



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD



(Marzo 2008)

Este informe se preparó para su revisión por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por Camilo Cid, PhD (c), Lorena Prieto, PhD, y Ricardo Bitrán, PhD, para Health Systems 20/20 Project.



Misión

El acuerdo de cooperación **Sistemas de Salud 20/20 (Health Systems 20/20 – HS 20/20)**, financiado por la Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional (USAID) para el periodo 2006-2011, ayuda a países que tienen el apoyo de USAID a enfrentar las barreras en los sistemas de salud al uso de servicios de salud priorizados que salvan vidas. HS 20/20 trabaja para reforzar sistemas de salud a través de **enfoques integrados para mejorar el financiamiento, gobernabilidad, y operaciones, y a generar capacidades sostenibles de instituciones locales.**

Marzo, 2008

Para copias adicionales de este informe, por favor comuníquese con info@healthsystems2020.org o visite nuestra página web en www.healthsystems2020.org

Cooperative Agreement No.: GHS-A-00-06-00010-00

Entregado a: Karen Cavanaugh, CTO
Yogesh Rajkotia, co-CTO
Health Systems Division
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition
Bureau for Global Health
United States Agency for International Development

Cita recomendada: Cid, Camilo, PhD(c), A. Lorena Prieto, PhD, y Ricardo Bitrán, PhD. Marzo 2008. *Análisis de Tarifas y Mecanismos de Pago del Seguro Integral de Salud del Perú y Propuestas para su Ajuste.* Lima, Perú: Health Systems 20/20 project, Bitrán & Asociados.



Abt Associates Inc. | 4800 Montgomery Lane, Suite 600 | Bethesda, Maryland 20814 |
T: 301/913-0500 | F: 301/652-3916 | www.healthsystems2020.org |
www.abtassoc.com

In collaboration with:

| Aga Khan Foundation | BearingPoint | Bitrán y Asociados | BRAC University
| Broad Branch Associates | Forum One Communications | RTI International
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

ANÁLISIS DE TARIFAS Y MECANISMOS DE PAGO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD DEL PERÚ Y PROPUESTAS PARA SU AJUSTE

AVISO

Las opiniones expresadas por los autores en este informe no necesariamente reflejan las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o del Gobierno de Estados Unidos.

CONTENIDOS

Siglas	ix
Agradecimientos	xi
Resumen ejecutivo	xiii
1. Introducción	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 El SIS y la colaboración técnica.....	2
1.3 Objetivo general	4
1.4 Objetivos específicos	4
1.5 Organización del informe	4
2. Marco conceptual sobre asignación de recursos en el contexto público	5
2.1 Tarifas y mecanismos de pago	8
2.2 Experiencia Internacional en mecanismos de pago	11
2.2.1 Pagos al primer nivel de atención.....	14
2.2.2 Pagos a los hospitales	17
2.2.3 Financiamiento territorial a poblaciones.	19
3. Antecedentes del SIS	21
3.1 Datos Relevantes del SIS.....	21
3.1.1 Breve descripción de datos del SIS.....	21
3.2 Riesgos de la forma de tarificación actual del SIS	24
4. Sistema de pagos y propuestas para el SIS	27
4.1 Atributos de un buen sistema de pagos	27
4.1.1 Aspectos Relevantes de un buen sistema de pagos.....	27
4.1.2 Herramientas que agrupan casos y ajustan por morbilidad.....	28
4.2 Posibilidades para el SIS en el contexto actual	30
4.3 Metodología y simulación de una alternativa	32
4.3.1 Simulando un techo caputivo presupuestario	33
4.3.2 Simulando un Cápita Ajustado por Riesgos sólo para el Primer Nivel de Atención.....	43
5. Comentarios finales y recomendaciones	51
Anexo A: Bibliografía	53

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Glosario de términos técnicos	5
Tabla 2: Pagos al primer nivel de atención en países desarrollados	15
Tabla 3: Ajustadores de riesgos en fórmulas de capitación para asignación de recursos en países con financiamiento por impuestos generales.....	16
Tabla 4: Ajustadores de riesgos en fórmulas de capitación para asignación de recursos en países con financiamiento de seguridad social.....	17
Tabla 5: Sistemas de pago a Hospitales en países desarrollados	18
Tabla 6: Sistemas de pago a Hospitales en países de Europa Este.....	18
Tabla 7: Zonas, proveedores en el piloto de asignación capitada territorial en cataluña.....	19
Tabla 8: Atenciones y transferencias del SIS, 2002 – 2006 (Transferencias en Soles de cada año)	22
Tabla 9: Afiliados al SIS por Plan de beneficios y quintiles de pobreza año 2006.....	22
Tabla 10: Atenciones del SIS según Plan de beneficios y quintiles de ingreso año 2006	23
Tabla 11: Atenciones del SIS por tipo de establecimiento y según quintil de ingresos, año 2006.....	23
Tabla 12: Atenciones del SIS por nivel de establecimiento y Plan de beneficios, año 2006	24
Tabla 13: Resultado de aplicación de un per cápita fijo para el año 2006	34
Tabla 14: Costo per cápita (soles) costo normalizado, por grupos de edad y sexo	35
Tabla 15: Población afiliada a la DISA Lima Ciudad por grupos de edad y sexo	36
Tabla 16: Resultado de aplicación de una cápita ajustado por sexo y edad para el año 2006.....	37
Tabla 17: Redistribución de recursos entre regiones al aplicar un presupuesto capitado ajustado por sexo y edad	40
Tabla 18: Redistribución de recursos entre regiones al aplicar un presupuesto capitado ajustado por sexo y edad incluyendo pobreza agregada	42
Tabla 19: Resultado de aplicación de una cápita fijo para el primer nivel de atención año 2006.....	44
Tabla 20: diferencias en la redistribución de recursos entre cápita fijo para el primer nivel capita fijo incluyendo hospitales (% del gasto observado de 2006)	45
Tabla 21: Resultado de aplicación de una cápita ajustado por sexo y edad para el primer nivel de atención año 2006	46
Tabla 22: diferencias en la redistribucion de recursos entre cápita ajustado por sexo y edad: primer nivel versus incluyendo hospitales (% del gasto observado de 2006)	47
Tabla 23: Resultado de aplicación de una cápita ajustado por sexo, edad y pobreza para el primer nivel de atención año 2006	48

Tabla 24: diferencias en la redistribucion de recursos entre cápita ajustado por sexo, edad y pobreza: primer nivel versus incluyendo hospitales (% del gasto observado de 2006).....	50
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de salud en el Perú.....	2
Figura 2: Objetivos y herramientas de la política de salud	8
Figura 3: Evolución histórica de sistemas de pago en el mundo	12
Figura 4: Ley de vasos comunicantes en el financiamiento de los proveedores de salud.....	13
Figura 5: Mecanismos de pago e incentivos a los proveedores.....	14
Figura 6: Aumento de las atenciones del SIS en los últimos años.....	25
Figura 7: Alternativas posibles para el SIS.....	31
Figura 8: Factor de riesgo según edad y sexo (promedio=1).....	36
Figura 9: Comparación cápita versus cápita ajustado por DISA (primer grupo de 17 DISAs)	38
Figura 10: Comparación cápita versus cápita ajustado por DISA (segundo grupo de 17 DISAs)	39
Figura 11: Comparación cápita observado, cápita ajustado por riesgos y Mortalidad infantil por departamentos de Perú.....	41
Figura 12: Comparación cápita observado, cápita ajustado por riesgos y Mortalidad infantil para el primer nivel de atención por departamentos de Perú en el año 2006.....	49

SIGLAS

DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
DRGs	Grupos de Diagnóstico Relacionados
HS 20/20	Sistemas de Salud 20/20 – <i>Health Systems 20/20</i>
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
MINSAL	Ministerio de Salud del Chile
ODSIS	Oficina Desconcentrada de Seguro Integral de Salud
PRAES	Promoviendo Alianzas y Estrategias
SIS	Seguro Integral de Salud
USAID	United States Agency for International Development

AGRADECIMIENTOS

Los consultores agradecen la colaboración de las personas del SIS en este trabajo.

Francisco Huerta
Carlos Reyes
Láciter López
Javier Hurtado
Hugo Léguas
Jesús Chihuán
Sonia Gamarra
Ricardo Chávez
David Domínguez
Patricio Cruces
Mariela Merino
Héctor Alcalde
Karin Roedel
Manuel Vega
Eliana Arias
Dr. Héctor Encinas
Lucy Mendoza

Además los consultores agradecen el apoyo de Luis Seminario de USAID/Perú durante la ejecución de la asistencia técnica.

RESUMEN EJECUTIVO

El Seguro Integral de Salud (SIS) es una entidad desconcentrada dependiente del Ministerio de salud de Perú (MINSA) que financia un grupo predefinido de prestaciones para su población objetivo. El pago a proveedores se realiza a través de tarifas y pagos retrospectivos de facturación, acordadas con el MINSA para las prestaciones aseguradas, bajo un sistema de pago por acto. El SIS está ampliando su población objetivo a través de campañas de afiliación y también está ampliando los beneficios al incluir una gama más compleja de servicios. El crecimiento del SIS como financiador está acompañado de un interés de mejorar el actual sistema de tarifas y pago a proveedores para que este sea más afín con los objetivos del SIS. De esta forma, el SIS se encuentra en un contexto de reforma para el aseguramiento universal en Perú, y es la principal expresión de política pública de expansión del aseguramiento de salud, por la vía de la inscripción de los grupos objetivos de población.

Este trabajo tiene por objeto analizar las bases conceptuales y metodológicas para un sistema de evaluación y ajuste de tarifas para el SIS, para contribuir a la actualización de las tarifas con que el SIS retribuye a los proveedores del sistema público de salud de Perú.

