependientes del Estudio, que incluyen a las Transferencias, Ejecución, Tasa de Ejecución y Saldos anuales, lo cual nos permitieron tener una visión global del comportamiento anual de este grupo de Establecimientos de Salud. Dentro de las Transferencias se incluye a las dos unidades ejecutoras del SIS, que son el SIS propiamente dicho y el FISSAL. Cabe señalar que dentro de estas Transferencias se incluye el Saldo de balance incorporado del año anterior (Saldo), el cual tendrá el mismo mecanismo de pago que el de la unidad ejecutora SIS, por consumo y no por paquete como el FISSAL, por lo cual se representan juntos como “SIS-SALDO” (color celeste).

Tabla 1, Consolidado por años en el Periodo de Estudio 2009-2017

AÑOS	SIS-SALDO	%	FISSAL	%	TRANSFERENCIA	COMPONENTE DE REPOSICIÓN	%	COMPONENTE DE GESTIÓN	%	EJECUCION	SALDO	TASA DE EJECUCION
2009	107,243,094.45	100.00%	0.00	0.00%	107,243,094.45	63,141,811.69	73.60%	22,650,338.33	26.40%	85,792,150.02	21,450,944.43	80.00%
2010	126,159,696.52	100.00%	0.00	0.00%	126,159,696.52	60,423,361.12	70.86%	24,853,350.86	29.14%	85,276,711.98	40,882,984.54	67.59%
2011	135,459,010.92	100.00%	0.00	0.00%	135,459,010.92	55,361,253.64	82.57%	11,685,753.06	17.43%	67,047,006.70	68,412,004.22	49.50%
2012	209,730,260.22	96.03%	8,681,759.39	3.97%	218,412,019.61	69,013,583.87	71.52%	27,484,484.93	28.48%	96,498,068.80	121,913,950.81	44.18%
2013	284,295,697.81	71.35%	114,142,968.00	28.65%	398,438,665.81	188,484,869.77	72.11%	72,905,105.71	27.89%	261,389,975.48	137,048,690.33	65.60%
2014	439,279,358.33	79.93%	110,292,375.00	20.07%	549,571,733.33	305,309,934.39	68.86%	138,038,341.28	31.14%	443,348,275.67	106,223,457.66	80.67%
2015	461,546,439.66	80.95%	108,606,446.00	19.05%	570,152,885.66	367,198,341.03	76.81%	110,834,703.31	23.19%	478,033,044.34	92,119,841.32	83.84%
2016	523,827,114.32	89.41%	62,061,777.00	10.59%	585,888,891.32	370,146,347.00	83.89%	71,087,442.00	16.11%	441,233,789.00	144,655,102.32	75.31%
2017	500,723,835.32	86.61%	77,428,413.00	13.39%	578,152,248.32	329,697,586.00	88.35%	43,470,614.00	11.65%	373,168,200.00	204,984,048.32	64.54%
TOTAL	2,788,264,507.56	85.28%	481,213,738.39	14.72%	3,269,478,245.95	1,808,777,088.51	77.57%	523,010,133.48	22.43%	2,331,787,221.99	937,691,023.96	71.32%

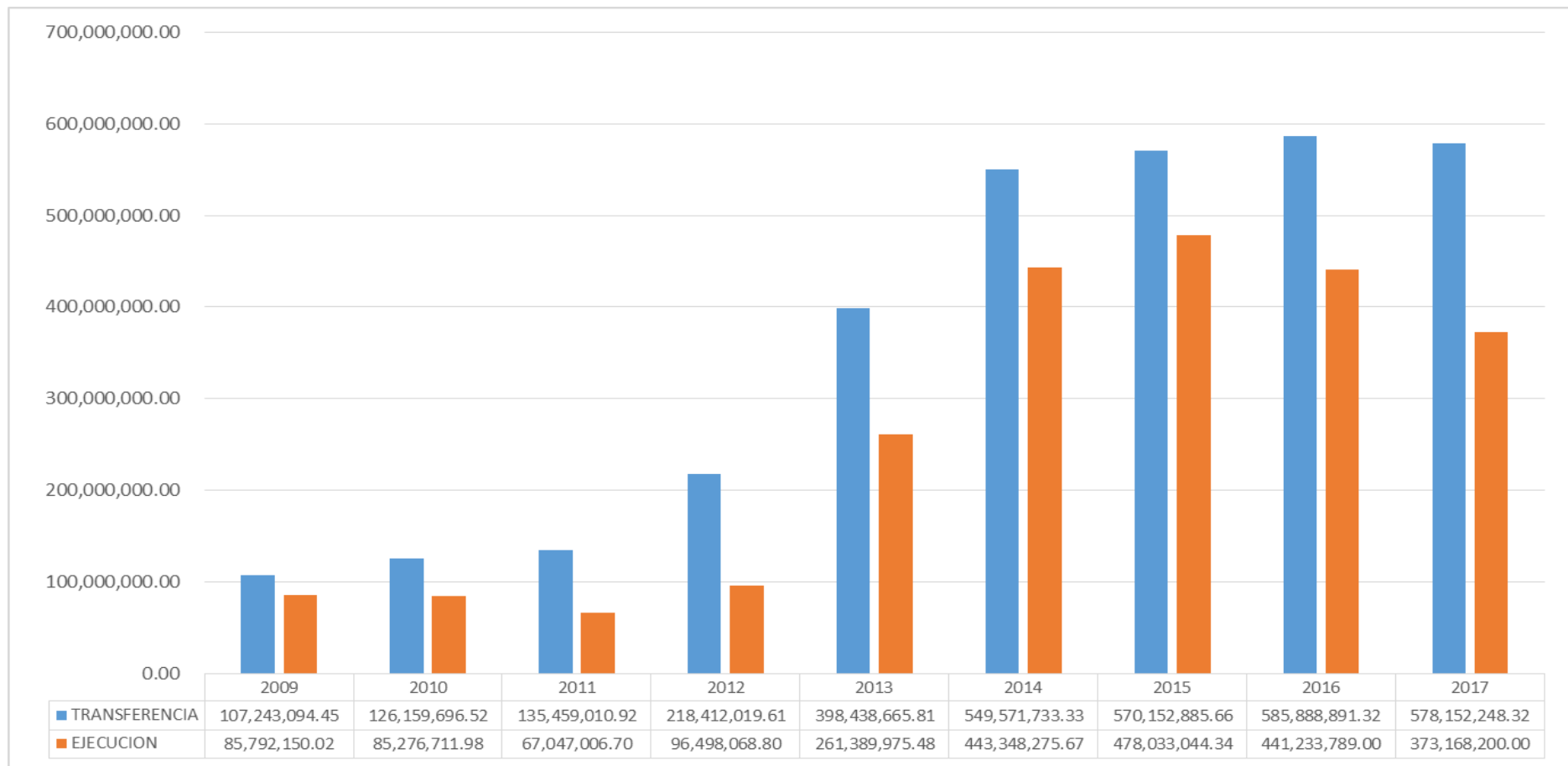


Gráfico 2, Transferencias vs Ejecución Anual en el Periodo de Estudio 2009-2017

También se realizó un consolidado de la producción neta por cada Establecimiento de Salud, analizando las mismas variables que se utilizaron para el análisis anual. Fueron 16 Establecimientos de Salud en total, de los cuales 11 fueron Hospitales Nacionales y 5 fueron Institutos Especializados del MINSA, comprendiendo el periodo de estudio desde el año 2009 hasta el año 2016. Esto se hizo con la finalidad de hacer un análisis sobre cuáles son las características propias de cada establecimiento, es decir, tener una idea de su capacidad de gestión, y las características individuales en relación a su producción y ejecución.

Tabla 2, Consolidado por Establecimientos de Salud en el Periodo de Estudio 2009-2017

Nº	U.E.	NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA	SIS-SALDO	%	FISSAL	%	TRANSFERENCIA	COMPONENTE DE REPOSICIÓN	%	COMPONENTE DE GESTIÓN	%	EJECUCIÓN	SALDO	TASA DE EJECUCIÓN
1	INCN	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS	50,353,040.23	99.87%	64,526.00	0.13%	50,417,566.23	30,272,991.42	74.31%	10,464,217.99	25.69%	40,737,209.41	9,680,356.82	80.80%
2	INO	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA	41,064,687.15	100.00%	0.00	0.00%	41,064,687.15	24,015,658.08	67.70%	11,458,378.45	32.30%	35,474,036.53	5,590,650.62	86.39%
3	INSN	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	213,557,309.48	96.52%	7,703,324.50	3.48%	221,260,633.98	131,876,741.71	82.29%	28,387,190.72	17.71%	160,263,932.43	60,996,701.55	72.43%
4	INMP	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	143,066,958.29	99.90%	146,950.00	0.10%	143,213,908.29	71,822,758.32	65.80%	37,325,635.35	34.20%	109,148,393.67	34,065,514.62	76.21%
5	HNDAC	HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN	243,238,443.37	88.91%	30,347,222.23	11.09%	273,585,665.60	144,231,806.50	69.30%	63,887,920.83	30.70%	208,119,727.33	65,465,938.27	76.07%
6	HNHU	HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE	240,316,895.36	91.58%	22,093,778.79	8.42%	262,410,674.15	140,233,269.49	80.08%	34,872,467.48	19.92%	175,105,736.97	87,304,937.18	66.73%
7	HNSEB	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	144,588,229.06	99.21%	1,152,710.18	0.79%	145,740,939.24	54,683,635.34	65.55%	28,737,172.31	34.45%	83,420,807.65	62,320,131.59	57.24%
8	HNCH	HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	381,738,444.83	84.80%	68,445,691.92	15.20%	450,184,136.75	187,388,111.51	63.27%	108,787,822.67	36.73%	296,175,934.18	154,008,202.57	65.79%
9	HAMA	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARÍA AUXILIADORA	243,874,474.38	89.22%	29,457,607.23	10.78%	273,332,081.61	133,306,059.89	68.55%	61,155,931.25	31.45%	194,461,991.14	78,870,090.47	71.14%
10	HNAL	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	305,319,525.94	92.05%	26,383,493.82	7.95%	331,703,019.76	187,342,650.60	79.06%	49,627,389.14	20.94%	236,970,039.74	94,732,980.02	71.44%
11	HNDM	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	231,014,631.12	91.84%	20,524,902.75	8.16%	251,539,533.87	145,282,638.96	79.71%	36,986,057.03	20.29%	182,268,695.99	69,270,837.88	72.46%
12	HGSR	HOSPITAL GENERAL SANTA ROSA	61,109,824.44	78.55%	16,691,869.81	21.45%	77,801,694.25	41,020,849.62	70.57%	17,108,132.77	29.43%	58,128,982.39	19,672,711.86	74.71%
13	HEICU	HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA	36,620,695.89	99.87%	47,781.00	0.13%	36,668,476.89	24,734,310.15	87.54%	3,519,730.12	12.46%	28,254,040.27	8,414,436.62	77.05%
14	HEP	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS	29,725,618.31	99.81%	56,414.00	0.19%	29,782,032.31	17,067,536.97	81.60%	3,849,412.87	18.40%	20,916,949.84	8,865,082.47	70.23%
15	HONADOMANI	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO	103,698,027.15	99.88%	126,731.66	0.12%	103,824,758.81	62,202,550.80	86.49%	9,717,214.41	13.51%	71,919,765.21	31,904,993.60	69.27%
16	INEN	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	318,977,702.55	55.29%	257,970,734.50	44.71%	576,948,437.05	413,295,519.15	96.02%	17,125,460.09	3.98%	430,420,979.24	146,527,457.81	74.60%
TOTAL			2,788,264,507.56	85.28%	481,213,738.39	14.72%	3,269,478,245.95	1,808,777,088.51	77.57%	523,010,133.48	22.43%	2,331,787,221.99	937,691,023.96	71.32%

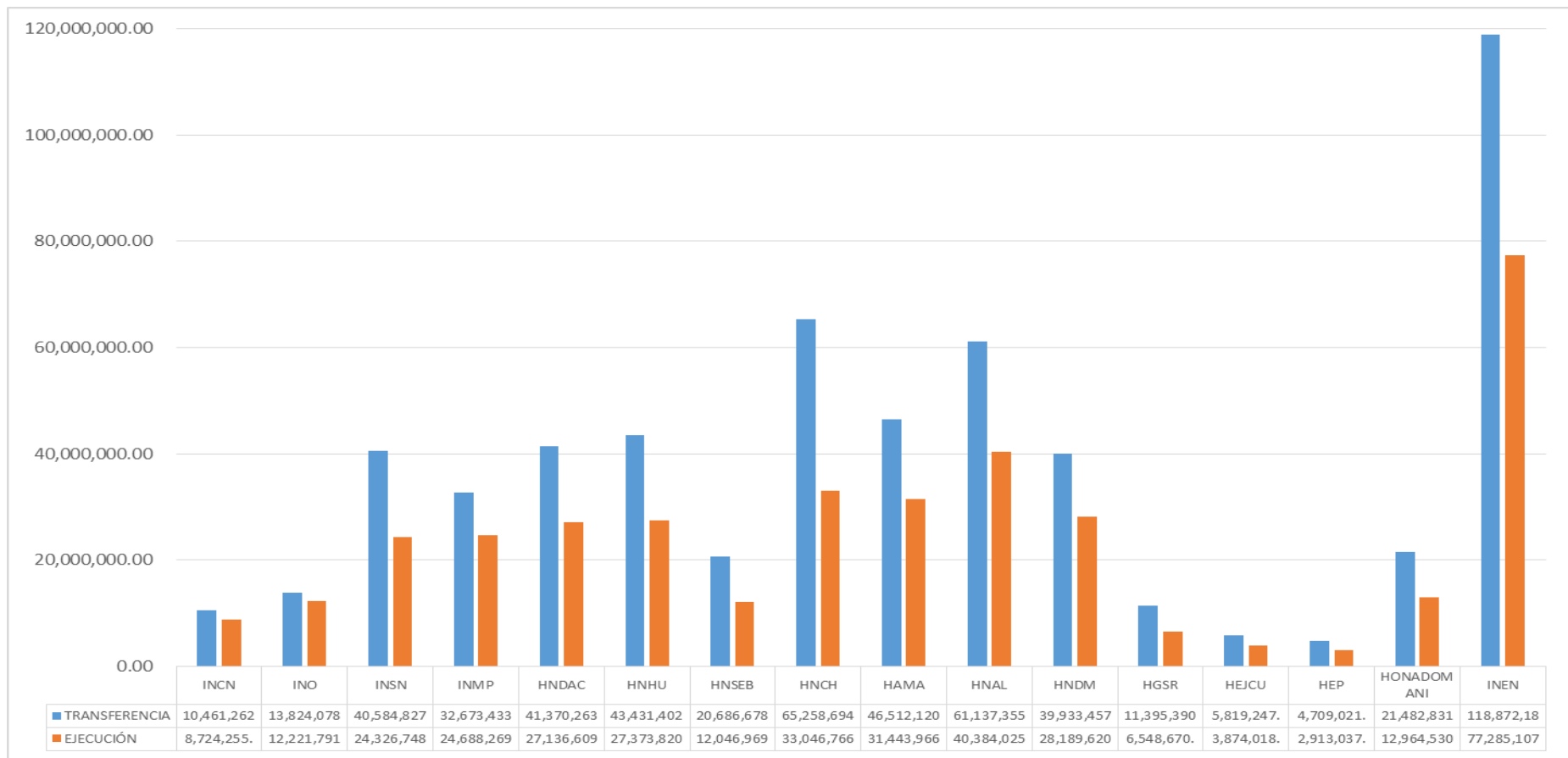


Gráfico 3, Transferencias vs Ejecución por Establecimientos de Salud en el Periodo de Estudio 2009-2017

Las transferencias fueron analizadas anualmente y por establecimiento de salud, según SIS-SALDO y FISSAL. Se realizaron gráficos de barras y de tendencias encontrándose los siguientes resultados. Puede evidenciarse que las transferencias han ido aumentando a lo largo de los años hasta el 2016, y decae en el 2017. Con FISSAL hubo un aumento drástico del 2012 al 2013, luego decae y tiene un aumento discreto en el 2017.