El informe entrega un marco conceptual de la asignación de recursos pertinente para el caso de Perú, en el que se abordan los problemas más comunes en la asignación de recursos y las vías de solución generales. También se presenta una descripción general de la experiencia internacional y las lecciones que los países más avanzados en reformas a la salud, han ido concluyendo acerca de los mecanismos de pago a proveedores de salud.

Se estudia un diagnóstico de la situación actual del SIS en cuanto a la asignación de recursos y la utilización de los mismos, se busca establecer cómo se distribuye el uso de los recursos y qué se produce con ello, así como hacia quienes están dirigidos. Finalmente establecer a qué nivel de atención y planes se concentran los recursos para establecer propuestas que prioricen esas áreas.

El estudio incluye propuestas o posibilidades analizadas para el SIS, en el entendido que son consecutivas y una no puede comenzar sin la anterior, en ese sentido el conjunto constituye una propuesta de largo plazo, en cuyo contexto el SIS puede ir dando pasos desde ya. Además se incorpora una descripción de los atributos que debería tener un buen sistema de pagos y simulaciones de alternativas con datos del SIS.

El surgimiento del SIS tiene ventajas innegables para la canalización de recursos hacia los más pobres, de manera de asegurar un mayor acceso a la atención de salud. Debido a ello se separó el financiamiento público del sistema de salud básicamente en dos secciones, el proveniente del MINSA y el proveniente del SIS. No obstante lo anterior, en una perspectiva de largo plazo, de separación de funciones para una mayor eficiencia del gasto, el análisis lleva a recomendar que, que el financiamiento esté gestionado en una sola mano, al menos en las transferencias y los aspectos financieros que ello implica, a clarificar que las propuestas formuladas son consecutivas, integrales y en su expresión más completa, pueden (deben) incorporar el conjunto del financiamiento

Además se considera que existe experiencia para abordar una nueva etapa en los mecanismos de transferencia en Perú. Los mecanismos deben promover la integración sanitaria y la equidad, como los que usan sistemas de pagos mixtos. La aplicación de herramientas que usan morbilidad para el ajuste de riesgo y la casuística hospitalaria permiten mejorar, al mismo tiempo, la información para la gestión en

los sistemas de salud. No obstante lo anterior se deben mejorar los sistemas de información, de gestión y de control: Hay herramientas conocidas cuya implementación podría ser evaluada, como el Winsig para homogeneizar e implementar sistemas de contabilidad de costos es establecimientos de salud. Se necesita implementar sistemas de contabilidad de costos a nivel de los establecimientos para implementar sistemas de pagos.

Para este proyecto, y en esta primera etapa, se trabaja a modo de ilustración en la simulación de en una de las alternativas posibles ahora y en ayudar a generar las condiciones para el mediano y largo plazo, mediante la presentación de una metodología adecuada.

Se hace patente la necesidad de coordinación intrasectorial y de definiciones institucionales en torno al tema del financiamiento

La implementación de cambios se recomienda sea consecutiva, gradual, y que a la hora de implementar se comience con experiencias piloto, allí donde las condiciones sean más favorables.

En este trabajo se han simulado, a modo de ejercicio ilustrativo de la metodología a seguir, una serie de situaciones aplicando sistemas de capitación territorial, primero considerando todo el gasto del SIS y luego considerando sólo el primer nivel de atención. Todas las simulaciones son neutrales en los recursos totales, es decir, no implican aumento ni disminución de los gastos totales del SIS en un año.

Si todas las personas tuvieran las mismas necesidades de gasto esperado en salud, que es lo que se asume cuando se simula un per cápita fijo, los presupuestos deberían cambiar ostensiblemente. Esto está mostrando no sólo la diferencia de asignación por persona en cada región, también muestra diferencias de utilización. Seguramente allí donde los cápitas observados son mayores debe haber también mayor utilización de servicios por persona, pero sobre todo esto muestra la importancia del gasto en hospitales en zonas donde se encuentra la capacidad instalada de ellos y son centros de derivación, como Lima Ciudad y el Callao. El resultado obtenido es decidor, se redistribuyen recursos entre las regiones de manera importante. En este análisis llama profundamente la atención los casos de Puno y Lima Ciudad, que son los casos extremos uno debería ser incrementado en 70% y el otro disminuido en una cifra similar (74%)

Cuando el per cápita es ajustado demográficamente y ya las personas no tienen los mismos gastos esperados en salud, sino que difieren según sexo y edad, en general, las diferencias con el cápita observado se ven atenuadas respecto del ejercicio que asume un cápita fijo. Esto puede explicarse por la composición de la población. Esto es, si en una región el presupuesto total otorgado por el per cápita fijo disminuye al aplicar el cápita ajustado, es porque, la población de mayor costo esperado es relativamente menor o la población de menor costo esperado es relativamente mayor. Este ejercicio es una alternativa superior al anterior.

Cuando se evalúa la efectividad sanitaria del cápita ajustado por riesgos demográficos, en la mayoría de los casos evaluables, es decir en 26 departamentos de 29, el comportamiento es el esperado, analizando por Departamento, en que cuando la mortalidad infantil está por encima del promedio nacional, el presupuesto per cápita estimado aumenta respecto del presupuesto per cápita observado. En los casos en que la mortalidad infantil está por debajo del promedio nacional, el resultado esperado es que el presupuesto estimado sea menor al observado.

Cuando se incorpora pobreza como ajustador de riesgos, la variación de las diferencias de asignación de recursos son menores que en los otros casos y dado que hay una alta correlación entre pobreza y mortalidad infantil (coeficiente de correlación = 0,90), este ejercicio se ajustará mucho más a esta

variable de estado de salud, haciendo que los recursos se orienten de mejor manera en este sentido. Así esta alternativa se vuelve superior a las dos anteriores.

Al repetir el ejercicio para estos tres tipos de cápita (per cápita fijo, per cápita con ajuste de riesgo demográfico y per cápita con ajuste de riesgo demográfico y pobreza), pero simular las cápita sólo para el primer nivel de atención, las brechas obtenidas anteriormente se revierten. Un ejemplo claro resulta ser el caso de Lima Ciudad que pasa de tener una brecha positiva (es decir que hipotéticamente se le transfiere más recursos de los necesarios) a una brecha negativa de 63,5% (es decir, hipotéticamente le falta financiamiento por el equivalente a esa magnitud respecto de lo transferido en 2006 para el primer nivel). Otro tipo de situación es, por ejemplo, la del caso del Callao, donde la orientación del resultado sigue siendo la misma, es decir, que hipotéticamente se le transfieren más recursos de los necesarios, pero en mucho menor magnitud cuando se considera sólo el primer nivel.

Cuando se comparan las simulaciones que usan ajuste demográfico, con hospitales y sin hospitales, se mantienen diferencias importantes con los recursos colocados durante 2006, en el primer nivel de atención, pero se revierten o cambian significativamente las regiones donde hay mayor capacidad instalada hospitalaria, cuando el gasto en hospitales no está siendo considerado. De esta manera, en el caso de Lima Ciudad la diferencia de asignaciones se acentúa respecto del ejercicio anterior, es decir, si antes había que quitarle hipotéticamente un 74% ahora al aislar la atención hospitalaria resulta que habría que otorgar mayores recurso a Lima Ciudad en un 77,6% más respecto a lo gastado en el primer nivel en el año 2006.

La corrección por pobreza, considerando sólo los gastos del primer nivel de atención, vuelve a generar una menor varianza de las brechas entre regiones, lo que resulta positivo a la hora de pensar en una aplicación real de este ejercicio ilustrativo. Nuevamente el hecho de aislar la atención sólo del primer nivel, genera grandes diferencias respecto del ejercicio anterior de corrección demográfica y por pobreza. La pobreza tiene una injerencia importante, las diferencias apreciadas anteriormente se mitigan en Lima Ciudad, dado que su nivel de pobreza es inferior a la media nacional y muy inferior al de algunas regiones. El sexo y la edad no dan cuenta de los niveles de pobreza, y con ello los niveles de necesidades de salud quedan reflejados sólo parcialmente, ello ratifica la necesidad de usar este ajustador.

“Que una nación en su sano juicio, habiendo notado que uno podía asegurarse el suministro de pan dando a los panaderos un interés pecuniario por hacer el pan, debiera dar a un cirujano un interés pecuniario por amputar una pierna es suficiente para hacernos perder las esperanzas en la humanidad de la política”

George Bernard Shaw (1856-1950)

I. INTRODUCCIÓN

I.1 ANTECEDENTES

Sistemas de Salud 20/20 (*Health Systems 20/20 –HS 20/20*) es un acuerdo de cooperación de cinco años (2006-2011) financiado por la Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional (USAID). El objetivo de HS20/20 es entregar apoyo técnico a países con presencia de USAID para resolver problemas de gobernabilidad, financiamiento, operación, y capacidad técnica en el sector de la salud. Al concentrarse en estas áreas para el fortalecimiento de los sistemas de salud el proyecto pretende ayudar a las poblaciones de países en desarrollo para lograr mayor acceso y utilización de servicios de salud y nutrición.

El enfoque es generar capacidades técnicas que logren la sostenibilidad del fortalecimiento del sistema en el largo plazo. El proyecto provee a través del liderazgo, asistencia técnica, investigación, redes profesionales y entrega de información.

Abt Associates lidera el grupo de socios que incluye a Aga Khan Foundation, BearingPoint, Bitrán & Asociados, BRAC University, Broad Branch Associates, Forum One Communications, RTI International, Training Resources Group y la Escuela de Salud Pública de Tulane University.

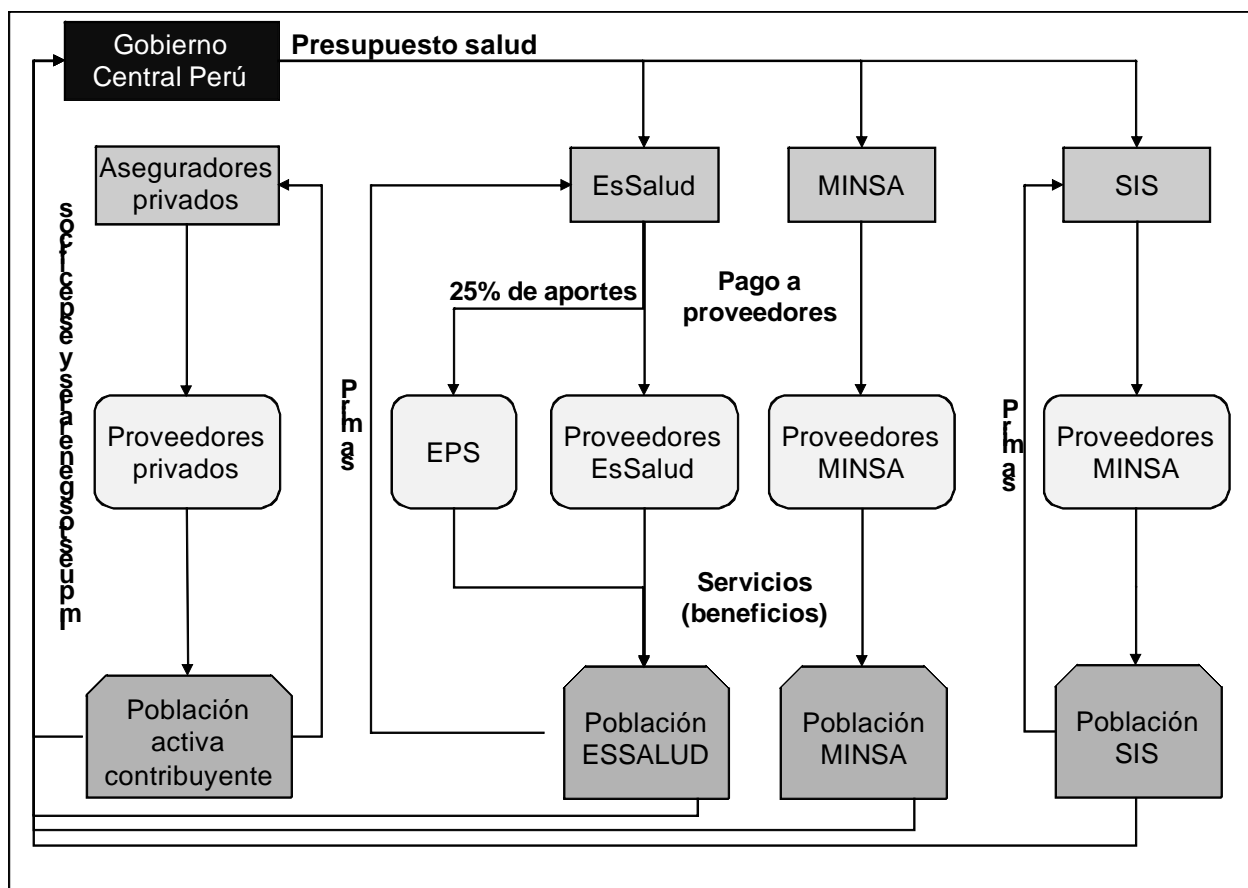
Los principios que guían HS 20/20 son:

- Promover la institucionalización;
- Buscar y promover colaboración y asociación estratégica;
- Construir sobre conocimiento existente y enfocarse en el concepto de “mejores compras” utilizando un enfoque basado en la evaluación;
- Optimizar enfoques intersectoriales;
- Hacer que la descentralización funcione;
- Asociarse con el sector privado;
- Desarrollar soluciones para reconstruir, desarrollar, y transformar gobiernos;
- Llegar a los pobres;
- Aumentar el conocimiento, capacidades y herramientas de países en desarrollo; y
- Explotar las innovaciones en tecnología de información y comunicación.

I.2 EL SIS Y LA COLABORACIÓN TÉCNICA

La Figura 1 presenta, de modo simplificado, el actual sistema de salud en el Perú. Una parte importante del financiamiento proviene de recursos públicos que recauda el Gobierno Central del Perú a través de impuestos y que luego asigna al sector salud. Otra parte del financiamiento proviene de pagos directos efectuados por pacientes y usuarios del sistema de salud a los proveedores de servicios. Una tercera fuente de financiamiento la constituyen las primas que los individuos y empleadores (en el caso de la seguridad social) pagan a aseguradores privados, Entidades Prestadoras de Salud (EPS), y a la seguridad social (Instituto Peruano de Seguridad Social, o EsSalud). El sistema tiene los siguientes grupos de aseguradores: el Ministerio de Salud (MINSA); la seguridad social (EsSalud); el Sistema Integral de Salud (SIS); y aseguradores privados. Los proveedores de servicios de salud pertenecen a cuatro grupos: establecimientos de salud del MINSA; establecimientos de salud de EsSalud; establecimientos privados; y EPS que son prestadores de baja complejidad.

FIGURA 1: SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ



Fuente: Autores.

El SIS es una entidad desconcentrada dependiente del MINSA que financia un grupo predefinido de prestaciones para su población objetivo. El pago a proveedores se realiza a través de un tarifario acordado con el MINSA para las prestaciones aseguradas, bajo un sistema de pago por acto. El SIS está ampliando su población objetivo a través de campañas de afiliación y también está ampliando los beneficios al incluir una gama más compleja de servicios. El crecimiento del SIS como financiador está

acompañado de un interés de mejorar el actual sistema de pago a proveedores para que este sea más afín con los objetivos del SIS.

El SIS se encuentra en un contexto de reforma para el aseguramiento universal en Perú, y es la principal expresión de política pública de expansión del aseguramiento de salud, por la vía de la inscripción de los grupos objetivos de población.

En este contexto la asistencia técnica tuvo por objeto apoyar la generación de habilidades en el SIS para implementar costeos de problemas de salud mediante la estimación del costo observado de 3 problemas de salud en 3 diferentes zonas geográficas (9 establecimientos, tomando alrededor de 320 historias clínicas), sentar las bases para un sistema de evaluación y ajuste de tarifas y recomendar los aspectos principales para la organización de una unidad de análisis económico financiero para el SIS.

La información sobre costos sirve como base para determinar tarifas de atenciones para que la provisión sea sustentable. Aparte de la información sobre costos, hay otras consideraciones que intervienen en la fijación de precios, como las decisiones de planificación. En el contexto de Perú, las tarifas aplican a proveedores, a la seguridad social y a los consumidores. En el contexto del SIS las tarifas operan principalmente hacia los proveedores

La reflexión que se expone en este informe es específica para el SIS pero considera el marco global de la asignación de recursos a proveedores en el sector público de salud de Perú. Es decir, considera el conjunto del financiamiento tanto del MINSA como del SIS y también los copagos cuando ellos colaboran a financiar el costo de las intervenciones sanitarias escogidas

Las tarifas son en el contexto SIS, en realidad mecanismos de pago por acto para una parte del costo, combinado con pagos fijos tarifados para unas pocas intervenciones trazadoras para los hospitales más complejos y especializados (hospitales nacionales e institutos especializados) para cubrir el costo variable. Las tarifas del SIS se organizan por tipo de prestación y por nivel de complejidad del establecimiento de salud y se definen como "... el monto máximo que se paga por las prestaciones otorgadas en el establecimiento prestador de salud y que no están financiadas por otra fuente. Cubre el gasto variable y no el acto médico..."¹

Lo que se propone en este documento, es un camino desarrollar en el tiempo. Cada propuesta puede ser vista por separado pero es un continuo en el tiempo. La implementación de ellas en caso que así lo decida el SIS, debe ser gradual. Es por ello que se simula sólo un caso posible que pueda ser desarrollado lo más prontamente posible.

Cabe señalar que el trabajo contó con el acompañamiento permanente del personal designado por el SIS de las áreas de finanzas y operaciones y también de las oficinas desconcentradas involucradas (Lima Oeste, Huancavelica, La Libertad y Amazonas), lo que permitió facilitar la internalización por parte de dicho personal, de los aspectos conceptuales, metodológicos y aplicativos desarrollados, lo que es un elemento intencionado para cumplir con el objetivo de fortalecimiento de la capacidad de gestión económico financiera del SIS.

¹ Resolución Ministerial N°725-2005/MINSA del 23 de Septiembre de 2005. Definiciones operacionales del Anexo N°3

I.3 OBJETIVO GENERAL

Este trabajo tiene por objeto analizar las bases conceptuales y metodológicas para un sistema de evaluación y ajuste de tarifas para el SIS, para contribuir a la actualización de las tarifas con que el SIS retribuye a los proveedores del sistema público de salud de Perú.

I.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dotar al SIS de un marco conceptual respecto de tarifas y mecanismos de pago aplicado al sistema de salud de Perú

Describir la experiencia internacional en mecanismos y sistemas de pago, en cuanto a sus ventajas, desventajas y condiciones de aplicación y de implementación de los distintos sistemas

Generar propuestas metodológicas que el SIS pueda desarrollar a futuro y proponer una secuencia de ellas en el tiempo, condicionada por diversos requisitos definidos.

Aplicar la metodología a una propuesta y analizar las brechas entre tarifas actuales y la forma de pago simulada

I.5 ORGANIZACIÓN DEL INFORME

En lo que sigue el informe se organiza en 5 capítulos. En el capítulo 2 se entrega un marco conceptual de la asignación de recursos pertinente para el caso de Perú, en el se abordan los problemas más comunes en la asignación de recursos y las vías de solución generales. También se presenta una comparación internacional y las lecciones que los países más avanzados en reformas a la salud, han ido concluyendo acerca de los mecanismos de pago a proveedores de salud.

En el capítulo 3 se estudia un diagnóstico de la situación actual del SIS en cuanto a la asignación de recursos y la utilización de los mismos, se busca establecer cómo se distribuye el uso de los recursos y qué se produce con ello, así como hacia quienes están dirigidos. Finalmente establecer a qué nivel de atención y planes se concentran los recursos para establecer propuestas que prioricen esas áreas.