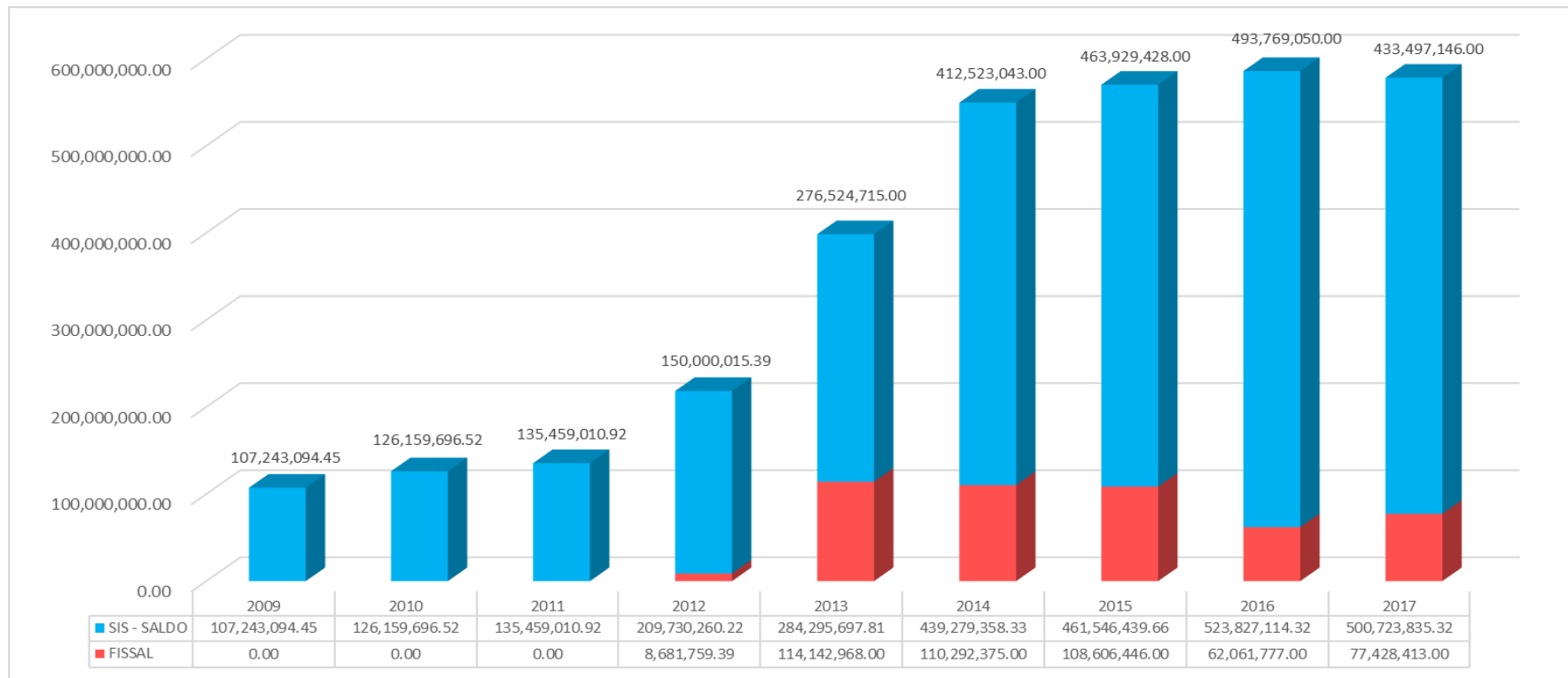


Gráfico 4, Transferencia Anual según Periodo de Estudio 2009-2017

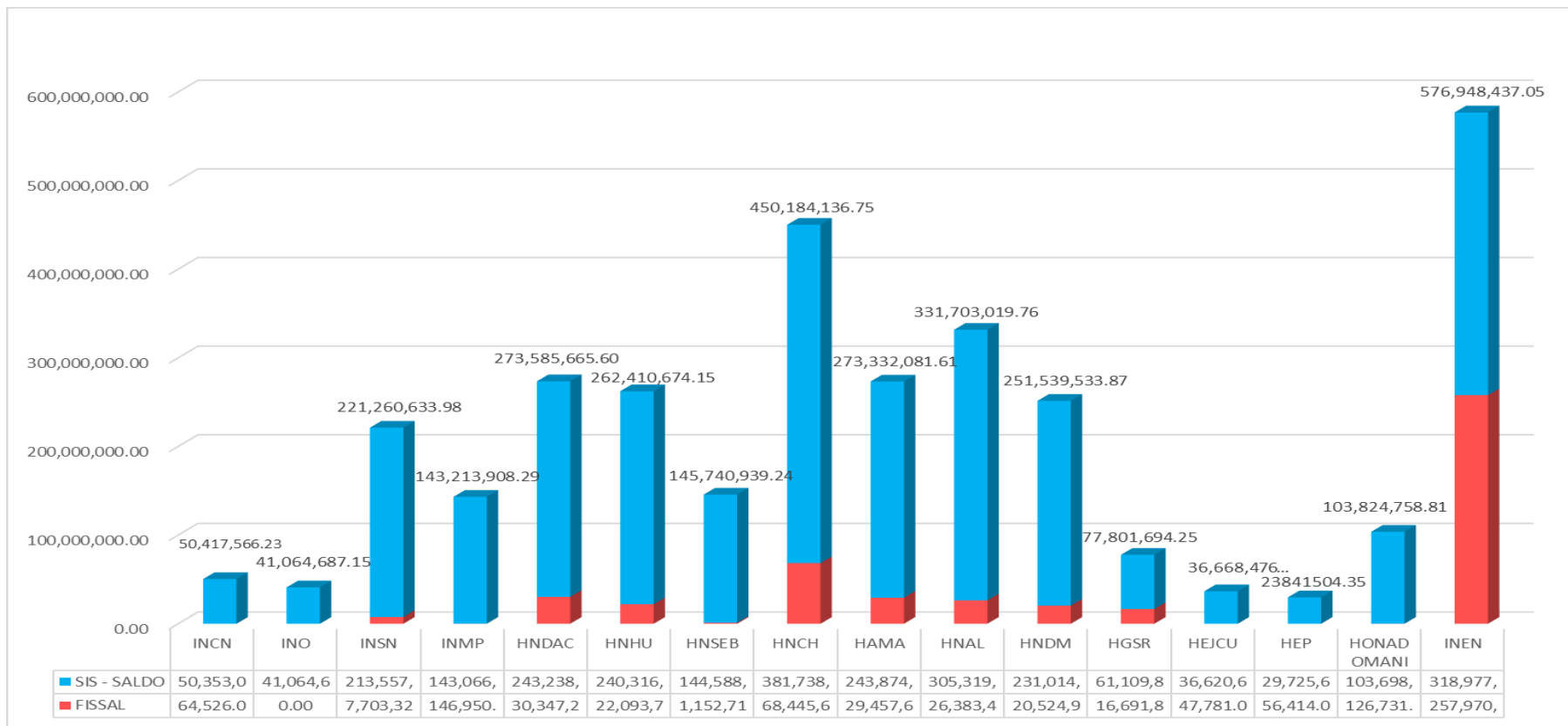


Gráfico 5, Transferencia por Establecimientos de Salud según Periodo de Estudio 2009-2017

Asimismo, se realizó el análisis por cada establecimiento de salud, encontrándose al INEN como el Establecimiento con mayor presupuesto en estos años de estudio, y también el que tiene más asignación por el FISSAL, seguido del HNCH y el HNAL, mientras que los que menos ingresos tienen son los dos Hospitales de Emergencia, el HEJCU y el HEP. El INO fue el único que no registró ingresos por FISSAL en estos años de estudio.

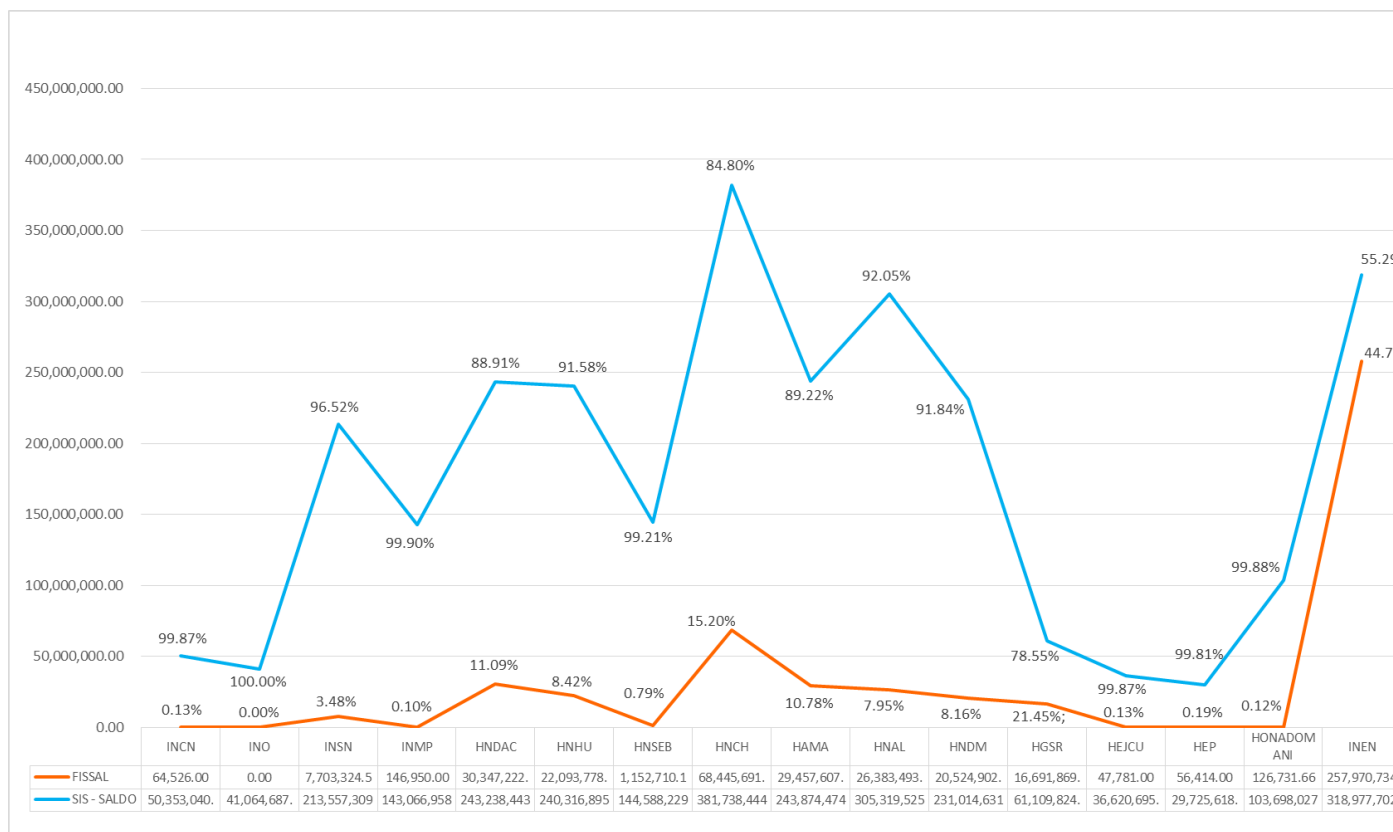


Gráfico 6, Proporción del FISSAL por Establecimientos de Salud en el Periodo de Estudio 2009-2017

En cuanto al porcentaje de asignación por FISSAL por parte del SIS, el INEN, el HGSR y el HNCH fueron quienes recibieron el mayor porcentaje FISSAL en relación a SIS-SALDO, pero en cuanto a la Transferencia (S/.), el INEN, el HNCH y el HNDAC fueron quienes recibieron más dinero.

La ejecución también fue evaluada anualmente y por establecimiento de salud, en relación a sus dos tipos de componentes, el de reposición y el de gestión.

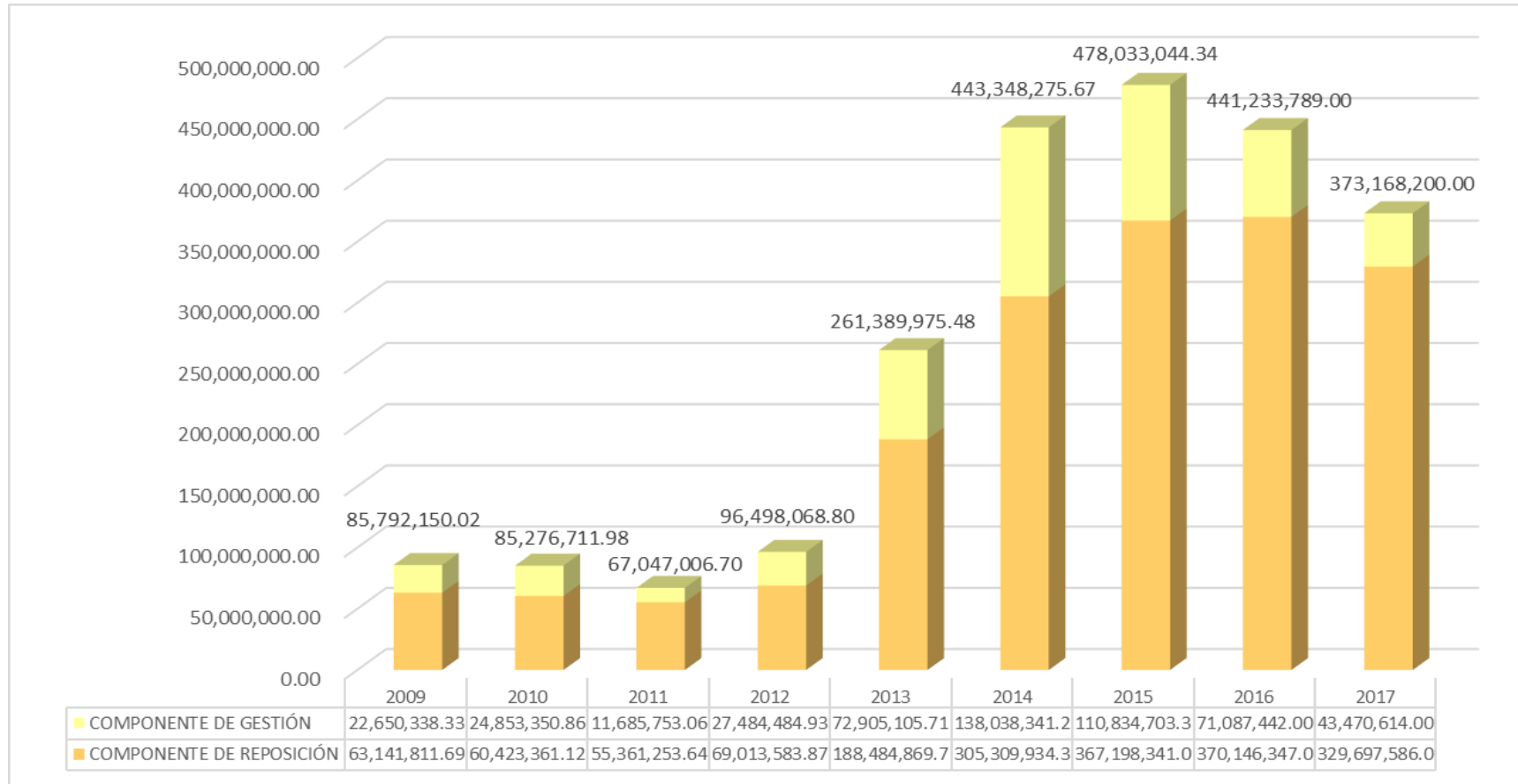


Gráfico 7, Ejecución Anual en el Periodo de Estudio 2009-2017

En cuanto a la ejecución anual por parte de los Establecimientos de Salud, se aprecia en su primera etapa descendió hasta su nivel más bajo en el año 2011, luego comenzó a aumentar en gran medida hasta el 2015, y finalmente disminuyó progresivamente en los dos últimos años.

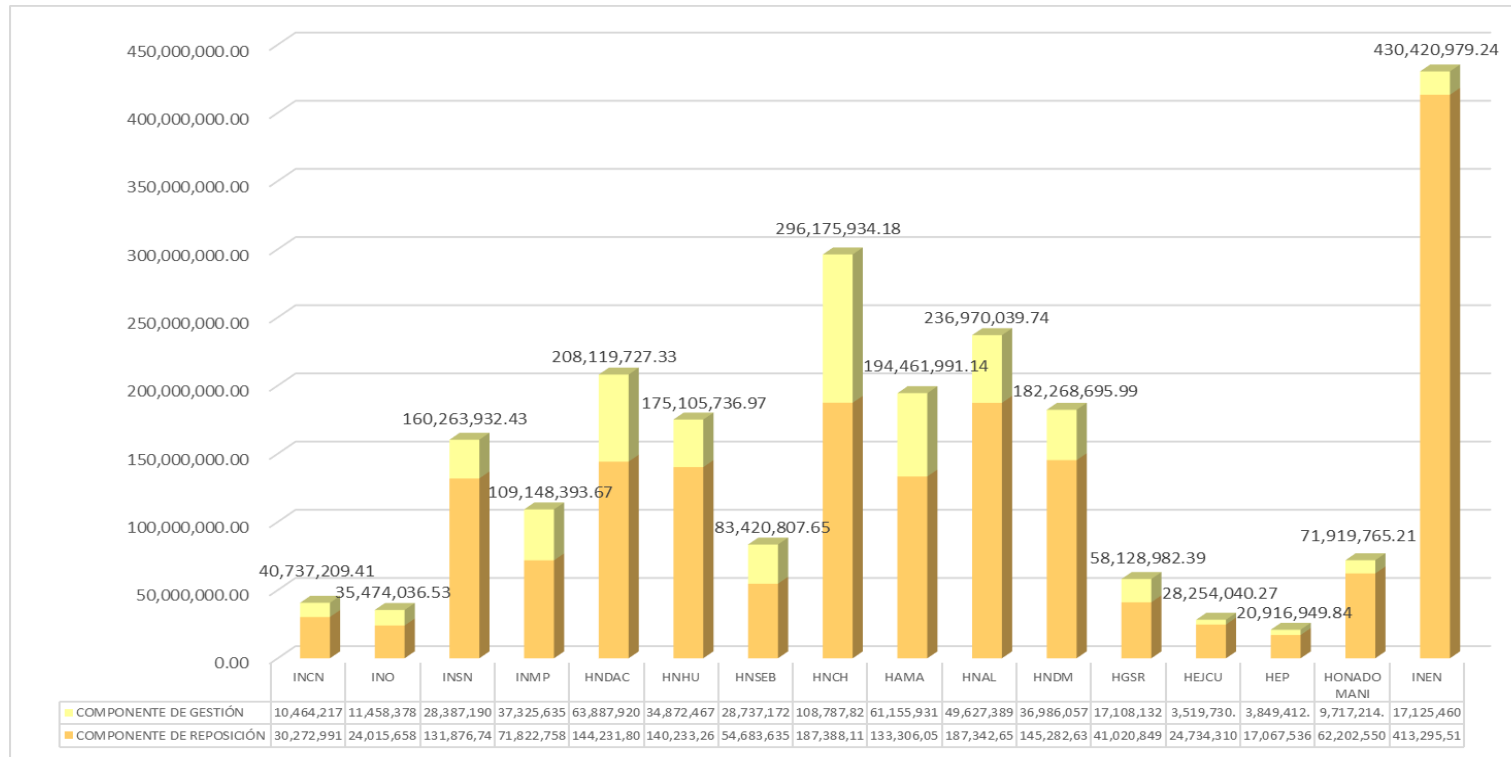


Gráfico 8, Ejecución por Establecimientos de Salud en el Periodo de Estudio 2009-2017

El INEN que es el establecimiento que tiene mayor transferencia y ejecución de todos, es el que menos proporción de su ejecución le asigna al componente de gestión, pero el HNCH, que es el que le sigue en transferencia y ejecución, es paradójicamente el que más porcentaje le asigna a este componente, seguido por el HNSEB y el INMP.

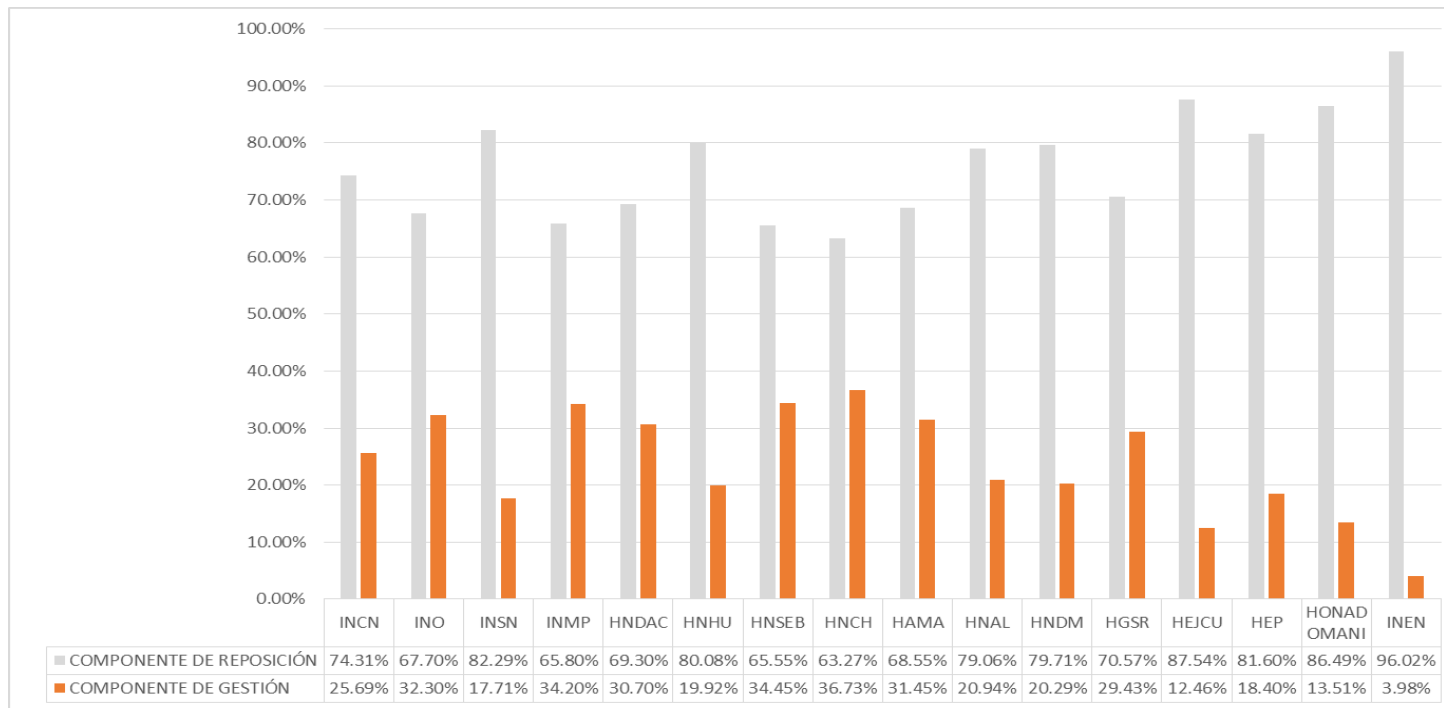


Gráfico 9, Relación entre Componentes por Establecimientos de Salud en el Periodo de Estudio 2009-2017

La “Tasa de Ejecución” es un valor porcentual que expresa la razón entre la ejecución y la transferencia.

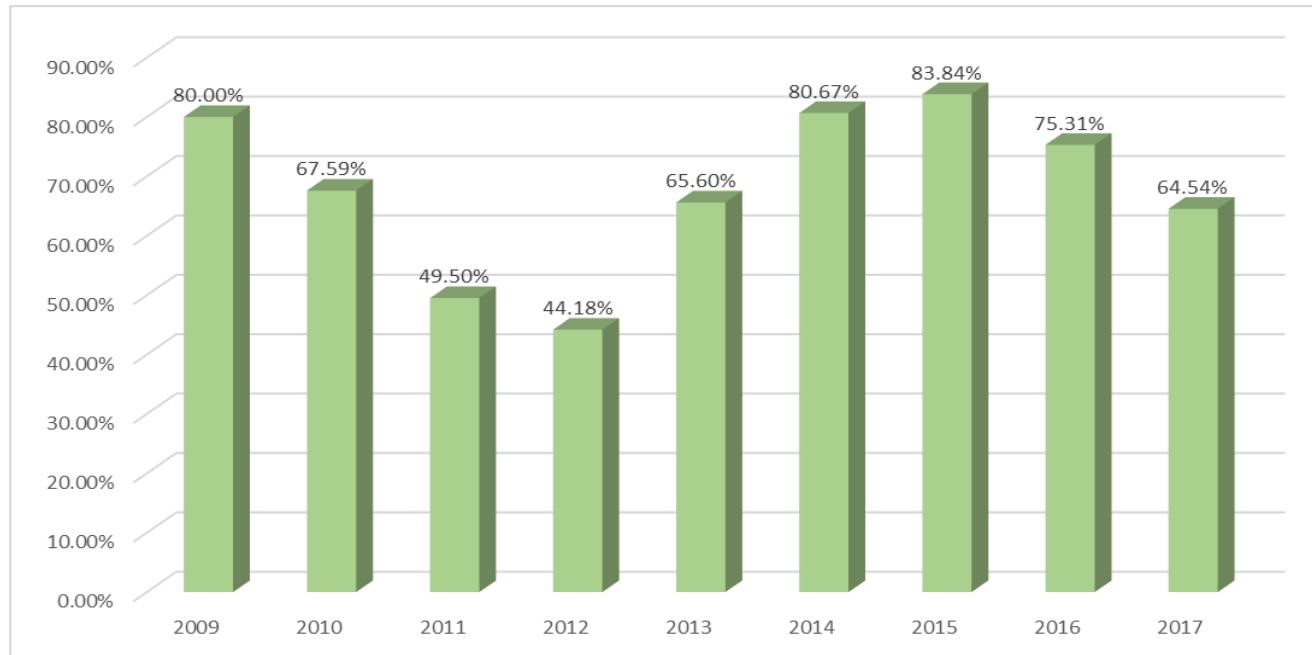


Gráfico 10, Consolidado de la Tasa de Ejecución Anual en el Periodo 2009-2017

La tasa de ejecución también sigue un patrón ondulante como se aprecia en la gráfica anual de ejecución, teniendo su valor más alto el 2015, apenas un poco más que el del 2009, mientras que para el 2017 se registra el tercer valor más bajo de todos los años, y menor con respecto al del 2009.

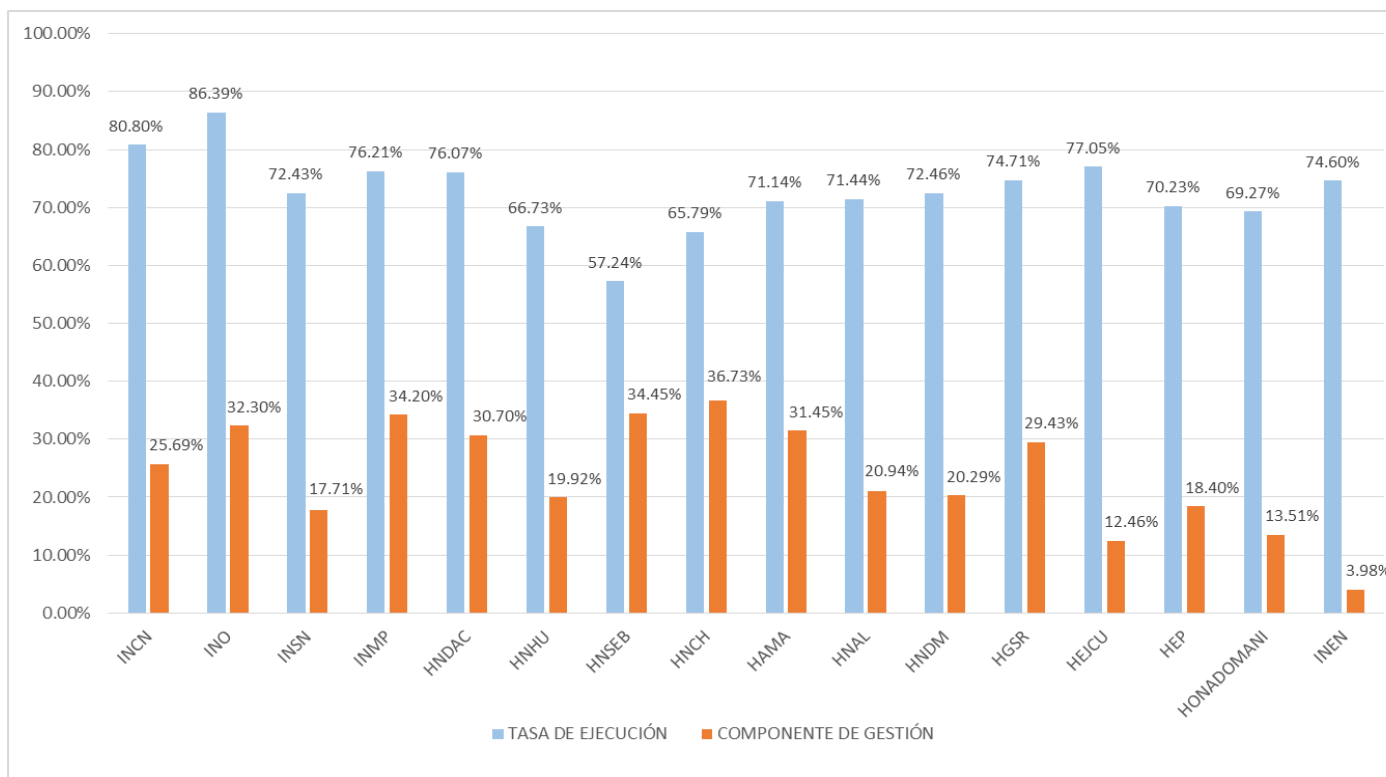


Gráfico 11, Relación entre Componente de Gestión y Tasa de Ejecución por Establecimientos de Salud, Periodo

Según la gráfica, ni los Establecimientos de Salud que asignan más porcentaje de su presupuesto al componente de gestión, como el HNCH y HNSEB, ni los que proporcionan un menor porcentaje, como el INEN, son los que tienen la mejor tasa de ejecución; lo es el INO, lo cual llama la atención ya que es uno de los Establecimientos con menores cantidades de transferencia y ejecución. Por el contrario, el HNHU es el que tiene la peor Tasa de Ejecución, a pesar de ocupar el segundo lugar con respecto a la asignación porcentual al componente de gestión.

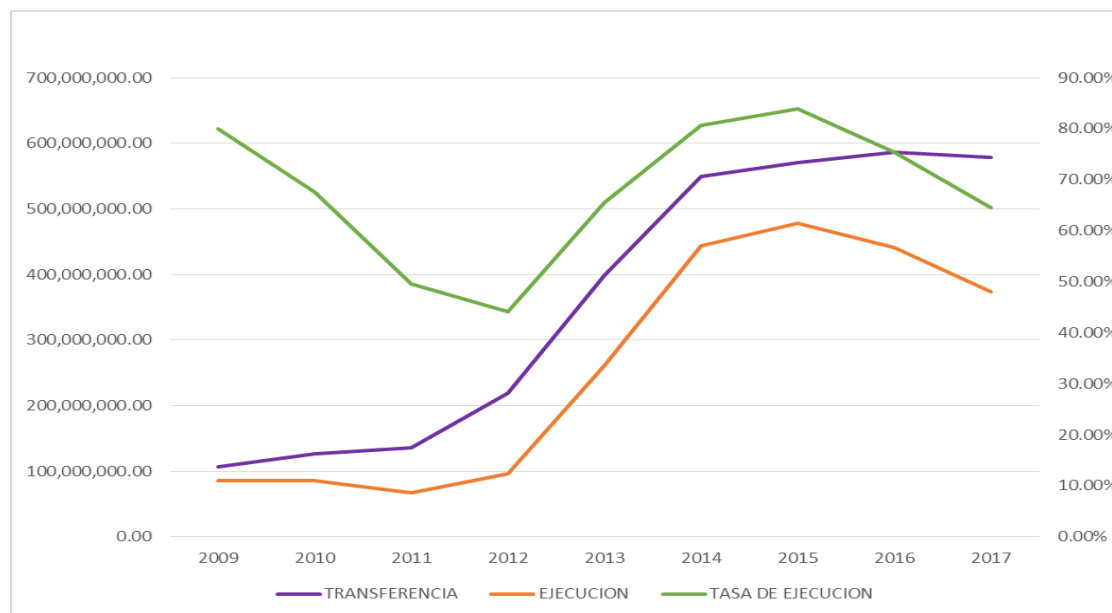


Gráfico 12, Tendencia de la Transferencia y la Tasa de Ejecución en el Periodo 2009-2017

Como se puede apreciar en esta gráfica de tendencias, el 2009 las transferencias se encontraban muy alejadas de la tasa de ejecución, al caer esta última el 2012, se aproxima a la línea de las transferencias para luego ir en adelante muy juntas hasta el 2016 que cae la tasa al punto de alejarse de nuevo el 2017. La ejecución siempre estuvo alejada de la tasa de ejecución y siguió su patrón.

Si revisamos la proporcionalidad de estos tres componentes por cada año, veremos que el año 2012 tuvo el mayor porcentaje de saldo de balance de todos los años. Sin embargo, en el 2013 este saldo prácticamente se duplicaría y tendría la proporcionalidad más pareja con el SIS y FISSAL que se haya visto en todos estos años. El 2013 fue el año que presentó valores más cercanos entre estas fuentes de financiamiento, y a partir de ahí la presencia de los saldos fue disminuyendo progresivamente hasta el 2016. Luego de experimentar una caída porcentual progresiva desde el 2013 hasta el 2016, presenta un nuevo aumento en el 2017.