En el capítulo 4 se incluyen las propuestas o posibilidades analizadas para el SIS, en el entendido que son consecutivas y una no puede comenzar sin la anterior, en ese sentido el conjunto constituye una propuesta de largo plazo, en cuyo contexto el SIS puede ir dando pasos desde ya. El capítulo incluye una descripción de los atributos que debería tener un buen sistema de pagos y simulaciones de alternativas con datos del SIS.

Finalmente en el capítulo 5 se resumen las conclusiones y recomendaciones que se desprenden de la exposición de los capítulos anteriores.

2. MARCO CONCEPTUAL SOBRE ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN EL CONTEXTO PÚBLICO

En el presente capítulo se desarrolla un marco conceptual sobre la asignación de recursos en salud, seleccionando conceptos que se entiende más cercanos a la realidad del sistema de salud de Perú y del SIS. Es por lo tanto, una descripción no exhaustiva de marco teórico, aplicado a Perú.

Para una mejor comprensión del texto, algunos de los términos técnicos utilizados se detallan en la Tabla I.

TABLA I: GLOSARIO DE TÉRMINOS TÉCNICOS

Término	Definición	Ejemplo
Asignación de recursos en salud	Forma en que se distribuyen los recursos del sector salud para atender las necesidades de salud	La asignación de recursos financieros a través de presupuesto histórico a direcciones territoriales de salud
Costo	Valor económico de los recursos usados en la producción de un bien o servicio	El costo de la atención del parto es de \$1.000
Costo unitario	Costo total dividido por la cantidad producida, en un determinado período	El costo unitario de un egreso hospitalario es de \$500
Costo estándar	Costo planeado bajo condiciones ideales o de eficiencia en la producción	El costo estándar de una visita médica es de \$20 por 20 minutos del tiempo del médico
Costo observado	Costo medido in-situ mediante herramientas pertinentes para medir el uso observado de los recursos por los costos ejecutados	El costo observado en un conjunto de establecimiento de la colescistitis aguda es de \$700
Costo fijo	Costo que no varía con la cantidad producida y no es posible alterar en el corto plazo	Costo de arriendo de local para campaña de inmunizaciones
Costo variable	Costo que varía según la cantidad producida, y que es posible de alterar en el corto plazo	Costo de las jeringas para campaña de inmunizaciones
Costo total	Costo fijo mas costo variable	Suma de los costos de arriendo de enfermera, de jeringas y otros, para la campaña de inmunizaciones
Capacidad instalada	Activo fijo, tecnología y fuerza de trabajo disponible en un centro de producción o proveedor	Edificio, máquinas y equipos, y personal nombrado del Hospital Cayetano Heredia

TABLA I: GLOSARIO DE TÉRMINOS TÉCNICOS

Término	Definición	Ejemplo
Oferta	Cantidad de bienes o servicios que los proveedores están dispuestos a ofertar para cada precio que puedan recibir en el mercado	Un centro de salud puede producir 200 consultas si el co-pago es de \$13
Demanda	Cantidad de un bien o servicios que las personas desean consumir en vista de sus restricciones presupuestarias	Si el precio de una consulta es \$13 la demanda será de 200 consultas
Acceso a los servicios de salud	Posibilidad económica, geográfica, legal, cultural u organizativa que una población posee para ser atendida en un servicio de salud	Las poblaciones de zonas rurales tienen problemas de acceso a la salud por razones geográficas, entonces el gobierno implementa postas rurales
Incentivo	Mecanismo de inducción, de individuos o entidades, para que adopten determinado comportamiento.	Fuerte aumento de la tarifa del parto, provocaría pesquiza de embarazadas para atender su parto en el hospital
Precio	Valor monetario por medio del cual un bien o servicio es comprado y vendido	Precios de los medicamentos
Tarifa para proveedores	Valor reembolsado por el financiador por un producto o servicio de un proveedor	La consulta externa vale \$7
Tarifa para usuarios	Valor cobrado por un proveedor por otorgar un bien o servicio, que implica un co-pago para el usuario	La consulta externa vale \$5 con un co-pago de \$2
Mecanismo de pago	Forma de retribución monetaria desde el financiador a los proveedores de salud	Percápita para el primer nivel de atención
Sistema de pagos	Conjunto de mecanismos de pago que el financiador usa para retribuir a los proveedores de salud	El primer nivel de atención recibe un percápita, el segundo y tercer nivel se pagan por acto combinado con presupuestos globales
Monopolio	Mercado caracterizado por la existencia de un solo ofertante de un determinado bien o servicio	El hospital único de una provincia
Pago por acto	Mecanismo de pago según actividad realizada	El Centro de salud es retribuido en \$2 soles por una extracción dental
Pago por día	Mecanismos de pago de un monto fijo por día	Al hospital se le transfieren \$700 por día, independientemente de su actividad
Pago por paciente	Pago fijo por paciente atendido	El hospital es financiado en \$100 por cada paciente egresado
Pago capitado	Pago fijo por persona de una población a cargo	La región de salud sur recibe \$50 por cada uno de las personas inscritas de su territorio
Pago capitado ajustado por riesgo	Pago por persona de una población a cargo diferenciado por características de la población	La región de salud recibe \$65 por cada hombre mayor de 65 años y \$55 por las mujeres en edad fértil

TABLA I: GLOSARIO DE TÉRMINOS TÉCNICOS

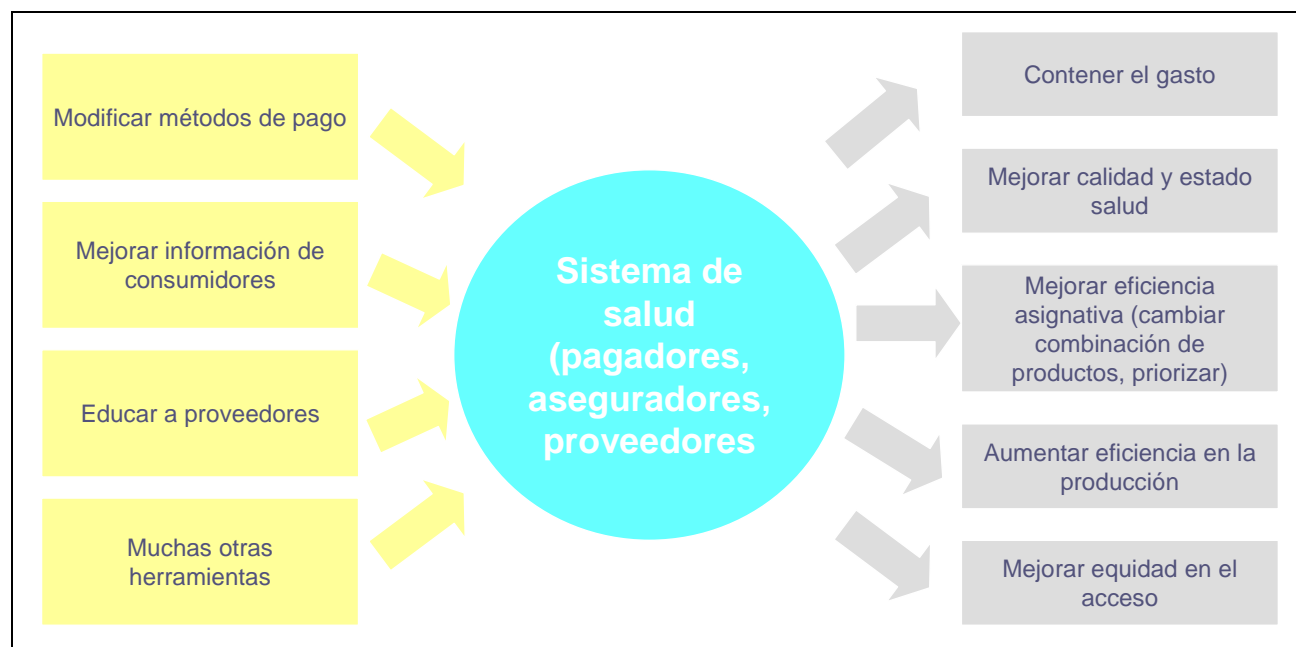
Término	Definición	Ejemplo
Pago prospectivo	Pago por actividad esperada	Costo de la mezcla de casos esperados de un hospital
Pago retrospectivo	Pago por actividad o gastos realizados	Costo de la capacidad instalada de un hospital
Pagos mixto	Combinación del pago prospectivo y retrospectivo	Promedio ponderado de la capacidad instalada y la mezcla de casos del hospital
Presupuesto	Gasto global esperado y planeado	El presupuesto para 2008 del MINSA es de \$3.500 millones
Asimetría de información	Distribución desigual de información disponible entre prestadores y usuarios de un bien o servicio de salud. Generalmente, uno de esos agentes posee mas información sobre determinadas características del bien o servicio de salud	El médico diagnóstica, propone procedimientos y tratamientos al paciente, sin que éste tenga posibilidad de discriminar sobre su conveniencia
Riesgo moral	Comportamiento oportunista que resulta en un exceso de demanda por servicios de salud cuando los usuarios no aportan, de forma directa e inmediata, a los costos de la atención.	El usuario aumenta su consumo de exámenes de salud, una vez asegurado
Selección adversa	Oportunismo que surge cuando una parte posee información privada que afecta negativamente a la otra parte de un contrato, según las ganancias (pérdidas) esperadas sean superiores (inferiores) a los costos (ingresos) esperados	Al proveedor le conviene seleccionar al usuario con menor costo esperado
DRG-Grupos Relacionados de diagnóstico	Categorías de condiciones de salud de pacientes hospitalizados que muestran niveles similares de uso de recursos para tratar dicha condición.	El hospital tiene un índice de casuística de sus egresos de 1,5 de acuerdo a la mezcla de casos atendidos
DCG- Grupos de costo de diagnóstico	Agrupaciones diagnósticas de similares niveles de necesidades médicas futuras que predicen costos usando los diagnósticos por los cuales se ha requerido atención y condiciones demográficas de la población.	El grupo poblacional de mujeres de 40 a 44 años internadas por colecistitis tienen un índice de costo esperado de 3
ACG-Grupos de costo ambulatorio	Similara a DCG, con énfasis en la atención ambulatoria	El grupo poblacional de hombres de 60 a 64 años, hipertensos tiene un índice de costo esperado de 3,5

Fuente: Autores.