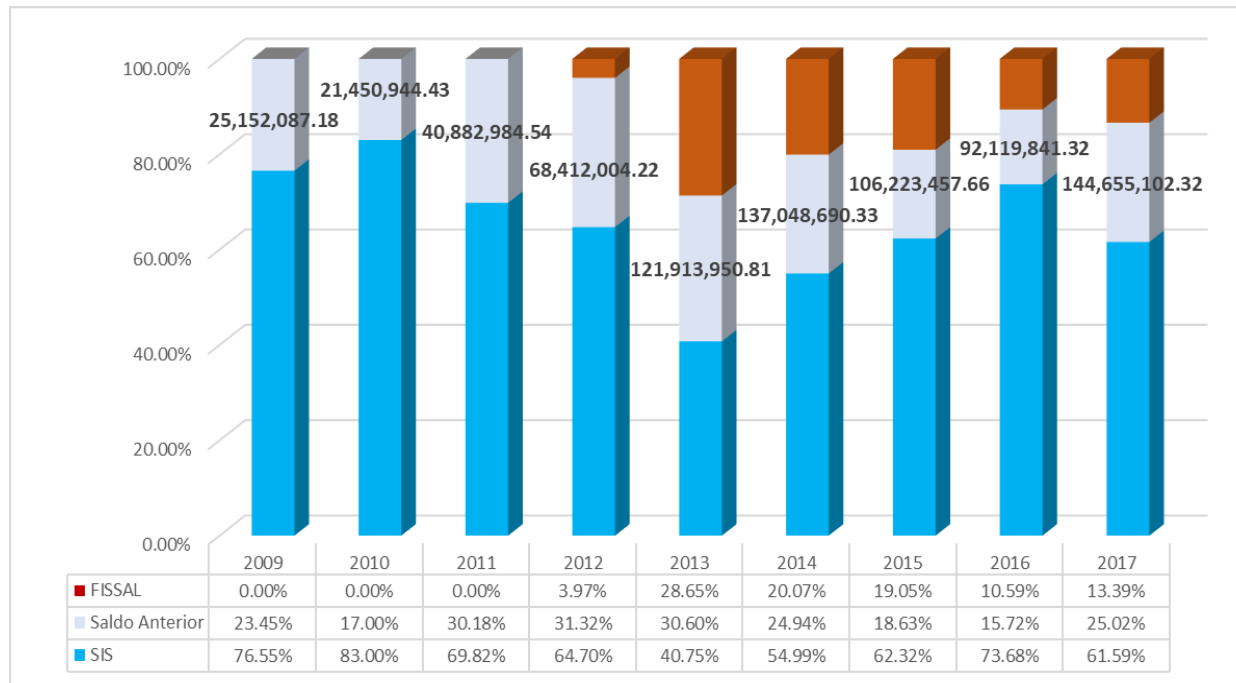


Gráfico 13, Proporcionalidad del Saldo en las Transferencias en el Periodo 2009-2017

V. **Discusión de Resultados**

Las estrategias implementadas a partir del año 2009 se dieron en una coyuntura hostil por lo cual se esperaba que no tengan el impacto deseado desde un inicio; sin embargo, a lo largo del tiempo estas fueron apareciendo con la intención de mejorar las transferencias y ejecuciones de los Establecimientos de Salud, que se traducirían en una mejora de la atención a sus pacientes. Fueron 11 las estrategias, que a opinión del autor, las que más influyeron en los años siguientes en las estas transferencias, ejecución y tasa de ejecución.

La mayoría de estrategias se dieron a partir del 2009, y se darían en general la mayoría de ellas en la primera mitad del periodo de estudio, siendo las de mayor volumen las del 2011, luego no habría presencia importante de normativas hasta el 2015. De la gráfica de tendencias que podemos apreciar, notamos que estas estrategias parecen estar relacionadas a una mejora progresiva de las transferencias, mientras que la mejora de la ejecución fue por periodos, teniendo dos caídas, una del 2009 al 2011, y la otra del 2015 al 2017. Esto nos desprende la idea de que las normativas implementadas antes del 2015 posiblemente fueron las que tuvieron una influencia más positiva en la mejora de transferencias a los Establecimientos de Salud, mientras que la ejecución tuvo un patrón irregular, por lo que estas estrategias no habrían sido tan beneficiosas para ellas como si lo fueron con las transferencias, salvo en el periodo 2011-2015 en que ambas variables mejoraron en simultaneo y de forma exponencial (Gráfico 1).

Sobre las Transferencias podemos concluir que el presupuesto por año en el periodo de estudio fue incrementándose progresivamente, siendo de S/.107,243,094.45 para el año 2009 llegando a S/.585,888,891.32 para el año 2016, multiplicándose casi 5.5 veces su valor inicial, siendo en todos los casos más que su ejecución (Gráfico 2). Sin embargo, estas transferencias anuales se componen de 3 variables que son el Saldo de balance incorporado del año anterior, la Transferencia de la unidad ejecutora SIS propiamente dicha y la Transferencia de la Unidad Ejecutora FISSAL. El SIS comenzó a Transferir de forma adelantada desde el año 2009 independientemente del saldo de balance del año anterior (el cual pasaba a devengados y requería de algunos trámites administrativos para su ejecución), con la

finalidad de que este dinero sumado al del saldo le permita a los Establecimientos de Salud tener liquidez, tal es así que todos ellos tuvieron mayor transferencia que ejecución en el periodo de estudio (Gráfico 3). Además, en el año 2012 influyó la aparición del FISSAL, que aparece como unidad ejecutora con su Plan Esperanza inyectando un presupuesto inicial de S/.8,681,759.39 a estos Establecimientos en ese año, y para el año siguiente sería de S/.114,142,968.00 permitiendo que los años 2012, 2013 y 2014 sean los años que más aumentaron las transferencias en relación a los años anteriores (Gráfico 4).

Otras estrategias implementadas que pudieron haber hecho que aumenten tanto las transferencias a partir del 2012, fueron los Procesos de Reconsideración y Conciliación con los Establecimientos de Salud, donde se pagó dinero no reembolsado producto de observaciones hechas a prestaciones de años anteriores. Las estrategias de control como el nuevo tarifario 2011 con sus reglas de validación y consistencia, así como el uso de ETS, no parecen haber influido negativamente en las transferencias, ya que pese a los controles esta siguió aumentando hasta el 2016. Un factor que pudo haber influenciado en la caída de las Transferencias en el 2017 puede haber sido el cambio de Gobierno, que implicó cambio de autoridades en el MINSA y las Direcciones de los Hospitales y por ende un posible retraso en las actividades de gestión, como por ejemplo un oportuno reporte de la producción que pudo verse afectada con la aparición del nuevo FUA y las nuevas reglas de observación en el 2015.

En cuanto a los Establecimientos de Salud se apreciaron escenarios muy distintos. El INEN, el HNCH y el HNAL fueron los que en el consolidado de estos años de estudio llegaron a tener el mayor presupuesto por transferencias, mientras que el HEP, el HEJCU y el INO, fueron los que menos dinero tuvieron de transferencias. Además podemos notar que tanto el INEN como el HNCH fueron los que tuvieron más monto asignado por FISSAL, mientras que el HNAL sólo fue superado por el HNDAC en lo asignado por esta unidad ejecutora. Esto nos da la idea de que el FISSAL y su Plan Esperanza estuvieron asociados a un aumento de las transferencias, lo cual parece ser lógico ya que los cuatro Establecimientos con las transferencias más bajas, que son el HEP, el HEJCU, el INO y el INCN fueron los

que menos asignación por FISSAL han tenido, incluso el INO nunca recibió dinero del FISSAL en este periodo.

El hecho que el INEN sea el establecimiento con mayor producción de todos, se explica por la alta incidencia de cáncer en el Perú, la cual está estimada en 150 casos x 100 000 habitantes, ocupando el segundo lugar de las causas de mortalidad a nivel nacional, teniendo el 75% de los casos diagnosticados en etapa avanzada y principalmente en Lima, lo que implica un mayor costo de atención (Salazar, 2013).

Si hacemos un análisis según Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, vemos que en los primeros el HNCH, el HNAL y el HNDAC, son los que tienen mayores transferencias con relación al resto, estando muy por encima de la producción de los Institutos Especializados como son el INSN, el INMP, el INCN y el INO, salvo el INEN que es el que más presupuesto tuvo en general. Incluso el que mejor estuvo de ellos que es el INSN, sólo se encuentra por encima del HNSEB, el HONADOMANI, el HGSR y los dos de Emergencias. Para ver la trascendencia del FISSAL, basta analizar que si el INEN no tuviera el ingreso por esta unidad ejecutora, tendría menos producción por SIS que el HNCH, mientras que ninguno de los Hospitales o Institutos que se han mencionado ha tenido un importante aporte por FISSAL (de hecho, el INO nunca recibió pago alguno). Lo previamente mencionado sugiere que el FISSAL y su Plan Esperanza están posiblemente asociados a una mejora en las transferencias a los Establecimientos de Salud (Gráficos 5 y 6).

Mención aparte merece el hecho que los Establecimientos de Salud con menos transferencias fueron justamente los únicos dos hospitales de emergencia que tiene el MINSA, que son el HEJCU y el HEP, dato que preocupa mucho por tratarse de Establecimientos que atienden población en estado crítico utilizando sus sofisticadas áreas como lo son las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), las cuales generan un gran consumo de recursos, incluso más que en los otros establecimientos. Esto último, es corroborado por un estudio que compara los costos de atención de las enfermedades más frecuentes en la UCI del HNDM y el HEP, encontrándose que el costo promedio en las UCI de los dos hospitales estudiados variaban entre S/.3,231.34 para el caso del HNDM y S/.5,076.52 para el caso del HEP, calculados en un tiempo promedio de hospitalización de 8 a 11 días (Alvarado-Jaramillo, 2011).

La ejecución adecuada de los recursos es un tema de mucha importancia, ya que el dinero del SIS debe ser administrado eficientemente en los requerimientos para la gestión adecuada de los procesos del SIS y no destinarse a otros fines. Al respecto, se han reportado casos en Hospitales donde los recursos no fueron asignados para sus propósitos, dando lugar a déficits de medicamentos e insumos que no fueron repuestos oportunamente (Alexander & Ramos, 2014). Esto también resulta en una desconfianza por parte del paciente, quien al ver que las farmacias no se encuentran abastecidas, recurre al “pago de bolsillo”, incluso para la consulta externa y algunos procedimientos, encontrándose finalmente que hasta un 40% de los pacientes asegurados al SIS no llega a buscar atención médica (Ypanaqué-Luyo, 2015). Al respecto, según fuentes de ENAHO 2015, se reporta un 53,8% de pacientes asegurados al SIS que no utilizan los servicios formales de prestaciones en salud a pesar de presentar algún síntoma, malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica o accidente, y de considerar que es necesario recibir atención médica (Benites-Zapata, 2017). Es justamente a raíz de esto, que el SIS establece con buen criterio que se realice el gasto en dos componentes, que son gestión y reposición.

A diferencia de las transferencias que tienen un aumento progresivo a hasta el 2016, la ejecución tiene diferentes comportamientos, mostrando un patrón ondulante e inestable. Esta mejora de la ejecución después del 2011 puede estar relacionada a la implementación del Tarifario 2011, con sus reglas de validación y consistencia más amigables, donde se simplificaban conceptos y se permitía el gasto en prestaciones administrativas, viéndose un aumento de la ejecución en el 2011 de S/.67,047,006.70 a S/.478,003,044.34 para el 2015, es decir 7.13 veces su valor. Asimismo, el componente de gestión también aumentó de S/.11,685,753.06 en el 2011 a S/.138,038,341.28 en el 2014 (Gráfica 6).

Sin embargo, en el 2016 la ejecución mostró una caída, lo que sugiere que las estrategias implementadas a partir del 2015 pueden haber influido en una demora en el retorno económico a los Hospitales con un retraso en la ejecución. Esto podría deberse al nuevo proceso de supervisión que aumentaba las reglas de validación y consistencia, la ampliación de cobertura del régimen SIS Independiente que venía en otro pliego que el Subsidiado como los RDR, o los Servicios Complementarios en Salud que al ser convenio venían en otras partidas que no eran las del calendario,

pronunciándose más esta caída para el año 2017. Sin embargo, si bien el estudio está orientado a buscar los factores internos relacionados a estrategias, no es categórico decir que todo se deba a ellas, ya que puede deberse a muchos otros factores externos como lo fueron el cambio de Gobierno del año 2016, que conllevó a sus respectivos cambios de Ministro de Salud, Jefe del SIS y Directores de Hospitales, quienes asumieron sus nuevas encargaturas en un ambiente de auditoría interna y de diagnóstico situacional de la gestión que recibían, mientras que en el 2017, la situación se agudizaría con el escándalo político del Dr. Carlos Moreno del HNAL, a quien se le reveló un audio que lo implica en un acto ilícito de tráfico de influencias beneficiándose de los recursos del SIS, hecho que habría generado una gran restricción a los Directores de Hospitales e Institutos para ejecutar los recursos del SIS, ante el temor de ser fiscalizados.

Si hacemos el análisis de ejecución por Establecimientos de Salud, veremos que coincidentemente los tres establecimientos con mayores ejecuciones, que son el INEN, el HNCH y el HNAL, son los mismos que tuvieron las mayores transferencias (Gráfico 7). Sin embargo, esta alta ejecución no parece depender del componente de gestión, ya que el INEN, por ejemplo, es el Establecimiento que asigna el menor presupuesto para este componente, apenas el 3.98%, mientras que el HNCH es el que asigna la mayor cantidad de recursos a este componente, ofreciendo el 36.73% de su presupuesto (Gráfico 8); diferencias que son muy extremas para las dos Establecimientos con mejores ejecuciones. Mientras que, por otro lado, los que tuvieron menores ejecuciones fueron también los que menos transferencias tuvieron, y son el HEP, el HEJCU, y el INO. Sin embargo, estos valores no permiten definir qué tan eficaz es esta ejecución, como si lo hace la Tasa de Ejecución que relaciona ambos parámetros, transferencia-ejecución.

Al analizar la Tasa de ejecución anual, vemos que sigue el patrón ondulante de la Ejecución, pero a diferencia de esta que se multiplicó en 4.35 veces su valor al 2017 con respecto al del 2009, esta disminuyó de 80% en el 2009 a sólo 64.54% para el 2017. Por otro lado, presentó su más alto valor en el 2015, pero fue apenas 3.84% más que el del 2009. Esto nos dice que a lo largo del periodo del estudio, la gestión de los Establecimientos Nivel III en general creció en cantidad, gracias al aumento

de las Transferencias y la Ejecución, más no en calidad, ya que la Tasa de Ejecución es un indicador de eficacia (Gráfico 9).

Si evaluamos la Tasa de Ejecución por Establecimientos de Salud, notamos que el establecimiento con la mejor tasa de ejecución fue el INO (quien paradójicamente tuvo el tercer monto de ejecución más bajo de los 16 Establecimientos), llegando a tener una tasa de ejecución de 86.39% con una asignación al componente de gestión del 32.30%. Asimismo, el HNSEB que fue el segundo establecimiento después del HNCH que más presupuesto asignó al componente de gestión (34.45%), fue el que peor tasa de ejecución tuvo de todos, llegando apenas al 57.24% de esta (Gráfico 10). Esto nos demuestra que no hay una asociación entre la estas variables.

Por lo tanto, la mejor tasa de ejecución estaría relacionada con las estrategias más eficientes implementadas por algunos Establecimientos de Salud, como el INO, y no tanto con el porcentaje de componente de gestión asignado. En esto, las estrategias del SIS tampoco parecen influir, ya que esto sería más una cuestión de gestión de los mismos Establecimientos de Salud que deciden cuánto asignar a cada componente.

La Tasa de Ejecución presentó una disminución para el año 2016, debido a que si bien la transferencia aumentó con respecto a la del año anterior, la ejecución fue de casi de 37 millones de soles menos que el año 2015, por lo tanto, alterándose así el valor de esta razón (Gráfico 10).

Las Transferencias son en cierta forma la expresión de la predisposición del SIS a cumplir con su compromiso de pago a los Establecimientos de Salud y la Tasa de Ejecución es de alguna forma la eficacia con la que es gastado dicho pago, mas esta no mide la eficiencia ya que con la información brindada es imposible conocer si la forma en cómo se utilizó el dinero fue también la forma más eficiente para cubrir la demanda de atención de los asegurados, para ello se necesitaría conocer la población de cada establecimiento, el grado de satisfacción, ahorro de recursos en los procesos prestacionales, etc. Es así, que tanto las transferencias como las tasas de ejecución nos dan una idea de la relación de este financiador con los Establecimientos de Salud, debiendo tener un crecimiento en simultáneo y manteniendo un lazo estrecho entre ambos indicadores, es decir, que en la medida que la transferencia avance a través

del tiempo, la tasa de ejecución debe de ir estrechamente cerca, y esto es lo que de alguna forma se representa en el gráfico de tendencia del presente estudio, donde el periodo 2012-2015 fue el que presentó el mejor patrón de comportamiento en esos años (Gráfico 11). También se puede apreciar que en el año 2009 ambos indicadores se encontraban muy separados el uno del otro, pero a partir del año 2012 hay una tendencia a marchar muy juntos y en ascenso, lo cual nos invitara a pensar que el esfuerzo hecho por el SIS con las estrategias implementadas por esas fechas, pudieron haber sido un factor asociado a una mejora de esta relación.

Finalmente, es importante hacer un comentario en relación a los Saldos. Los saldos son proporcionalmente lo opuesto a la tasa de ejecución, por lo tanto, podemos inferir que si el consolidado de la tasa de ejecución para el periodo de estudio 2009-2017 fue de 71.32% (Tablas 1 y 2), el saldo que quedó sin utilizar y que terminó quedando para los siguientes años fue de 28.68%. En ningún año del periodo de estudio fue cero el Saldo, lo cual debería ser una meta en cada año.