2.1 TARIFAS Y MECANISMOS DE PAGO

Los sistemas de salud persiguen múltiples objetivos, como por ejemplo, el mejoramiento del estado de salud de la población, la equidad en el acceso a la salud con un nivel de calidad razonable y que los recursos que se inviertan se gasten de la mejor manera posible, es decir, con eficiencia. A su vez, para lograr estos objetivos existen también múltiples herramientas, los mecanismos de asignación de recursos son sólo una de ellas.

FIGURA 2: OBJETIVOS Y HERRAMIENTAS DE LA POLÍTICA DE SALUD



Fuente: Bitrán et al, 2004.

La producción de servicios de salud requiere de mecanismos de asignación de recursos que persigan apoyar el logro de algunas políticas como la contención de costos y la promoción de la eficiencia con equidad. Es por ello, que la reflexión sobre mecanismos de asignación de recursos presenta una amplia gama de trabajos a nivel internacional, tanto institucionales, como académicos. Aquí se pretende mostrar una línea de trabajo que creemos se ajusta a las necesidades del SIS y se apoya en el estado del arte en este tema a nivel internacional.

Lo primero que se ha de tener presente a la hora de planear mecanismos que contienen incentivos económicos en salud, es que en el ámbito público de la atención de salud existirán incentivos a la eficiencia, que aunque estén bien planeados, atenuados en su impacto al proveedor (Ibern et al, 2007). En efecto, el concepto contrato, programa o convenio, entre el proveedor público y el financiador público, reflejará la voluntad de explicitar la asignación de recursos definida, pero no habrá un traslado de riesgo efectivo, ya que el sector público es el acreedor residual del sistema de atención de salud. En un contexto público y de propiedad pública, el financiamiento, finalmente, es asegurado por el financiador público, en la medida de las restricciones presupuestarias, por lo tanto, el proveedor conoce el monto total de dineros con que contará en el período de un año, por ejemplo y los mecanismos de financiamiento asociados a las transferencias periódicas verán atenuados sus incentivos. De esta forma, en el caso del Perú, existe un proceso de presupuestación que desarrolla el MINSA y el SIS debe ajustarse también a dicho presupuesto, el proveedor sabe ex – ante cuanto es el monto que le

corresponde para el año en curso y sabe que la suma de las transferencias del SIS y del MINSA (y los recursos que obtenga de otras fuentes) deben ajustarse a tal presupuesto, de esta forma, el hecho que el SIS cuente con tarifas fijadas previamente y conocidas por todos los proveedores, no ejerce el poder que se podría esperar.

El papel de los sistemas de pago, en un contexto público como el del SIS en Perú, es tratar de reflejar la asignación óptima de recursos, aquello que es deseable para el asegurador, el proveedor y quién tiene el rol normativo como el MINSA. Esto es, que exista un financiamiento adecuado a los costos incurridos y aceptables y con las necesidades a las que se está cubriendo. Lo anterior requiere un proceso de planificación sanitaria, basado en información real, que circula más allá de las relaciones de oferta y demanda por salud.

En consecuencia, se ha de tener en cuenta el contexto de no mercado en que se desarrollan las instituciones públicas de salud, en particular los proveedores que el SIS financia en Perú, donde los sistemas de pago no operan de la misma manera que los precios (tarifas) en un mercado competitivo. En un mercado los precios guían las decisiones de oferta y de demanda. En el sector público de salud el sistema de pagos debe indicar los objetivos de servicios que al financiador le interesa proveer en base a la indicación sanitaria del MINSA y los costos esperados para cada proveedor que en parte reflejan un proceso de planificación de la capacidad instalada. Así, las decisiones de oferta, las decisiones estructurales de aumento de capital y cambio tecnológico y las decisiones sobre los servicios de atención de salud a otorgar, necesitan ser tomadas al mismo tiempo, mediante la planificación sanitaria. Lo anterior queda fuera del alcance de los mecanismos de pago. Claramente, antes de la asignación de recursos existe una realidad de la oferta que proviene de decisiones políticas de planificación de acceso a la salud, tomadas por el sistema de salud del Perú con anterioridad que deben ser reconocidas por el sistema de financiamiento.

Como se estudiará más adelante, en la experiencia internacional, para abordar estos problemas, los sistemas de pago han devenido en esquemas que relacionan actividad realizada con costos incurridos. Se apunta hacia sistemas de pago mixtos que combinen los aspectos prospectivos y retrospectivos de los costos de salud, donde lo retrospectivo se ve representado fundamentalmente por la capacidad instalada en la oferta (edificios, equipos, etc.) y lo prospectivo por aquello que los establecimientos son capaces de hacer con esa capacidad planificada, para abordar las necesidades de las poblaciones que tienen bajo su cargo. Bajo este punto de vista, en Perú existe una oferta instalada que habrá que reconocer y financiar, pero también dicha oferta tiene la posibilidad de alcanzar cada vez mejores niveles de eficiencia y para ello se le debe acompañar con los incentivos adecuados.

Por otra parte, en el sector público de salud, cuando existe un financiador-asegurador público, como el SIS, que presenta ventajas indudables al colectivizar los riesgos del grupo poblacional objetivo, se dificulta también la capacidad para observar los costos reales por parte de los usuarios lo que hace imposible que ellos tomen decisiones con información óptima, como sería deseable o lo económicamente habitual. En efecto, en un mercado los precios finales se relacionan con los costos y los demandantes observan los precios y pueden hacer sus opciones, pero en salud no hay precios y además existe aseguramiento que ejerce la función de compra único como lo hace el SIS. Por lo tanto, el hecho que el consumidor (usuario) no perciba los costos directamente, implica que deba existir una contratación colaborativa entre proveedores públicos y aseguradores públicos, para conseguir mayor valor en salud para el gasto planeado o presupuestado, lo que no necesariamente significa mayor producción de prestaciones.

Otros dos factores de problemas para la asignación de recursos en salud, son destacables para el caso del sector salud en general y para el caso del sector salud de Perú en particular. Esto es, que existen

dificultades en la provisión pública cuando hay un solo proveedor en un territorio determinado, como suelen ser el caso de los hospitales regionales y de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Si bien, es deseable su funcionamiento como monopolio natural subsidiado por el presupuesto público, surgen problemas como la selección adversa y el riesgo moral, que dificultan su funcionamiento eficiente. En el contexto peruano, como en muchos otros países, es común encontrar un solo proveedor en el contexto geográfico, en particular, en las regiones, las tarifas deben, por lo tanto, poner especial interés en mitigar y no fomentar la selección adversa y el riesgo moral en estos casos.

Por otra parte, y esto es un problema general de la atención de salud, no existe la homogeneidad del producto en la producción de salud, lo que es uno de los requisitos para que un mercado funcione de manera eficiente, dado que en la producción de atención de salud no hay tal homogeneidad sino que existen pacientes heterogéneos y finalmente es el médico tratante el que decide la función de producción a utilizar o los procedimientos a ejercer, con información asimétrica. A lo anterior hay que agregar que para cubrir los costos de producción es muy probable el gobierno estime los costos esperados con error, dado que no conoce efectivamente el proceso productivo y los costos reales.

Una respuesta teórica a este tipo de problemas de desenvolvimiento de sistemas de no mercado en salud fue desarrollada por Newhouse, introduciendo el concepto de “Yardstick Competition” (Newhouse, 96), como mecanismos de competencia interna por comparación (de no mercado), entre proveedores (hospitales) de capacidades similares en el contexto del financiamiento. Estos conceptos han sido estudiados y aplicados en programas piloto como en Cataluña (Ibern, Ortún) y estudiados de manera teórica en Chile (Castro, et. al., 2006, Cid, 2007). En el ámbito peruano, esto se traduciría en hacer agrupaciones homogéneas de hospitales, independientemente de su ubicación geográfica, en base a parámetros de comparación comunes y luego medir su casuística comparada, es decir, los tipos y costos de actividades similares que son realizadas por establecimientos que deberían tener más o menos el mismo rendimiento. Al generar indicadores de esta comparación es posible asignar una parte de los recursos.

Pero los proveedores de distintos niveles de atención, asignados a un territorio y por lo tanto, con una población bajo su cargo, necesitan de un mecanismo de transferencia eficiente que debe hacerse cargo de abordar la necesidad de integración asistencial de un sistema de oferta de salud en red como el caso de Perú. Esto es, que en una zona poblacional o en una región de salud, existirá el problema de convivencia de múltiples proveedores que necesitan actuar coordinadamente para ser más eficientes y asegurar de mejor forma el acceso a la salud de la población bajo responsabilidad común, esto da lugar al concepto de integración asistencial y la necesidad de que existan incentivos para que ello se produzca. Este tipo de conceptos han sido desarrolladas en Europa (Ortún, Ibern, Lopez, et. al.) y en España en particular. Estos autores han propuesto un pago capitado ajustado por riesgos donde la integración asistencial es incentivada por la existencia de este techo de gasto capitado ajustado por morbilidad poblacional, para el conjunto de los proveedores de aquella zona, que funciona como techo máximo de gasto esperado para un entorno dentro del cual los ciudadanos recibirán un conjunto de servicios de salud, y cuyos consumos sanitarios representan un riesgo financiero.