Si analizamos cuánto representaron los saldos en las transferencias anuales reconocidas para el estudio, es decir, los saldos desde el año 2008 hasta el 2016, podemos apreciar que ocupan un porcentaje considerable de estas en relación a las otras fuentes de financiamiento como son las transferencias de las unidades ejecutoras SIS y FISSAL. El mayor porcentaje que presentó un saldo incluido en una transferencia anual fue de 31.32% en el año 2012, representando una cantidad de S/.64,412,004.22. Sin embargo, para el año siguiente las proporciones entre las tres fuentes de financiamiento se acercaron, siendo el saldo de 30.60% del total, mientras que el SIS bajó de 64.70% a 40.75% y el FISSAL ocupó el porcentaje más alto en todos estos años que fue 28.65%, por lo que fue el año con las proporciones más parejas. Este fenómeno se explica porque en el 2013 el FISSAL brindó la transferencia más grande de todos los años mientras que el saldo prácticamente se duplicó en relación al año anterior, siendo de S/.121,913,950.81, por lo que la transferencia SIS se tuvo que ajustar a la producción de los Establecimientos de Salud y no fue mucha. Pese a ello, el saldo continuó aumentando para el 2014 y luego comenzó a disminuir hasta que en el 2017 mostró el monto anual más alto registrado en todo este periodo de estudio que fue de S/.144,655,102.32. Al ver que la producción hospitalaria aumentó, el presupuesto por FISSAL disminuyó, y la

proporción de los saldos después del 2013 continuó disminuyendo hasta el año 2016, explicaría que el aumento en las transferencias desde el 2014 hasta el 2016 fuese más real, ya que expresó mejor el aumento en las transferencias por año. En otras palabras, se transfirió más en esos años de lo que se tenía de saldo, a diferencia del 2013, donde el aumento del presupuesto con respecto al año anterior se debió más a un saldo considerable que quedó y no tanto a la transferencia.

El presente estudio se orientó a evaluar el posible impacto de las estrategias que implementó el SIS en relación a las Transferencias hechas a los Establecimientos de Salud y la ejecución de ese dinero por parte de estos; sin embargo, no es posible concluir categóricamente una relación causa-efecto ya que se trata de un estudio descriptivo y no se consideran otros factores que podrían afectar el entorno. No obstante, nos permite generar hipótesis con respecto a una posible asociación entre las variables del estudio.

VI. Conclusiones

1. Las estrategias implementadas por el SIS entre el 2009 y 2012 presentaron los mejores indicadores en el periodo de estudio durante el año 2012 y el año 2015, por lo que podrían ser las de mayor impacto.
2. Los mejores resultados dentro de los indicadores lo tuvieron las Transferencias teniendo un aumento progresivo durante casi todo el periodo de estudio salvo el año 2017, mientras que la Ejecución tuvo una tendencia al desmedro, haciendo que la tasa de ejecución se mantenga en niveles subóptimos.
3. La implementación del FISSAL y su Plan Esperanza lograron un aumento de las transferencias en la mayoría de Establecimientos.
4. El presupuesto asignado por los Establecimientos de Salud al Componente de Gestión no estuvo asociado a una mejora de los indicadores en el periodo de estudio.
5. El Hospital Nacional Sergio E. Bernales fue el establecimiento con la Tasa de Ejecución más baja reportada en el periodo de estudio, pese a que fue el segundo en destinar más presupuesto al componente de gestión.
6. Los dos Establecimientos de Salud de Emergencia en Lima, el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y el Hospital de Emergencias Pediátricas, tuvieron los peores indicadores de gestión en el presente estudio.
7. El Instituto Nacional de Oftalmología fue el establecimiento con la mejor Tasa de Ejecución de todos, pese a ocupar el tercer lugar de los Establecimientos de Salud con más baja ejecución reportada.
8. Los Institutos Especializados, salvo el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, tuvieron transferencias muy por debajo de la mayoría de Hospitales Nacionales.

VII. Recomendaciones

1. El presente estudio debe servir como base para la realización de otros estudios que complementen la información recogida y permitan establecer una relación de causa-efecto para analizar más a fondo esta problemática. Asimismo, al haberse realizado un análisis de la relación entre el SIS y los Establecimientos de Salud, invita a la realización de estudios que analicen la relación entre los asegurados y estas dos entidades.
2. La Unidad Ejecutora FISSAL y su Plan Esperanza deben ser respaldados para continuar vigentes en este modelo de gestión como fuente financiadora y debe difundirse en los Establecimientos donde no tuvo buena acogida.
3. Analizar la pertinencia de continuar aplicando las normativas implementadas a partir del año 2015, ya que parecen haber estado asociadas a un empeoramiento de los indicadores.
4. A partir de este estudio, se recomienda supervisar la gestión interna de los Establecimientos de Salud con peores indicadores para que se trate de mejorar su situación financiera, así como rescatar lo positivo de las gestiones de los que tuvieron mejores indicadores con la finalidad de que algunas de esas prácticas sean replicables .
5. Los Establecimientos de Salud deben utilizar de forma más eficiente su gasto de gestión y no descuidar el componente de reposición para asegurar así una mejor tasa de ejecución y que se traduzca en mejora de la atención al asegurado.
6. Se sugiere actualizar el presente estudio hasta el año 2018 y analizarlo junto a las normativas más recientemente emitidas por el SIS, a fin de tener una idea del impacto que podrían estar teniendo las nuevas estrategias del SIS.

VIII. Referencias

- Alarcón Espinoza, G. (2009). *Financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud : Experiencias Internacionales y Elementos*.
- Alcalde-Rabanal, J. E. (2011). *Sistema de salud de Perú* (Vol. 53).
- Alexander, M., & Ramos, A. (2014). *Caracterización de la atención al paciente del seguro integral de salud con diabetes mellitus tipo 2 en la Región Callao, Perú*.
- Alvarado-Jaramillo, J. C. (2011). *Análisis de costos en dos unidades de cuidados intensivos pediátricos del Ministerio de Salud del Perú Cost analysis of prevalent diseases in two Peruvian Ministry of Health pediatric intensive care units*.
- Benites-Zapata, V. A. (2017). *Factores Asociados a la No Utilización de los Servicios Formales de Prestación en Salud en la Población Peruana: Análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHU)* (Vol. 34).
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2864>
- Brito, P. E. (2002). *Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud*.
- D.S.004-SA. (2007). *Decreto Supremo que Establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- D.S.005-SA. (2012). *Decreto Supremo que Establece las Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional entre los establecimientos de salud financiados por el SIS y ESSALUD*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- D.S.009-SA-EP. (2012). *Decreto Supremo: Declaran de Interés Nacional la Atención del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas*. Lima, Perú.
- D.S.009-SA. (2002). *Decreto Supremo: Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud (SIS)*.
- Gomes, J. (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica*.
- Ley_Nro.27657. (2002). *Ley del Ministerio de Salud*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- Ley Nro. 29344. (2009). *Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- Nepo-Linares, E. (2016). *El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la*

- definición de los Objetivos de la Reforma de Salud y establecer Políticas de Salud en el Perú, 33(3), 540–545. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2331>
- Petrera, M. (2013). *Equity in health and health care in Peru , 2004 – 2008* (Vol. 33). Lima, Perú.
- R.J.012/SIS. (2011). *Resolución Jefatural: Consideraciones para viabilizar el proceso de conciliación con los prestadores de servicios de salud, años 2009 y 2010*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.J.056/SIS. (2011). *Resolución Jefatural: Directiva N° 002-2011-SIS-GO, que regula los procesos de validación prestacional del SIS*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.J.107/SIS. (2015). *Resolución Jefatural: Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GREP-V.01, sobre el llenado del FUA en las IPRESS públicas, privadas o mixtas en el Marco de los convenios o contratos aprobados por el SIS*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.J.111/SIS. (2015). *Resolución Jefatural: Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS-V.01, que regula el proceso de afiliación, atención, plan de beneficios y financiamiento al SIS Independiente*. Lima, Perú.
- R.J.126/SIS. (2015). *Resolución Jefatural: Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01, que regula el proceso de afiliación al régimen subsidiado del SIS*. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.J.144/SIS. (2015). *Resolución Jefatural: Aprobación del aporte mensual al SIS Independiente*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.J.150-2013/SIS. (2013). *Resolución Jefatural: Directiva Administrativa N° 001-2013-SIS/GREP, que regula la cobertura prestacional del régimen Semicontributivo NRUS del SIS*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.J.153/MIDIS. (2013). *Resolución Jefatural: Proceso de Implementación de la Gerencia Macro Regional Centro Medio*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.J.197-SA. (2012). *Resolución Jefatural: Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP, que regula la cobertura prestacional del régimen Subsidiado del SIS*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.J.200/SIS. (2012). *Resolución Jefatural: Directiva Administrativa N° 004-2012-SIS-GREP, que norma el proceso de “Evaluación de Tecnologías Sanitarias” del SIS*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>

- R.J.216/SIS. (2015). *Resolución Jefatural: Guía Técnica N° 001-2015-SIS/FISSAL-V.01, Para la determinación del monto a transferir a las IPRESS*. Lima, Perú.
Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.J.226/SIS. (2011). *Resolución Jefatural: Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.M.277-MINSA-EP. (2008). Resolución Ministerial: Aprueban Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias a que se refiere el D.S. N° 004-2007-SA.
- R.M.422/MINSA. (2007). *Resolución Ministerial: Directiva Administrativa N° 112/SIS-V.01, que regula el proceso de pago para las prestaciones del SIS*. Lima, Perú.
Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- R.M.872/MINSA. (2009). *Resolución Ministerial: Establecen disposiciones para que el SIS aplique el Tarifario y Definiciones Operacionales aprobadas en la R.M. N° 240-2009/MINSA*. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.sis.gob.pe>
- Salazar, M. (2013). *El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el Control del Cáncer en el Perú* (Vol. 30).
- Tandon, A., & Evans, D. B. (2000). *Measuring Overall Health System Performance*.
- Uceda, J. E. (2015). Reforma del sistema de salud en el Perú Health reform in Peru, 28(2), 94–98.
- Ypanaque-Luyo, P. (2015). *Uso de los Servicios De Salud Ambulatorios en la Población Peruana* (Vol. 32).

IX. Anexos

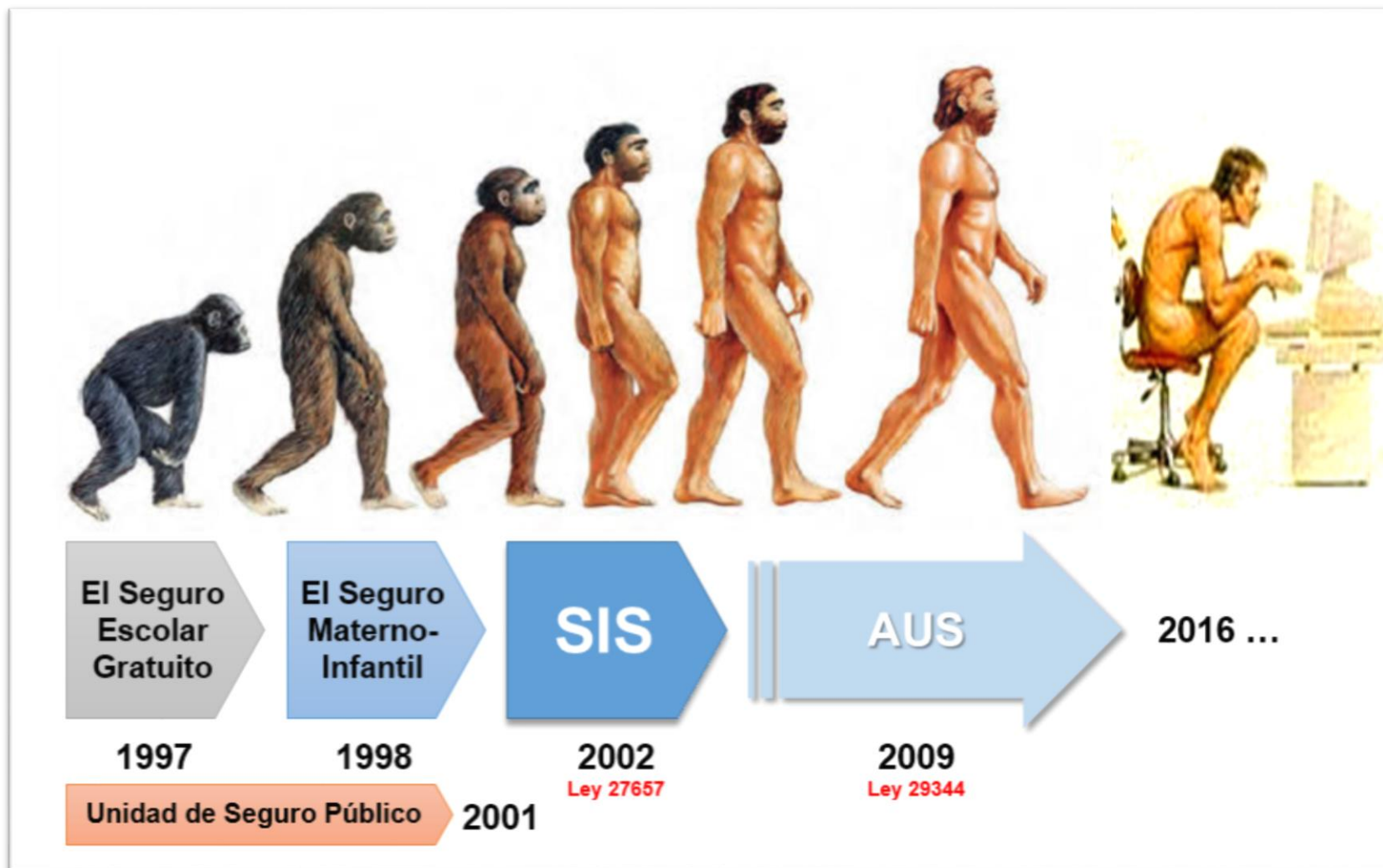


Figura 1.- Esquema de la línea de tiempo del aseguramiento en salud en el Perú (según el autor)



Figura 2.- Esquema que resume la cobertura actual del SIS para (según la R.J. 197-2012/SIS)

De: Transparencia
Enviado: martes, 10 de julio de 2018 17:33
Para: ser_22@hotmail.com
Asunto: CORREO N° 095-2018-SIS/TRANSPARENCIA
Importancia: Alta

CORREO N° 095-2018-SIS/TRANSPARENCIA

Lima, 10 de JULIO de 2018

Señor/a
ESPINOZA RIVERA SAÚL
Presente.-

Referencia: Solicitud de fecha 06-07-2018

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted en atención a la solicitud de la referencia y en cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se adjunta el LINK <http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/transparencias.html>, en el mismo contemplara la información solicitada desde el 2008 al 2017.

Se deja constancia que la información solicitada al amparo del artículo 10º del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se refiere a las contenidas en documentos escritos, fotografías, grabaciones, soporte magnético o digital, o en cualquier otro formato, siempre que haya sido creada u obtenida por el SIS o que se encuentre en su posesión o bajo su control. No incluye consulta, queja, reclamo o sugerencia.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Transparencia - SIS
Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia
Seguro Integral de Salud

Nota.- el correo es usado automaticamente por el sistema, por favor no responda a este correo. Cualquier información Adicional, Ingresar directamente al Sistema de Solicitudes.

"Este e-mail puede contener información confidencial y/o privilegiada. Si el presente mensaje no va dirigido a su persona (o lo ha recibido por error) por favor, notifíquelo inmediatamente al emisor y destruya este e-mail. Cualquier divulgación, copia o distribución no autorizada del material contenido en este e-mail queda prohibida."