Un requisito para que este incentivo coopere en la integración asistencial, es que exista una entidad responsable del territorio de salud suficientemente amplio y con el poder para ejercer la coordinación. La existencia de las Diresas parece ser una ventaja en este sentido. No obstante, el proceso de descentralización más general en que se encuentra inmerso Perú puede introducir cambios relevantes en la red asistencial, es importante que dichos cambios consideren la necesidad de integración de los sistemas de atención de salud.

Aún con este conjunto de conceptos aplicables al caso peruano, existirán diferencias de costos de los proveedores de atención de salud que serán justificadas. Es decir, existirán casos particulares o excepciones que podrán ser tratadas de manera diferenciada, como por ejemplo, lo equipos ambulantes de atención en el Perú o el caso de las emergencias.

Para el diseño de un sistema de pagos hay que entender los motivos de esta variación de los costos como pueden ser: el volumen de producción, el costo de los inputs dado, por ejemplo, por distancias, accesibilidad y costos de transporte, la casuística o complejidad de los casos atendidos, la intensidad de uso de los recursos productivos, el nivel eficiencia de un producto y de productores no homogéneos. Todos estos problemas deben ser integrados al mecanismo de financiamiento. Seguramente en Perú el problema geográfico puede ser un factor importante de variación de costos justificados entre proveedores y entonces, los cálculos deberían estar corregidos por esta variable.

A nivel internacional una vez decidido un sistema de pagos, se han usado diversas herramientas de apoyo para el manejo de la información requerida y de los cálculos. Estas herramientas, en general, miden la producción y evalúan riesgos, clasificando la actividad asistencial o la morbilidad y la asocian a costos (Ejemplos: Grupo de diagnósticos relacionados (DRG), Grupos de costos relacionados (CRG), Grupos de costos de diagnósticos (DCG), Grupos de costos ambulatorios (ACG), etc.). Es una lección aprendida que las herramientas deben ser evaluadas y definidas para cada caso o país en particular. Además el uso de estos sistemas de clasificación está en función de las capacidades existentes en cuanto a habilidades y en particular en cuanto a los sistemas de información y soportes tecnológicos. Además, para aplicar este tipo de herramientas, hay que conocer los costos de manera sistemática y tener sistemas de información integrales basados en la definición de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD), junto con el uso de sistemas de codificaciones de actividades, adecuadas (diagnósticos, procedimientos, medicamentos e insumos, etc.). Lo lógico entonces, cuando se quiere comenzar a usar alguna de estas herramientas, como parece ser el caso del SIS, es comenzar por montar los sistemas de información adecuados y/o evaluar los existentes para analizar si ellos pueden ser adaptados o mejorados. El proceso de implementación de un sistema de pagos y sus herramientas, suele ser un proceso largo que toma varios años, ya que deben ir cumpliéndose diversas etapas para llegar a los objetivos proyectados, dentro de las cuales el mejoramiento de los sistemas de información ocupan un papel relevante.

Por último, se debe decidir si las herramientas y el sistema de pagos se usarán sólo para ajustar los presupuestos o distribución global de gasto esperado y previa de los recursos, o si se establecerán también contratos y mecanismos de pago, o ambas cosas en el tiempo y se deben definir las etapas del proceso y el tiempo que tomará la implementación gradual. En el caso de Perú esto conlleva la reflexión y toma de decisiones en torno a las funciones y responsabilidades en el financiamiento de dos entidades: el MINSA y el SIS, dado que el MINSA es responsable de la formulación del presupuesto por cuenta de los proveedores y el SIS de financiar una parte del mismo.

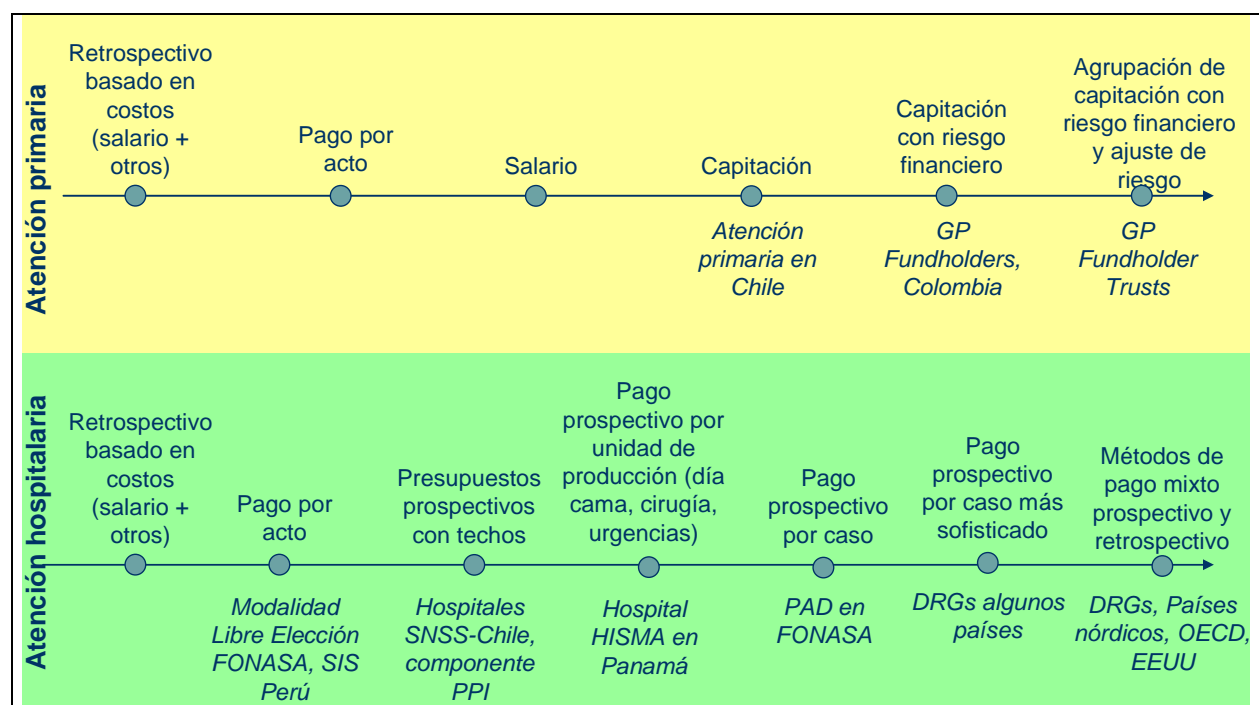
2.2 EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN MECANISMOS DE PAGO

La descripción de sistemas de pago y su evaluación, se ha hecho fundamentalmente a la luz de la experiencia internacional en la implementación de ellos. De este modo, es un elemento importante tratar de incorporar esta experiencia y tratar de aprovechar las lecciones aprendidas en distintos casos de reformas a los mecanismos de transferencias de recursos en salud.

En los últimos 30 años ha habido cambios significativos en el mundo en el ámbito de los métodos de pago usados para remunerar a los proveedores de atenciones ambulatorias y hospitalarias. Se observa

que los países se han alejado cada vez más de métodos basados en el reembolso por costo histórico (pago retrospectivo basado en costos estimados), desplazándose hacia otros donde la unidad de pago agrupa servicios. Además, existe a nivel mundial un interés creciente en aplicar métodos de pago mixtos, que mezclen aspectos prospectivos y retrospectivos, donde se busca potenciar las propiedades positivas de cada método de pago y mitigar sus debilidades.

FIGURA 3: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE SISTEMAS DE PAGO EN EL MUNDO



Fuente: Adaptado de Bitrán et al, 2004.

Los métodos de pago buscan remunerar a los proveedores por sus costos de producción, a la vez que tratan de inducirlos a producir aquellas atenciones deseables para el sistema de salud, a costo mínimo, con niveles de calidad aceptables y sin discriminar entre pacientes sobre bases no médicas. Es común observar que los proveedores se alejan de uno o más de estos objetivos. Por ejemplo, a veces ocurre que un proveedor descuida la calidad de sus prestaciones con el fin de reducir su esfuerzo o minimizar sus costos para así aumentar su margen o utilidad. También es común observar que algunos proveedores privilegian la atención de pacientes que pagan directamente, o a través del asegurador (como el SIS, por ejemplo), por la atención obtenida, en desmedro de atender a pacientes que no aumentan los ingresos del proveedor.

Los métodos de pago pueden ayudar a evitar algunos de estos comportamientos, pero es común que los proveedores respondan con un nuevo comportamiento indeseable. Por ejemplo, frente al aumento del gasto en salud en un sistema de pago por acto, algunos pagadores han recurrido a la capitación para contener el gasto. Este método de pago permite transferir parte del riesgo médico al proveedor, quien debe subsistir con un presupuesto limitado por beneficiario. Sin embargo, es normal observar que bajo el régimen capitado simple el proveedor tiende a sub-proveer atenciones para limitar su gasto, como respuesta al hecho que su ingreso es fijo. La sub-provisión se traduce en menor acceso para los beneficiarios y menor estado de salud. Por ende, es indispensable, por una parte mejorar los cálculos de

costo esperado por persona, ajustando el per cápita por riesgos, y por otra acompañar la capitación con un sistema de control de desempeño del proveedor.

El ejemplo anterior ilustra una situación frecuente en el ámbito de los métodos de pago: las variables de desempeño, como precio, calidad, cantidad y acceso están todas en mayor o menor medida bajo el control del proveedor. Cuando el pagador intenta controlar una de ellas, el proveedor responde ajustando otra. A esto se le llama “ley de vasos comunicantes” (Bitrán et. al., 2004). De este modo, si el pagador intenta reducir o limitar el precio de la atención, el proveedor intenta responder aumentando la cantidad; si el pagador limita la cantidad y el precio, el proveedor intenta reducir la calidad o el acceso, etc.

Las políticas de financiamiento de los servicios de salud han buscado limitar este tipo de comportamiento por parte de los proveedores combinando varios mecanismos de pago, con el objeto de impedir este juego estratégico de los proveedores de salud. En algunos casos ello puede complicar el sistema de financiamiento y conducir a comportamientos aún más complejos por parte de los proveedores, en búsqueda de sus objetivos pecuniarios o de otra índole.

FIGURA 4: LEY DE VASOS COMUNICANTES EN EL FINANCIAMIENTO DE LOS PROVEEDORES DE SALUD

$$\underbrace{[(\text{Precio}) \times (\text{Cantidad}) \times (\text{Calidad})]}_{\text{Gasto en provisión}} = \underbrace{[(\text{Costo unitario}) \times (\text{Cantidad}) \times (\text{calidad})]}_{\text{Ingreso proveedores}} + \text{Utilidad (o margen)}$$

Fuente: Autores.

Ellis (2001) señala que cada mecanismo de pago conlleva ciertos incentivos que condicionan el desempeño de un sistema de salud. Estos incentivos afectan el costo de los servicios prestados, su calidad y la selección de riesgo, es decir, la disposición del proveedor a tomar casos más o menos complicados. La siguiente figura resume la fuerza del incentivo asociado a cada mecanismo de pago.

FIGURA 5: MECANISMOS DE PAGO E INCENTIVOS A LOS PROVEEDORES

Dimensión del desempeño del proveedor	Mecanismo de pago				
	Presupuesto	Pago por acto	Pago por día	Pago por caso	Capitación
	Control costo	Ningún incentivo	Mínimo		Máximo
Calidad	Calidad no reduce margen o utilidad	Mínimo		Máximo	Buena calidad sólo para casos que arrojen margen o que sean rentables
Tendencia a evitar casos complicados	Ningún incentivo para evitar casos complicados	Mínimo		Máximo	Alto incentivo para evitar casos complicados

Fuente: Bitrán et al, 2004

Los incentivos descritos por Ellis son aplicables a proveedores públicos y privados. Aunque no existan fines lucrativos, para que los incentivos operen basta con que las instituciones proveedoras y sus respectivos profesionales de la salud puedan disponer del excedente que se genera como la diferencia entre pago y costo. Ese excedente puede ser usado para mejorar la calidad de los servicios, las condiciones de trabajo del personal, o los ingresos del personal. Semejantes incentivos tornan a los métodos de pago en poderosos instrumentos de políticas públicas en salud. Sin embargo, una política de salud no es completa con sólo especificar los métodos de pago, puesto que por sí solos éstos no logran resolver todas las fallas de un mercado ni tampoco los problemas de equidad de un sistema de salud. Otros instrumentos de política incluyen la provisión de información a la población, el control de los monopolios, la superación de los mercados incompletos de seguros y la regulación.

Según Roberts et al. (2004), los gobiernos disponen de 5 grupos de instrumentos de control de política para influir sobre sus objetivos intermedios de política (eficiencia, equidad y acceso) y sus objetivos finales de desempeño (estado de salud, satisfacción del cliente y protección contra el riesgo financiero). Esos grupos son: el financiamiento, el método de pago, la organización del mercado, la regulación y el comportamiento de los agentes.

En este trabajo nos hemos centrado en los dos primeros instrumentos que involucran la asignación de recursos a nivel del presupuesto y su distribución, los sistemas de pagos los mecanismos de pago específicos para cada tipo de proveedor.

2.2.1 PAGOS AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Los países europeos han evolucionado considerablemente en las últimas décadas en materia de métodos de pago a proveedores de salud y ofrecen por lo tanto lecciones importantes a los demás países. Un

análisis de los métodos de pago ahí utilizados, sin embargo muestra una gran heterogeneidad. A continuación se presenta un resumen de la situación en ese continente:

El salario es utilizado como mecanismo de pago principal para la atención primaria en varios países, incluyendo Grecia, Finlandia, Canadá, Islandia, Noruega (mezcla de salarios y pago por acto), Portugal, España (con alguna capitación), Suecia (alguna capitación) y Turquía.

La capitación a médicos generales o “de familia”, usualmente ajustada por riesgo sobre la base de la edad y el sexo del beneficiario, es utilizada en Italia (combinado con pago por acto), Reino Unido (combinado con pago por acto), Irlanda, Austria (combinado con pago por acto), Holanda, Dinamarca.

El pago por acto médico, con negociaciones periódicas de las tarifas, es utilizado en forma importante en el resto de los países de Europa, pero en algunos casos mezclados con capitación como el caso de Holanda y Dinamarca.

TABLA 2: PAGOS AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN PAÍSES DESARROLLADOS

Modelo	País	% Independiente	Capitación	Pago por caso	Salario	"Gatekeeping"
SS	Bélgica	97		S		
SS	Francia	97		S		
SS	Alemania	100		S		
SS	Holanda	93	S	S		S
FM	Austria	99		S		
FM	Grecia	30		(S)	S	
FM	Suiza	99		S		
FM	Estados Unidos					
IL	Canadá	mayor parte		S	(S)	S
IL	Dinamarca	100	S	S		S
IL	Finlandia	2			S	
IL	Italia	98	S			S
IL	Suecia	1			S	
IC	Australia	mayor parte		S	(S)	S
IC	Irlanda	1	S			S
IC	Nueva Zelanda	mayor parte		S		S
IC	Noruega	58		S	(S)	S
IC	Portugal	1			S	S
IC	España	4			S	S
IC	Reino Unido	99	S	(S)	(S)	S

SS= Seguridad Social; FM= Financiamiento Mixto; IC=Impuestos Centrales.; IL= Impuestos Locales;
Gatekeeping=regulador de demanda de especialidad

Fuente: Traducido desde Williams, 2002, adaptado de Saltman, Busse and Mossialos (European Observatory 2002).

En la Tabla 2 además se exponen otras características de los médicos de primera línea, esto es, que en la mayoría de los casos son independientes y que en muchos casos, en particular en los sistemas financiados por impuestos generales centralizados (CT) y locales (LT) estos médicos ejercen el rol de regular el acceso a la atención especializada.

Las cápitras utilizadas generalmente contienen ajustes. Los principales ajustadores de riesgo usados son sexo y edad, pero hay también una gama de otras variables que han venido siendo utilizadas para corregir las cápitras, llamado la atención otras variables sociodemográficas como la localización

geográfica, la condición étnica, los ingresos y la educación; a la vez que se desarrollan modelos que recogen también variables de salud como la morbilidad.

TABLA 3: AJUSTADORES DE RIESGOS EN FÓRMULAS DE CAPITACIÓN PARA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN PAÍSES CON FINANCIAMIENTO POR IMPUESTOS GENERALES

País	Ajustadores de Riesgo
Australia	Edad, sexo, grupo étnico, indigencia, mortalidad, nivel de educación, ruralidad
Canadá	Edad, sexo, estatus socioeconómico, etnicidad, lejanía
Dinamarca	Edad, número de niños en familias monoparentales, número de apartamentos arrendados, desempleo, educación, inmigrantes, estatus social, ancianos viviendo solos
Inglaterra	Edad, mortalidad, morbilidad, desempleo, ancianos viviendo solos, origen étnico, estatus socioeconómico
Finlandia	Edad, discapacidad, morbilidad, archipiélago, lejanía
Islandia	Ninguno
Irlanda	No aplicable
Italia	Edad, sexo, mortalidad, morbilidad, utilización
Nueva Zelanda	Edad, sexo, estado de bienestar, etnicidad, ruralidad
Noruega	Edad, sexo, mortalidad, ancianos viviendo solos, estado civil
Portugal	Basado principalmente en antecedentes históricos; edad, carga relativa de enfermedad (diabetes, hipertensión, tuberculosis, SIDA)
España	Porcentaje de la población mayor a 65 años, insularidad (region=islas)
Suecia	Edad, sexo, estado civil, estado de empleo, ocupación, tenencia de casa, alta utilización

Fuente: Traducido desde Busse R., a su vez tomado de Rice y Smith 2002; Mapelli 1999; Järvelin Rico, y Cedtani 2002; Vilgarda, Krasnik, y Vrangbaek 2001.

En un contexto diferente, pero coincidente en el cálculo de una cápita, algunos de los países con sistemas de seguridad social de salud, que efectúan compensaciones de riesgo entre sus cajas de enfermedad o seguros de salud, las fórmulas de ajuste han evolucionado de manera importante.

TABLA 4: AJUSTADORES DE RIESGOS EN FÓRMULAS DE CAPITACIÓN PARA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN PAÍSES CON FINANCIAMIENTO DE SEGURIDAD SOCIAL

País	Año de implementación	Ajustadores de riesgo
Austria	Ninguno	
Bélgica	1995	Edad, sexo, estatus de seguridad social, estatus de empleo, mortalidad, urbanización, ingreso
	2006	Edad, sexo, estatus de seguridad social, estatus de empleo, mortalidad, urbanización, ingreso, diagnósticos y grupos de costo farmacéuticos
Francia	Ninguno	
Alemania	1994/1995	Edad, sexo, pensión por discapacidad
	2002	Edad, sexo, pensión por discapacidad, participación en Programa de Manejo de Enfermedad
Japón	Ninguno	
Korea, Rep.of	Ninguno	
Luxemburgo	Ninguno	
Holanda	1993	Edad, sexo
	1996	Edad, sexo, región, discapacidad
	1999	Edad, sexo, seguridad social/estatus de empleo, región de residencia
	2002	Edad, sexo, seguridad social/estatus de empleo, región de residencia, diagnósticos y grupos de costos farmacéutico
Suiza (dentro del Canton)	1994	Edad, sexo

Fuente: Traducido desde Busse R., a su vez, adaptado desde Busse, Saltman, y Dubois 2004 y actualizado con información de Risk Adjustment Network (RAN).

2.2.2 PAGOS A LOS HOSPITALES

También existe heterogeneidad en los métodos de pago utilizados para rembolsar la atención hospitalaria. Pero en Europa occidental predominan los presupuestos globales calculados con base en la producción real realizada por los prestadores. La actividad o casuística se está volviendo cada vez más relevante, en países como Inglaterra, Bélgica, Alemania, Noruega, Finlandia, Australia, España, Portugal y Holanda, donde esta actividad es medida por herramientas tipo DRGs (Ibern et al, 2007).