**Figura 3.- Respuesta y Solicitud de autorización para explotar la data del SIS
(Parte 1)**

De: ser_22@hotmail.com [mailto:ser_22@hotmail.com]
Enviado el: viernes, 06 de julio de 2018 12:24 p.m.
Para: transparencia@sis.gob.pe
Asunto: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA

FORMULARIO DE ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA	
	Según el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública, y su reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 043 -2003-PCM, la información solicitada se refiere a la contenida en documentos escritos, fotografías, grabaciones, soporte magnético o digital, o en cualquier otro formato , siempre que haya sido creada u obtenida por el SIS o que se encuentre en su posesión o bajo su control.
<input checked="" type="checkbox"/> No se puede mostrar la imagen vinculada. Puede que se haya movido, cambiado de nombre o eliminado el archivo. Compruebe que el vínculo señale al archivo y ubicaciones correctos.	Los costos de información vía electrónica, son gratuitos. Por copia fotostática simple por página es de S/. 0.20, y en CD/DVD (unidad) es de S/3.64.
	En la Sede Central se realizó directamente en la Oficina de Tesorería del SIS. En provincia vía cuenta bancaria del SIS.(Cuenta Cte. 0000-307246 a nombre del Seguro Integral de Salud - Banco de la Nación)
	En caso de presentar consultas, reclamos o sugerencias a nuestra institución, hacer click aquí :
1. PUNCIARIO ENCARGADO DE BRINDAR INFORMACION	
Director General de la Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia	
2. DATOS DEL SOLICITANTE	
Apellidos y Nombres: ESPINOZA RIVERA SAÚL	
Tipo de Documento: DNI	
Numero del documento: 40657651	
Domicilio Av/ Calle / Jr / Psje: CALLE LOS ROBLES 104	

Figura 3.- Respuesta y Solicitud de autorización para explotar la data del SIS
(Parte 2)

Departamento: LIMA
Provincia: CALLAO
Distrito: BELLAVISTA
Correo Electronico: SER_22@HOTMAIL.COM
Telefono: 934310532
3. INFORMACION REQUERIDA
<p>Detalle: BUENOS DÍAS. SOY SAÚL ESPINOZA RIVERA. TRABAJÉ COMO MÉDICO SUPERVISOR DE HOSPITALES NIVEL III E INSTITUTOS EN LA UDR HNEIE EN EL PERIODO 2010-2013. ACTUALMENTE ME ENCUENTRO HACIENDO UNA TESIS PARA MI MAESTRÍA ANALIZANDO LAS TRANSFERENCIAS A LOS HOSPITALES Y EL IMPACTO DE LAS NORMAS QUE EL SIS DIÓ EN EL PERIODO QUE LABORÉ AHÍ; SIN EMBARGO, VEO QUE EN MUNDO IPRESS SÓLO FIGURAN LAS TRANSFERENCIAS DEL 2011 PARA ARRIBA. POR FAVOR, DESEARÍA QUE HABILITEN ESA INFORMACIÓN QUE ES PÚBLICA POR LO MENOS DE 3 AÑOS ANTES (2008-2010) PARA PODER CULMINAR MI TESIS. MUCHAS GRACIAS.</p>
4. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN
Forma de entrega: Correo

Figura 3.- Respuesta y Solicitud de autorización para explotar la data del SIS
(Parte 3)

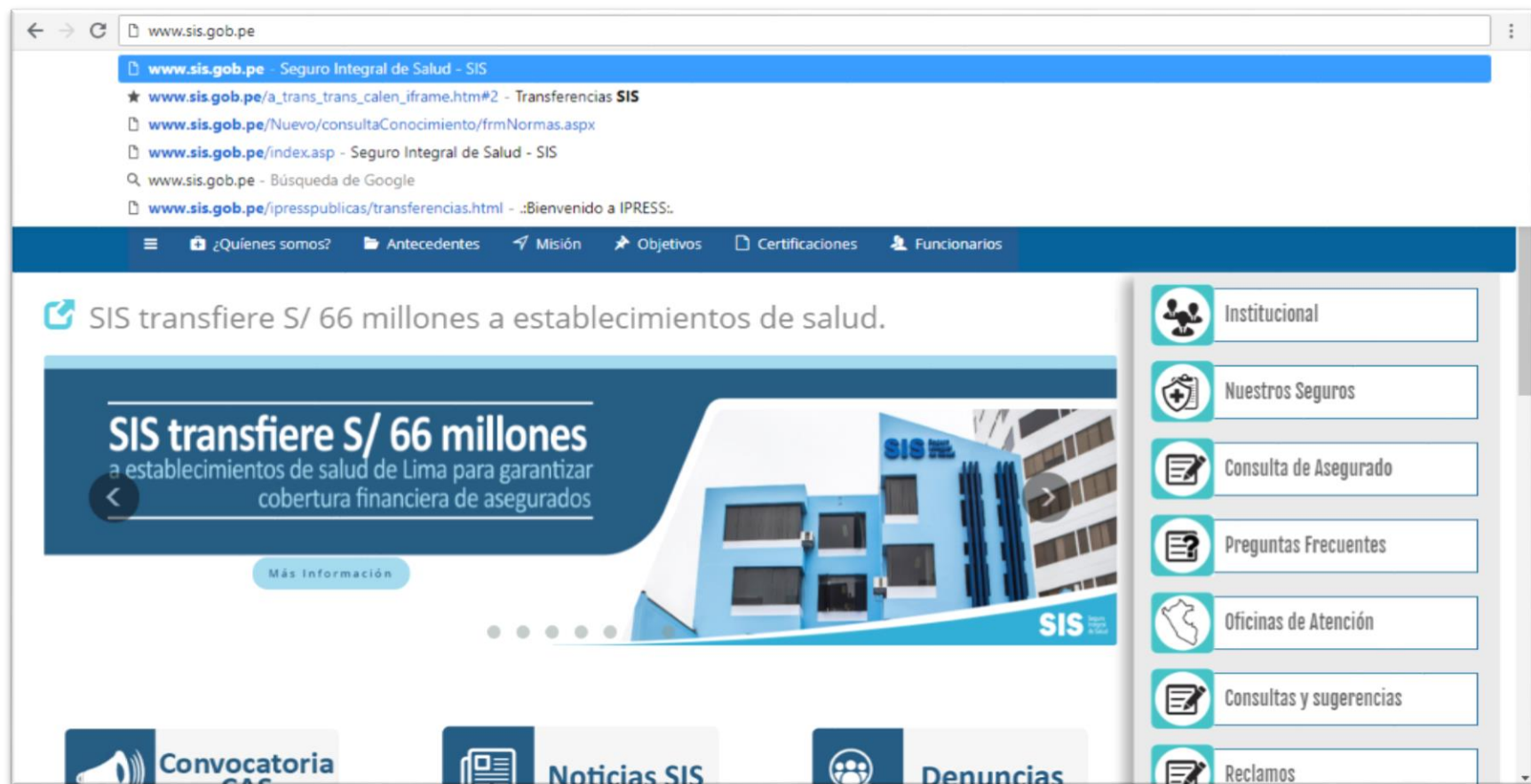


Figura 4.- Ingreso d Página del SIS

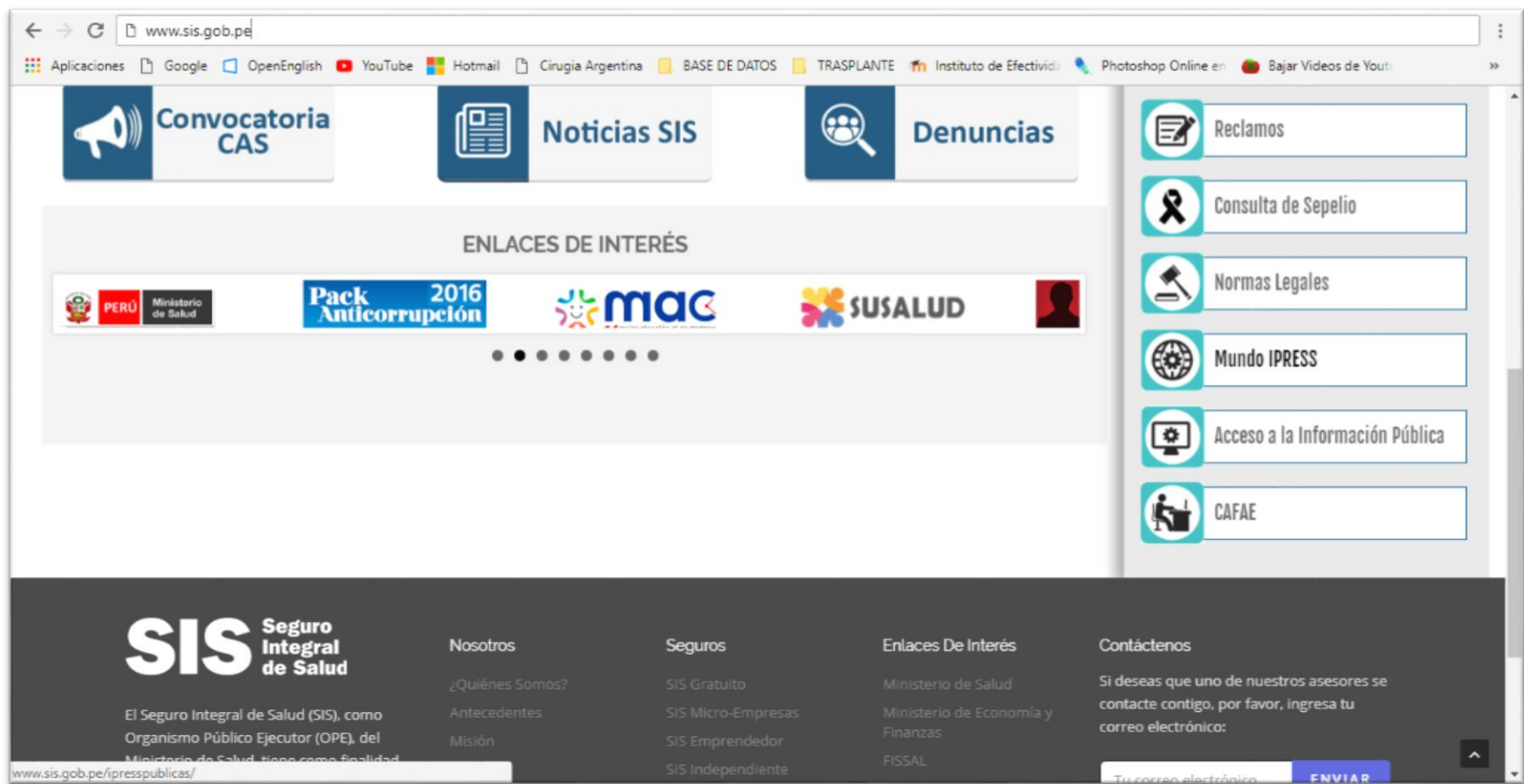


Figura 5.- Se selecciona el link “Mundo IPRESS”.



Figura 6.- Se selecciona el link “Mirador GNF Transferencias”.

Browser address bar: www.sis.gob.pe/ipresspublicas/transferencias.html

Navigation menu:

- Compendio de Normas
- Información para IPRESS
- Convenios
- Producción por IPRESS
- Servicio de Salud
- Mirador GNF Transferencias
- Preguntas Frecuentes
- Mirador GREP

Main menu:

- SIS
- FISSAL

Sub-menu:

- Reportes Financieros Producción
- Transferencia vs Ejecución
- Calendario de pago
- Liquidaciones
- Convenios
- Consulta Sepelio
- Archivos Históricos

Category selection:

- IPRESS Públicas
- Privados y Mixtos

Year selection:

- 2016
- 2015

Reporte	Archivo
Transferencias Pliego SIS - Diciembre 2016 27-12-2016	
Transferencias Pliego SIS - Octubre 2016 12-10-2016	
Transferencias Pliego SIS - Setiembre 2016 22-09-2016	
Transferencias Pliego SIS - Agosto 2016 31-08-2016	
Transferencias Pliego SIS - Julio 2016 02-08-2016	
Transferencias Pliego SIS - Junio 2016 17-10-2016	
Transferencias Pliego SIS - Mayo 2016 02-06-2016	
Transferencias Pliego SIS - Abril 2016 13-05-2016	
Transferencias Pliego SIS - Febrero 2016 22-02-2016	

Figura 7.- Se selecciona el link “Reportes Financieros Producción”.

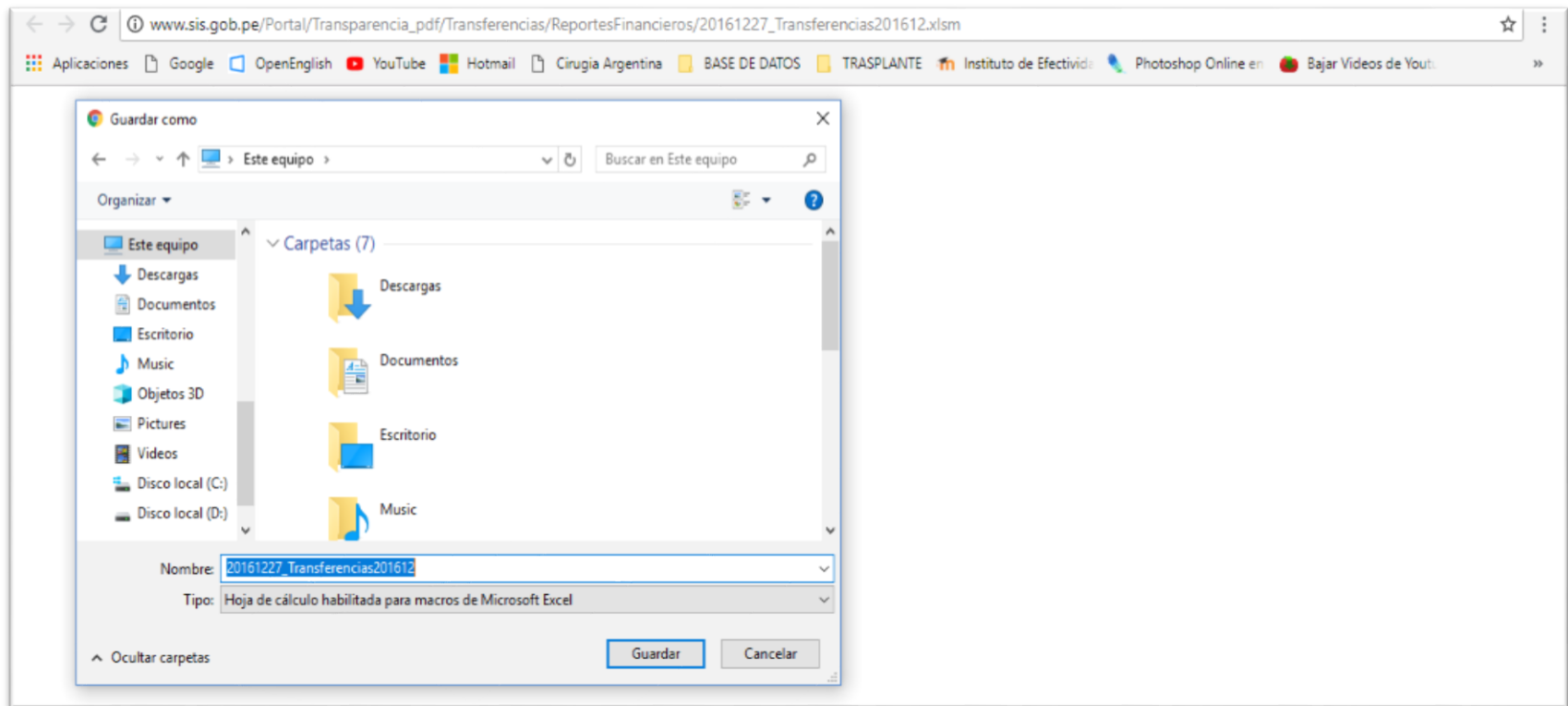


Figura 8.- Se procede a guardar el archivo

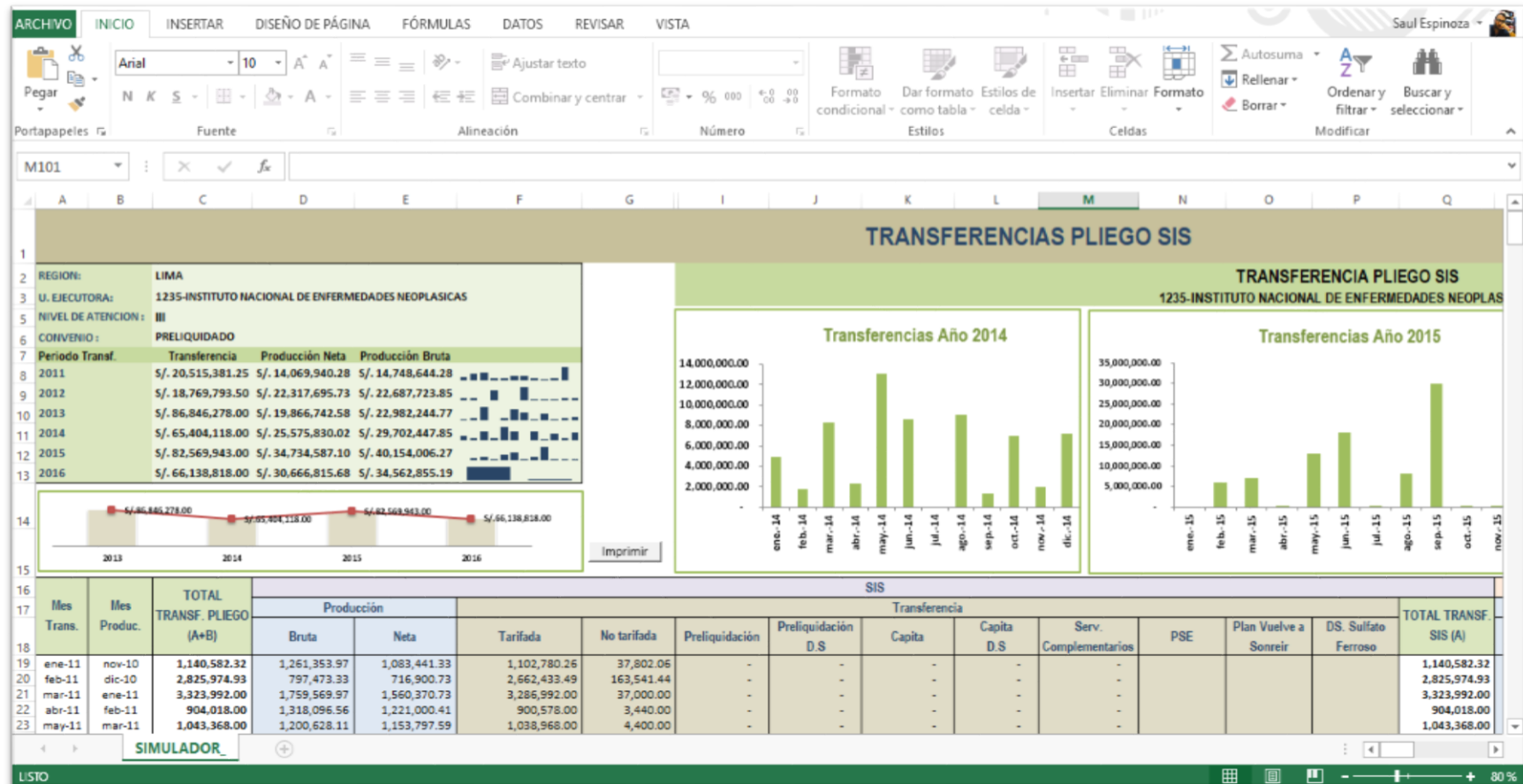


Figura 9.- Archivo Excel con información de los Establecimientos de Salud

The image shows a web browser window with the URL www.sis.gob.pe/ipresspublicas/transferencias.html. The page features a navigation menu with items like 'Compendio de Normas', 'Información para IPRESS', 'Convenios', 'Producción por IPRESS', 'Servicio de Salud', 'Mirador GNF Transferencias', 'Preguntas Frecuentes', and 'Mirador GREP'. Below this, a 'Transferencias' section is divided into 'SIS' and 'FISSAL' sub-sections. The 'SIS' sub-section includes 'Reportes Financieros Producción', 'Transferencia vs Ejecución', 'Calendario de pago', 'Liquidaciones', and 'Convenios'. A text box explains that payment calendars are files containing financial transfer information for national executive units, with a dropdown menu set to 'Calendario 2009'. A blue arrow points from this dropdown to a detailed list of calendars for 2009.

Calendario 2009		Ver
▶	Calendario de compromiso AMPLIADO DICIEMBRE 2009 - Subsidiado RO	
•	Resolución Jefatural N° 225-2009/SIS-J Diciembre 2009	
▶	Calendario Inicial Diciembre 2009 - Subsidiado RO	
▶	Calendario Inicial Diciembre 2009 - Semisubsidiado RDR	
•	Resolución Jefatural N° 212-2009/SIS-J Diciembre 2009	
▶	Calendario Inicial Noviembre 2009 - Subsidiado RO	
▶	Calendario Inicial Noviembre 2009 - Semisubsidiado RDR	
•	Resolución Jefatural N° 189-2009/SIS-J Noviembre 2009	
▶	Calendario Inicial Octubre 2009 - Subsidiado RO	
▶	Calendario Inicial Octubre 2009 - Semisubsidiado RDR	
•	Resolución Jefatural N° 167-2009/SIS-J Octubre 2009	
▶	Calendario Inicial Setiembre 2009 - Subsidiado RO	
▶	Calendario Inicial Setiembre 2009 - Semisubsidiado RDR	
•	Resolución Jefatural N° 157-2009/SIS-J Setiembre 2009	
▶	Calendario Inicial Agosto 2009 - Subsidiado	
▶	Calendario Inicial Agosto 2009 - Semisubsidiado	
•	Resolución Jefatural N° 147-2009/SIS-Agosto 2009	

Figura 10.- Calendario de pago

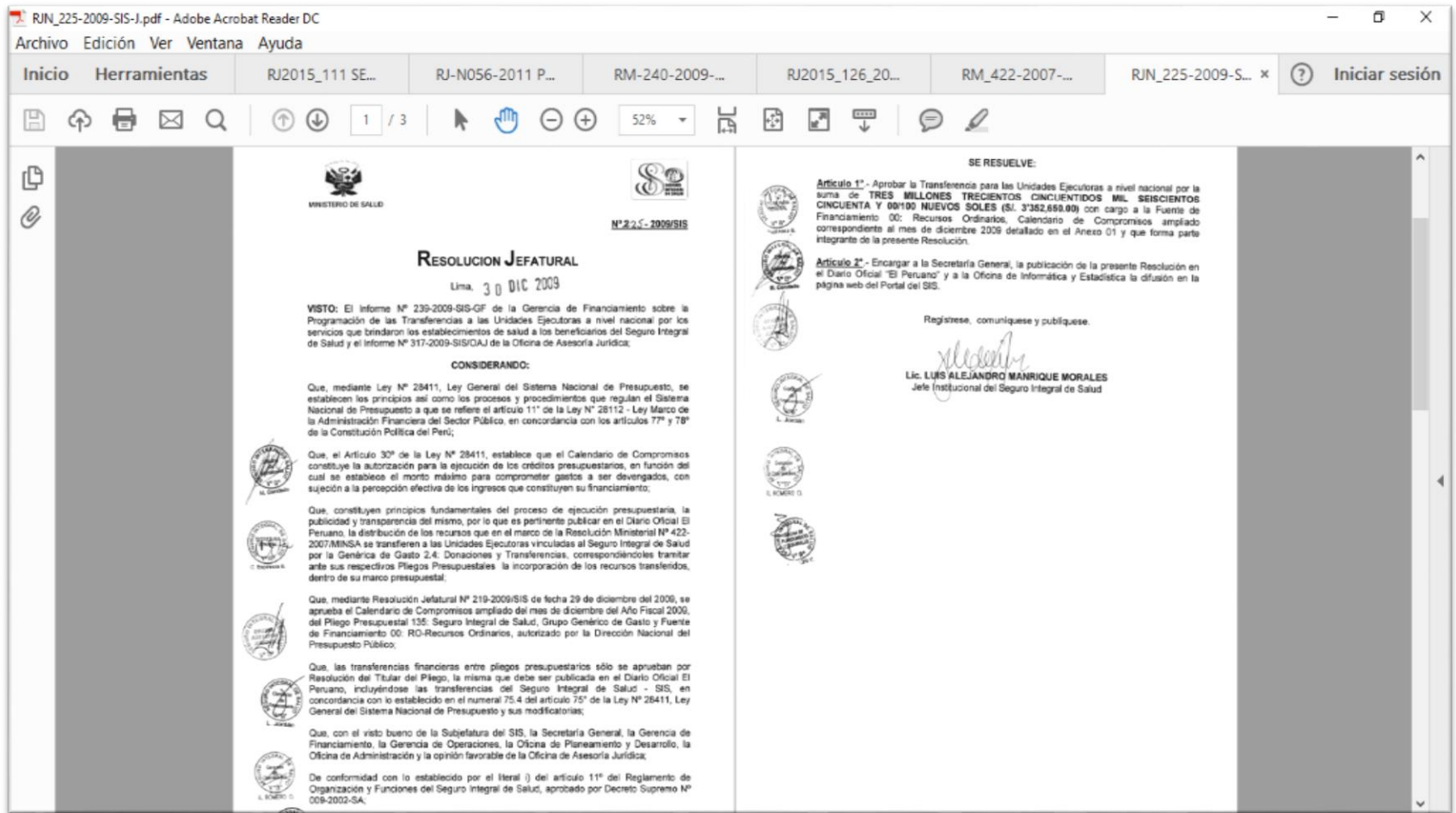


Figura 11.- Resolución Jefatural de Transferencias

RJN_225-2009-SIS-J.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas RJ2015_111 SE... RJ-N056-2011 P... RM-240-2009-... RJ2015_126_20... RM_422-2007-... RJN_225-2009-S... x Iniciar sesión

125%

PLIEGO 135 - SEGURO INTEGRAL DE SALUD
DISTRIBUCION DEL CALENDARIO DE COMPROMISOS AMPLIADO DICIEMBRE 2009
RECURSOS ORDINARIOS

DNTF	UNIDAD EJECUTORA	TOTAL	DNTF	UNIDAD EJECUTORA	TOTAL
LIMA		993,424.83	GOBIERNO REGIONAL DE HUANUCO		35,669.15
123	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA	48,038.00	810	REGION HUANUCO - SALUD HUANUCO	14,453.90
124	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA	0.00	811	REGION HUANUCO - SALUD AIS UTES TINGO MARIA	0.00
126	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	42,022.00	812	REGION HUANUCO - HOSPITAL DE HUANUCO HERMILIO VALDIZAN	21,215.25
127	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	0.00	1110	REGION HUANUCO - SALUD LEONCIO PRADO	0.00
131	DIRECCIÓN DE SALUD IV LIMA ESTE	0.00	1147	REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO	0.00
132	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	0.00	GOBIERNO REGIONAL DE ICA		23,673.25
136	HOSPITAL SERGIO BERNALES	0.00	1014	REGION ICA - SALUD CHINCHA - PISCO	3,522.17
137	HOSPITAL CAYETANO HEREDIA	458,215.76	1015	REGION ICA - SALUD PALPA - NAZCA	9,087.66
141	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARIA AUXILIADORA	32,639.87	1052	REGION ICA - HOSPITAL REGIONAL DE ICA	5,038.42
142	DIRECCION DE SALU Y LIMA CIUDAD	12,235.60	1195	REGION ICA - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO	6,025.00
143	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	30,808.00	1196	REGION ICA - HOSPITAL DE APOYO SANTA MARIA DEL SOCORRO	0.00
144	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	269,465.60	1223	REGION ICA - RED DE SALUD ICA	0.00
145	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	0.00	GOBIERNO REGIONAL DE JUNIN		201,624.83
146	HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	0.00	824	REGION JUNIN - SALUD DANIEL ALCIDES CARRION	174,841.23
147	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS	0.00	825	REGION JUNIN - SALUD EL CARMEN	0.00
149	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOMÉ	0.00	826	REGION JUNIN - SALUD JAUJA	0.00
522	HOSPITAL PUENTE PIEDRA Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD	0.00	827	REGION JUNIN - SALUD TARMA	0.00
1138	HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA"	0.00	828	REGION JUNIN - SALUD CHANCHAMAYO	14,795.00
1151	RED SAN JUAN DE LURIGANCHO	0.00	829	REGION JUNIN - SALUD SATIPO	11,988.60
1152	RED DE SALUD RIMAC - SAN MARTIN DE PORRES - LOS OLIVOS	0.00	830	REGION JUNIN - SALUD JUNIN	0.00
1153	RED DE SALUD TUPAC AMARU	0.00	1224	REGION JUNIN - RED DE SALUD DEL VALLE DEL MANTARO	0.00
1154	RED DE SERVICIOS DE SALUD "BARRANCO - CHORRILLOS - SURCO"	0.00	GOBIERNO REGIONAL DE LA LIBERTAD		25,930.00
1155	RED DE SERVICIOS DE SALUD "SAN JUAN DE MIRAFLORES - VILLA MAR"	0.00	845	REGION LA LIBERTAD - SALUD LA LIBERTAD	0.00
1156	RED DE SERVICIOS DE SALUD "VILLA EL SALVADOR - LURIN PACHACAN"	0.00	846	REGION LA LIBERTAD - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA	0.00
1216	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	0.00	847	REGION LA LIBERTAD - SALUD NORTE ASCOPE	0.00
1217	HOSPITAL VITARTE	0.00	848	REGION LA LIBERTAD - SALUD TRUJILLO SUR OESTE	20,180.00
1264	RED DE SALUD LIMA CIUDAD	0.00	849	REGION LA LIBERTAD - SALUD CHEPEN	0.00
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO		132,464.78	850	REGION LA LIBERTAD - SALUD FACASMAYO	0.00
1316	REGION CALLAO-DIRECCIÓN DE SALUD I CALLAO	0.00	851	REGION LA LIBERTAD - SALUD SANCHEZ CARRION	5,750.00
1317	REGION CALLAO-HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN	132,464.78	852	REGION LA LIBERTAD - SALUD SANTIAGO DE CHUCO	0.00
1318	REGION CALLAO-HOSPITAL DE APOYO SAN JOSÉ	0.00	853	REGION LA LIBERTAD - SALUD OTUZCO	0.00
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA		0.00	854	REGION LA LIBERTAD - SALUD TRUJILLO ESTE	0.00
1284	REGION LIMA - DIRECCION DE SALUD U LIMA NORTE	0.00	GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE		27,266.53

Figura 12.- Transferencia Régimen Subsidiado - RO

RJN_212-2009-SIS-J.pdf - Adobe Acrobat Reader DC
 Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas RJN2015_111... RJ-N056-20... RM-240-200... RJ2015_126... RM_422-200... RJN_225-20... RJN_212-20... x ? Iniciar sesión

4 / 4 125%

**PLIEGO 135 - SEGURO INTEGRAL DE SALUD
 DISTRIBUCION DEL CALENDARIO DE COMPROMISOS INICIAL DICIEMBRE 2009 - SEMISUBSIDIADO
 RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS**

DNTF	UNIDAD EJECUTORA	TOTAL	DNTF	UNIDAD EJECUTORA	TOTAL
LIMA		162,213.63	GOBIERNO REGIONAL DE HUANUCO		8,567.84
123	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA	67.63	810	REGION HUANUCO - SALUD HUANUCO	9.00
124	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA	145.78	811	REGION HUANUCO - SALUD AIS UTES TINGO MARIA	1,011.57
126	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	2,486.33	812	REGION HUANUCO - HOSPITAL DE HUANUCO HERMILO VALDIZAN	6,548.04
127	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	1,248.93	1110	REGION HUANUCO - SALUD LEONCIO PRADO	24.25
131	DIRECCIÓN DE SALUD IV LIMA ESTE	5,254.66	1247	REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO	983.58
132	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	27,070.04	GOBIERNO REGIONAL DE ICA		1,792.25
136	HOSPITAL SERGIO BERNALES	5,399.17	1014	REGION ICA - SALUD CHINCHA - PISCO	262.09
137	HOSPITAL CAYETANO HEREDIA	10,186.45	1015	REGION ICA - SALUD PALFA - NAZCA	717.32
141	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARIA AUXILIADORA	16,019.59	1052	REGION ICA - HOSPITAL REGIONAL DE ICA	115.71
143	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	14,843.28	1195	REGION ICA - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO	0.00
144	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	6,037.59	1196	REGION ICA - HOSPITAL DE APOYO SANTA MARIA DEL SOCORRO	391.24
145	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	14,530.59	1223	REGION ICA - RED DE SALUD ICA	305.89
146	HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	1,091.59	GOBIERNO REGIONAL DE JUNIN		1,892.53
147	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS	104.06	824	REGION JUNIN - SALUD DANIEL ALCIDES CARRION	179.99
149	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOMÉ	2,702.05	825	REGION JUNIN - SALUD EL CARMEN	67.39
522	HOSPITAL PUENTE PIEDRA Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD	2,325.76	826	REGION JUNIN - SALUD JAUJA	214.00
1138	HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHÓSIKA"	1,146.58	827	REGION JUNIN - SALUD TARMA	116.77
1151	RED SAN JUAN DE LURIGANCHO	6,616.09	828	REGION JUNIN - SALUD CHANCHAMAYO	695.16
1152	RED DE SALUD RIMAC - SAN MARTIN DE PORRES - LOS OLIVOS	9,791.55	829	REGION JUNIN - SALUD SATIPO	103.70
1153	RED DE SALUD TUPAC AMARU	4,318.69	830	REGION JUNIN - SALUD JUNIN	0.00
1154	RED DE SERVICIOS DE SALUD "BARRANCO - CHORRILLOS - SURCO"	3,532.40	1224	REGION JUNIN - RED DE SALUD DEL VALLE DEL MANTARO	515.52
1155	RED DE SERVICIOS DE SALUD "SAN JUAN DE MIRAFLORES - VILLA MARIA DEL "	4,502.68	GOBIERNO REGIONAL DE LA LIBERTAD		5,986.91
1156	RED DE SERVICIOS DE SALUD "VILLA EL SALVADOR - LURIN PACHACAMAC - PI	1,458.39	845	REGION LA LIBERTAD - SALUD LA LIBERTAD	0.00
1216	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	7,137.67	846	REGION LA LIBERTAD - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA	0.00
1217	HOSPITAL VITARTE	386.63	847	REGION LA LIBERTAD - SALUD NORTE ASCOPE	1,340.76
1264	RED DE SALUD LIMA CIUDAD	13,808.85	848	REGION LA LIBERTAD - SALUD TRUJILLO SUR OESTE	1,498.66
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA		9,645.31	849	REGION LA LIBERTAD - SALUD CHEPEN	314.13
1285	REGION LIMA - DIRECCION DE SALUD III LIMA NORTE	161.46	850	REGION LA LIBERTAD - SALUD PACASMAYO	1,055.92
1286	REGION LIMA - HOSPITAL HUACHO-HUAJRA - OYON Y SERVICIOS BÁSICOS DE	3,773.57	851	REGION LA LIBERTAD - SALUD SANCHEZ CARRION	0.09
1287	REGION LIMA - SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD CAÑETE-YAUYOS	274.09	852	REGION LA LIBERTAD - SALUD SANTIAGO DE CHUCO	0.00
1288	REGION LIMA - HOSPITAL DE APOYO REZOLA	114.63	853	REGION LA LIBERTAD - SALUD OTUZCO	24.25

Figura 13.- Transferencia Régimen Semisubsidiado – RDR

← → ↻ No es seguro | www.sis.gob.pe/excel/Diciembre_Ampliado_2009_RO.htm

Aplicaciones Google OpenEnglish YouTube Hotmail Cirugia Argentina BASE DE DATOS TRASPLANTE Instituto de Efektividad Photoshop Online en Bajar Videos de You

PLIEGO 135 - SEGURO INTEGRAL DE SALUD CALENDARIO DE COMPROMISOS AMPLIADO DICIEMBRE 2009

SECTOR	PLIEGO	UE	COD. UE DNTF	UNIDAD EJECUTORA	PRESTACIONES TARIFADAS (1)	PRESTACIONES NO TARIFADAS							
						TOTAL PRESTACIONES NO TARIFADAS (2)	TRASLADOS	SEPELIOS	PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	MEDIN-PROCED	CASOS EXCEPCIONALES	CASOS ESPECIALES	OTR
LIMA					458,215.76	535,209.07	0.00	0.00	417,913.60	#####	0.00	14,999.87	60,
11	011	007	123	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA	0.00	48,038.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	48
11	011	010	126	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	0.00	42,022.00	0.00	0.00	0.00	42,022.00	0.00	0.00	
11	011	021	137	HOSPITAL CAYETANO HEREDIA	458,215.76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
11	011	025	141	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARÍA AUXILIAD	0.00	32,639.87	0.00	0.00	17,640.00	0.00	0.00	14,999.87	
11	011	026	142	DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA CIUDAD	0.00	12,235.60	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	12
11	011	027	143	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	0.00	30,808.00	0.00	0.00	30,808.00	0.00	0.00	0.00	
11	011	028	144	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	0.00	369,465.60	0.00	0.00	369,465.60	0.00	0.00	0.00	
CALLAO					0.00	132,464.78	0.00	0.00	132,464.78	0.00	0.00	0.00	
11	011	013	1317	REGION CALLAO - HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN	0.00	132,464.78	0.00	0.00	132,464.78	0.00	0.00	0.00	
AMAZONAS					0.00	80,023.71	42,806.90	0.00	150.00	0.00	0.00	0.00	37,
99	440	400	725	REGION AMAZONAS - SALUD AMAZONAS	0.00	22,455.50	22,455.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
99	440	401	955	REGION AMAZONAS - SALUD BAGUA	0.00	11,215.00	11,215.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
99	440	402	998	REGION AMAZONAS - HOSPITAL DE APOYO CHACHAPOY	0.00	37,066.81	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	37
99	440	403	1101	REGION AMAZONAS - HOSPITAL DE APOYO BAGUA	0.00	9,286.40	9,136.40	0.00	150.00	0.00	0.00	0.00	
ANCASH					0.00	170,204.03	#####	0.00	39,052.99	1,020.00	0.00	0.00	
99	441	402	741	REGION ANCASH - SALUD HUARAZ	0.00	12,269.12	9,791.88	0.00	2,477.24	0.00	0.00	0.00	
99	441	403	742	REGION ANCASH - SALUD ELEAZAR GUZMAN BARRON	0.00	48,121.16	35,802.56	0.00	12,318.60	0.00	0.00	0.00	
99	441	404	743	REGION ANCASH - SALUD LA CALETA	0.00	39,823.45	14,646.30	0.00	24,157.15	1,020.00	0.00	0.00	
99	441	406	745	REGION ANCASH - SALUD POMABAMBA	0.00	29,971.30	29,871.30	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	
99	441	407	746	REGION ANCASH - SALUD HUARI	0.00	40,019.00	40,019.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
APIURIMAC					0.00	54,699.38	54,699.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

Figura 14.- Archivo Excel con detalle de producción mensual

← → ↻ No es seguro | www.sis.gob.pe/ipresspublicas/transferencias.html

Aplicaciones Google OpenEnglish YouTube Hotmail Cirugia Argentina BASE DE DATOS TRASPLANTE Instituto de Efectivida Photoshop Online en Bajar Videos de You

Get Adobe FLASH PLAYER

Compendio de Normas Información para IPRESS Convenios Producción por IPRESS Servicio de Salud Mirador GNF Transferencias Preguntas Frecuentes Mirador GREP

Transferencias

SIS FISSAL

Reportes Financieros Producción Transferencia vs Ejecución Calendario de pago Liquidaciones Convenios Consulta Sepelio Archivos Históricos

Ejecución de Transferencia 2016

Reporte	Ver
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Diciembre 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Noviembre 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Octubre 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Septiembre 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Agosto 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Julio 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Junio 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Mayo 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Abril 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Marzo 2016	
Ejecución de Recursos Transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras a Febrero 2016	

20161227_Transfe....xls... 20161227_Transfe....xls... Cancelado

Mostrar todo X

Figura 15.- Se ingresa a “Transferencias vs Ejecución”

Microsoft Excel interface showing a spreadsheet titled "UNIDAD EJECUTORA". The spreadsheet displays financial data for various institutions under the heading "GASTOS DE REPOSICION".

6	7	8	9	10	GASTOS DE REPOSICION										TOTAL GASTO DE REPOSICION
					Gasto de Medicamentos, Material, Insumos y Otros				Servicio por Prestaciones de Salud	Servicios Complementarios de Salud	Gasto pago de Traslado - Referencias de pacientes	Gastos Administrativos inherentes a la prestación de salud	Gasto CLAS		
					2.3.18.12	2.3.18.21 2.3.18.199	23.18.11 2.3.199.12	2.3.27.112	2.3.26.41	2.3.27.27 2.1.13.15	2.3.13.11 2.3.21.21 2.3.21.22 2.3.25.12	2.3.199.13 2.3.15.31 2.3.12.12 2.3.11.11	2.5.21.199		
Medicamentos	Material insumos, instrumental y Accesorios Médicos y otros Productos Similares	Vacunas, Productos Químicos	Traslado de medicamentos e Insumos a los EESS	Gastos por prestaciones de Salud (Incluye servicios privados por prestaciones básicas y especializadas en salud)	Servicios Complementarios de Salud (Según Plan de ampliación de atención aprobado por el SIS)	Combustible Pasajes viáticos- Alquiler de vehículos para traslado por emergencia (para IPRESS que no cuentan con ambulancias)	Artículos para aseo y limpieza, sábanas, fundas, batas, FUA's, Alimentos para el Asegurado Hospitalizado	Gasto CLAS							
146	LIMA METROPOLITANA I	1648	ADMINISTRACION IGSS	13,259,504	1,281,190	-	-	-	-	-	-	20,714	-	14,561,407	
161	II	1235	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	36,807,682	25,237,091	17,025	315,835	194,798	-	340,285	-	187,173	-	63,099,890	
162		1651	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA - IGSS	11,666,655	34,435,808	-	174,588	4,127,867	1,342,599	-	-	3,639,666	-	55,387,163	
163		1652	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - IGSS	3,858,139	14,995,342	-	4,455	146,512	277,471	17,330	1636,987	-	-	20,335,436	
164		1653	HOSPITAL CAYETANO HEREDIA - IGSS	5,437,790	14,415,280	-	-	11,109,480	663,060	4,381	836,429	-	-	32,466,219	
165		1654	HOSPITAL SERGIO BERNALES - IGSS	3,463,284	9,161,531	-	-	3,308,585	404,865	243,001	1,379,404	-	-	17,990,749	
166		1659	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL - IGSS	1,978,273	29,529	-	-	-	924,919	-	-	-	-	2,932,821	
167		1660	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS - IGSS	2,709,700	6,234,257	-	-	533,562	624,567	48,144	623,821	-	-	10,774,070	
168		1661	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - IGSS	2,777,054	6,381,341	6,700	-	-	-	10,855	64,352	-	-	9,220,302	

Figura 16.- Componente de Reposición

				GASTOS DE GESTION											TOTAL GASTO DE GESTION	
				PRIMER ORDEN				SEGUNDO ORDEN				OTROS GASTOS				
				Gastos incurridos para implementar las actividades del SIS en las Oficinas de Seguros y en la Oficina de Atención al Asegurado				Gastos Incurridos en la Oficina de Seguros y otras actividades exclusivas del SIS				Servicios Básicos, Equipos Médicos y Otros				
				2.3.22.22 2.3.22.23 2.6.32.12 2.6.32.31	2.3.15.11 2.3.15.12 2.3.22.44	2.3.24.11 2.3.25.11	2.3.27.1199	2.3.24.13 2.3.24.14 2.3.24.15 2.3.24.199	2.3.21.299	2.3.27.101	2.3.23.11	2.3.22.11 2.3.22.12	2.6.32.41 2.6.32.42 2.6.32.91 2.6.32.92 2.6.32.95 2.6.32.999	Equipos y mobiliarios Médicos	Otros Gastos	
				Telecomunicaciones, equipos de computo y mobiliarios	Suministros, copias, impresiones y anillados	Acondicionamiento y/o alquiler de ambiente para la Unidad de Seguros	Servicio de digitación, Servicio de Auditoría médica y otros servicios vinculados a la Oficina de Seguros	Mantenimiento de ambulancias y equipos informáticos (de la Unidad de Seguros) y equipos médicos	Pasajes, viáticos y movilidad local para actividades de monitoreo y otras convocadas por el SIS	Refrigerios y almuerzos para actividades convocadas por el SIS (seminarios, talleres y similares)	Servicio de limpieza (Áreas asistenciales y Unidad de Seguros)	Servicio Básico de Energía Eléctrica, Agua Potable y Alcantarillado	Equipos y mobiliarios Médicos	Otros Gastos		
146	LIMA METROPOLITANA	1548	ADMINISTRACION IGSS	-	1,900	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,900
161	II	1235	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS	7,887	253,988	-	167,208	-	-	-	-	-	-	-	204,538	633,622
162		1551	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA - IGSS	152,233	12,130	1,907,384	2,201,265	157,574	-	1,396,467	-	8,628,105	354,368	-	14,847,657	
163		1552	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - IGSS	4,350	13,397	-	3,492,270	585,579	-	-	-	194,570	196,954	-	4,487,120	
164		1553	HOSPITAL CAYETANO HEREDIA - IGSS	153,759	60,000	-	3,983,764	-	20,000	-	-	-	-	11,000	4,258,523	
165		1554	HOSPITAL SERGIO BERNALES - IGSS	391,917	182,948	-	883,428	-	-	-	-	-	820,598	92,395	2,371,286	
166		1559	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL - IGSS	2,018	2,480	-	176,150	-	-	-	-	-	-	929	181,557	
167		1560	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS - IGSS	121,774	47,503	115,826	1,519,141	470,573	-	-	-	-	628,031	165,287	3,066,235	
168		1561	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA - IGSS	420,910	540,420	31,600	590,895	272,154	-	-	-	-	1,074,833	115,726	3,045,540	

Figura 17.- Componente de Gestión

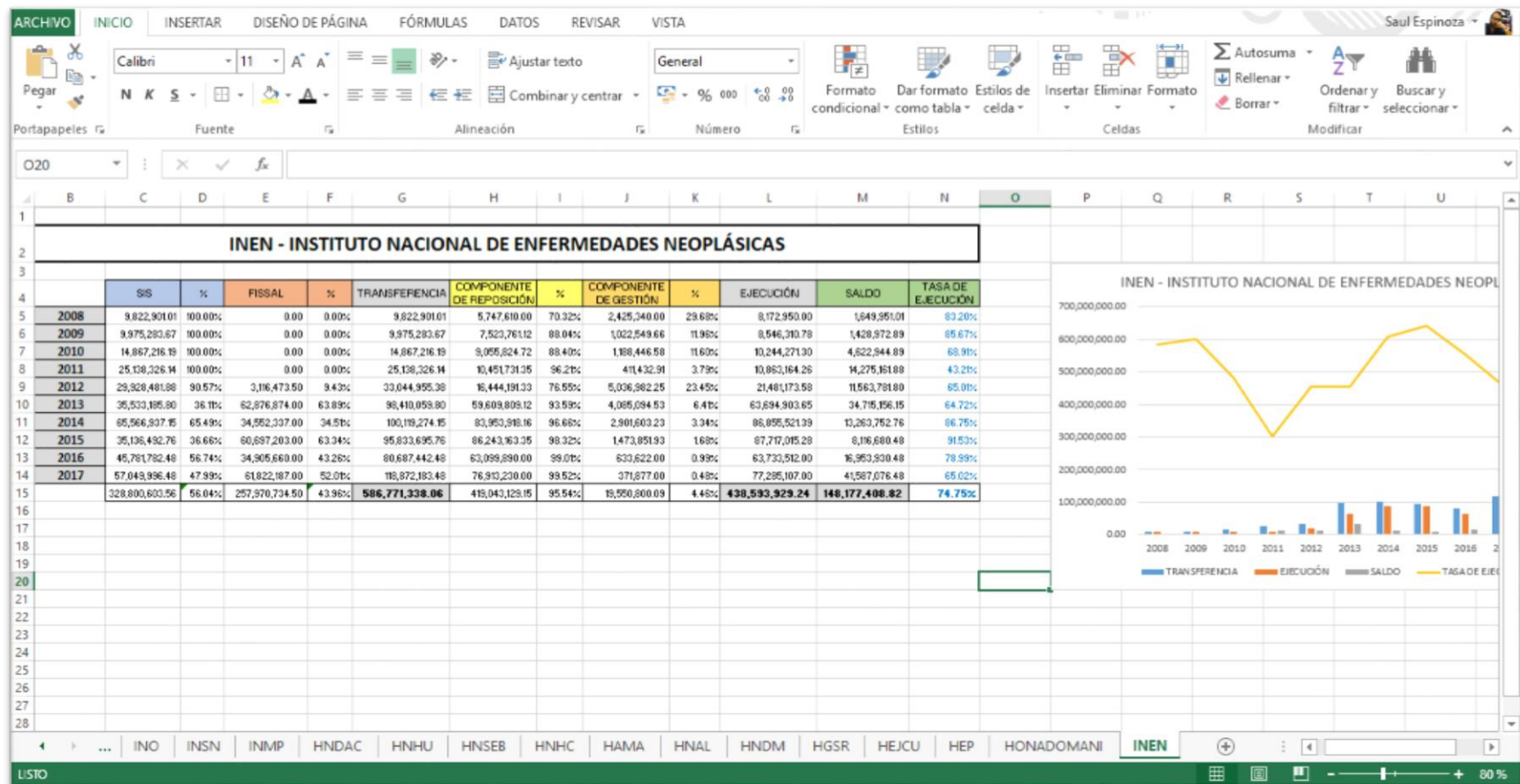


Figura 18.- Análisis en plantilla Excel

PERU		Ministerio de Salud		ANEXO 2			
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA							
NÚMERO DE FOLIO: _____							
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD			NOMBRE DE LA PESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN				
CÓDIGO RENDES DE LA PESS			NOMBRE DE LA PESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN				
PERSONAL QUE ATIENDE		ESPESOR ATENDIDO		ATENCIÓN			
SE LA ATIENDE	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	COD RENDES	NUMERO DE LA PESS U OTRO FOLIO		
INDICADOR	EXTRINSECA	INDICADOR	INDICADOR				
DEL ASISTENTE U USUARIO							
IDENTIFICACION		DIRECCION AMPLIADA DE		ALTERNATIVO DE CONTACTO			
TEL	Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	DIRECCION	NUMERO	INDICADOR			
				INDICADOR			
APellidos PATERNO			Nombres MATERNO				
FECHA DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO				
SEXO	EDAD	DIAS	MES	AÑO	Nº DE PARTIDA CLINICA		
INDICADOR	INDICADOR DE PARTO / FECHA DE PARTO						
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		INDICADOR DE ALTA			
INDICADOR	INDICADOR			INDICADOR DE ALTA			
DE LA ATENCIÓN							
FECHA DE ATENCIÓN		HORA		CUBIERTA			
DIAS	HRS	MIN	SEG	INDICADOR	INDICADOR		
MOTIVO VISUALIZADO		MOTIVO VISUALIZADO		MOTIVO VISUALIZADO			
CONCEPTO PRELIMINAR							
SOLICITACION DE		CARTA DE SALUD		SERVICIO			
INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR		
DEL DISTRITO ASIGNADO USUARIO							
ALTA	CITA	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR		
DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA							
CÓDIGO RENDES DE LA PESS		NOMBRE DE LA PESS A LA QUE SE REFERIRÁ / CONTRAREFERIRÁ		Nº HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA			
OTRAS ACTIVIDADES							
INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR		
DIAGNÓSTICOS							
Nº	DESCRIPCION	INGRESO			EGRESO		
		INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
1							
2							
3							
4							
5							
Nº DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			Nº DE COLEGIO		
INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	
FIRMA: _____ REVISADO: <input type="checkbox"/> APROBADO: <input type="checkbox"/> NOMBRES Y APELLIDOS: _____ DISTRITO DE LA ATENCIÓN: _____ Fecha y hora de la atención: _____							

Figura 19.- Formato Único de Atención