En efecto en varios países los DRGs originales de la HFCA de Estados Unidos han sido adaptados para que representen su propia realidad hospitalaria, así Inglaterra usa los HRGs (Health related groups) que son una adaptación de los DRGs, Noruega los NorDRGs, Finlandia los FinDRGs y los AP-DRGs son estudiados y usados en Bélgica. En España (Cataluña) y en Portugal también se han usado los DRGs. También el caso de Australia (Victoria) es destacable en este sentido (Ibern et al, 2007). El presupuesto histórico ha virtualmente desaparecido de estos países. En las economías en transición desarrolladas (por ejemplo Hungría) predomina el pago por caso, aunque una parte importante de los países sigue financiando sus hospitales mediante presupuestos históricos (Bitrán et al, 2004).

En suma en los siguientes países están usando algún sistema tipo DRG de clasificación de la actividad hospitalaria, para el financiamiento: Australia, Gran Bretaña, Estados Unidos, Austria, Bélgica, República Checa, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Noruega, Portugal, Cataluña (España) y Suecia.

TABLA 5: SISTEMAS DE PAGO A HOSPITALES EN PAÍSES DESARROLLADOS

País	¿Presupuestos prospectivos?	Presupuestos por ítem	Presupuestos globales	Por día	Por caso	Por acto
Austria	75%			30%	70%	
Bélgica	SI			No médico		Médico
Canada	NO		SI	SI		
Dinamarca	SI		SI			
Finlandia	SI				Algunos	Mayor parte
Francia	SI		SI	SI		
Alemania	SI				Desde 2002	
Grecia	30%	70%		30%		
Irlanda	SI		SI			
Italia	SI				SI	
Holanda	SI		SI			
Nueva Zelanda	SI		SI			
Noruega	SI		50%		50%	
Portugal	3%		SI		En desarrollo	
España	SI			Ponderado		
Suecia	SI		Algunos		SI	
Suiza	SI		SI	SI		

Fuente: Traducido desde Williams, 2002, a su vez desde European Observatory on Health Care Systems.

En esta tabla los autores se refieren al pago por caso como un pago usando DRGs en el cual esencialmente significa que los hospitales son pagados dependiendo de qué enfermedades tienen que ser tratadas (casuística) y que es ampliamente usado en Europa y que su uso viene en crecimiento. Como se aprecia, en estos países ya casi no se usa el presupuesto histórico (o retrospectivo) y los pagos por acto (fees for services) son mínimos y el pago por casuística está combinado con otros métodos principalmente con presupuestos prospectivos y presupuestos globales. La tabla responde al año 2002 y ya ha habido actualizaciones como el caso parcial de España que hemos señalado y otros como Dinamarca, etc., como se ha señalado anteriormente.

También es destacable el avance del pago por caso casuística, generalmente combinado con otros métodos en los países de Europa del Este.

TABLA 6: SISTEMAS DE PAGO A HOSPITALES EN PAÍSES DE EUROPA ESTE

País	Presupuestos	Por día	Por caso
Bulgaria	En desarrollo		En desarrollo
Croacia		SI	
República Checa	SI		SI
Estonia		SI	
Hungría			SI
Lituania		SI	En desarrollo
Polonia			SI
Rumania			En desarrollo
Eslovaquia		SI	
Eslovenia		SI	

Fuente: Williams, 2002, a su vez, McKee, M y Healy, J.

2.2.3 FINANCIAMIENTO TERRITORIAL A POBLACIONES.

Para incentivar la integración asistencial resulta relevante asignar dinero a poblaciones de manera de prever un techo de gasto territorial del cual deben disponer un conjunto de proveedores dirigidos por un ente común con capacidad para hacerlo. Ello puede concretarse en un presupuesto esperado basado en un per cápita ajustado por riesgo.

La integración asistencial en este contexto, es entendida como la forma de poner el énfasis en las necesidades de salud de la población, la necesidad de ajuste entre los servicios disponibles y las necesidades de esa población, a través de la coordinación e integración de los niveles asistenciales. Esto implica plantearse integralmente la atención de salud, desde la promoción de la salud, la prevención y atención curativa, hasta la rehabilitación, en la zona capitada (Agustí Fabrè, et. al., 2006).

Los objetivos perseguidos por este tipo de política son favorecer la equidad en el acceso a los servicios de salud, mejorar la eficiencia al favorecer la gestión coordinada de los servicios de salud y la continuidad asistencial de los usuarios, en un ambiente de colaboración y de objetivos comunes entre niveles asistenciales. También se persigue mejorar la calidad de los servicios de salud, ya que, junto con la cápita, el financiador y el proveedor deben definir objetivos, que tiendan a garantizar una atención de calidad y mejorar la salud de la población, objetivos que se deben plasmar en algún tipo de convenio y por lo tanto ser controlados, de tal modo que el prestador que lleve a cabo tal o cual intervención sanitaria, sea el más idóneo en la zona sanitaria. Además como se ha sostenido anteriormente, se busca estimular la integración entre proveedores, lo que dé lugar a una red coordinada de servicios que proporcionan continuidad asistencia, en cualquier nivel, para la población bajo su responsabilidad, para que esto ocurra necesitan concretarse las economías de escala que ello supone y minimizar los costos de transacción y que la complementariedad administrativa evite la duplicidad de servicios. Por otra parte, obviamente, un sistema de financiamiento de este tipo, tiende a corresponsabilizar a todos los agentes del territorio, traspasando cierto nivel de riesgo a ellos, dado que en conjunto cuentan con un presupuesto fijo conocido ex ante y que deben compartir (Agustí Fabrè, et al, 2006).

A modo de ejemplo de aplicación de un financiamiento capitativo territorial como techo de gasto esperado, se tiene el proyecto piloto que se encuentra en ejecución en España desde hace unos años, que cubre 5 zonas sanitarias de Cataluña abarcando un 7% de la población y una cantidad importante de proveedores de los diversos niveles como se aprecia en la Tabla 7. 28 ABS, 6 hospitales de agudos, 21 centros de salud, que agrupan a 15 entidades gestadoras, distintas.

TABLA 7: ZONAS, PROVEEDORES EN EL PILOTO DE ASIGNACIÓN CAPITADA TERRITORIAL EN CATALUÑA

Zona de Cataluña	Áreas		Centros	Centros de	Nº de proveedores distintos	Población a cargo
	Básicas de Salud	Hospital de agudos	sociosanitarios	salud mental		
Osona	10	1	2	2	8	128.927
Altebrat	4	1	2	2	2	41.199
Alt Maresme/Selva Marítima	8	2	4	2	2	160.462
La Cerdanya	1	1	1	2	1	13.350
Baix Emporda	5	1	1	3	2	100.567
Total	28	6	10	11	15	444.505

Fuente: Agustí, Puig, Brosa, Argimon, 2006.

Un aspecto muy importante para que el sistema funcione es que se necesitan sistemas de información que unan a los proveedores, a los financiadores y a los usuarios a lo largo de su proceso de atención.

Los sistemas de información deben permitir, también, que exista disponibilidad de información sobre costos, calidad, resultados, etc., para poder sostener los cálculos y que ellos sean legítimos para los proveedores y los sistemas de seguimiento y evaluación necesarios.

Finalmente, los mecanismos de pago en este contexto deben asegurar la existencia de incentivos financieros para una estructura organizativa que alinea gobierno, gestión, entidades médicas y otros proveedores para lograr objetivos sanitarios.

3. ANTECEDENTES DEL SIS

El sistema público de salud de Perú se encuentra organizado territorialmente en redes de atención. Existen 7.142 establecimientos organizados en 34 Direcciones Regionales de Salud, pertenecientes a los tres niveles de atención en cada una de ellas.

El SIS reembolsa la fracción del costo variable del servicio de salud brindada. La diferencia, correspondiente normalmente, a los recursos humanos involucradas y el costo de capital, es cubierto por el MINSA o por los prestadores en convenio y usuarios, en el caso de existir copagos. De esta forma, el financiamiento del SIS, constituye un subsidio público a la oferta para que aquellas personas sin capacidad de pago accedan a la atención de salud.

Existen normas del MINSA sobre tarificación, como son los lineamientos de política tarifaria, el catálogo de atenciones, las unidades relativas de valor URV y las tarifas de copagos, que son muy relevantes. En Perú existe experiencia de cálculo de costos estándar, entendido como un costo planeado para tarificación de un listado priorizado de problemas de salud. No obstante, se debe tener en cuenta que los costos estándar son costos medidos en condiciones de funcionamiento definidas, ex-ante, como eficientes. En general este tipo de cálculo de costos, son útiles para generar índices de comparación entre proveedores. Los costos observados, en cambio, se basan en el costo realmente incurrido en la atención de salud, la representatividad de este valor dependerá de la muestra que se construya en el cálculo del costo observado.

Por otra parte, es natural que exista cierto conflicto entre el financiador y el prestador respecto de si las transferencias están realmente cubriendo los costos. No obstante, cuando este conflicto se refiere a probables brechas importantes entre costos y tarifas, el problema debe ser abordado.

3.1 DATOS RELEVANTES DEL SIS

En esta sección se presentan una serie de datos respecto del SIS que permiten formarse una idea diagnóstica de la situación actual.

3.1.1 BREVE DESCRIPCIÓN DE DATOS DEL SIS

De acuerdo a los datos de la Tabla 8, las transferencias del SIS hacia los proveedores en 2006 sumaron 266 millones de soles, lo que representó un aumento de 6,1% respecto del año anterior. Además, entre 2002 y 2006 hubo un aumento de cerca de 100 millones de soles en las transferencias, no obstante este aumento tuvo un crecimiento mayor hacia el 2004, alcanzando los 280 millones, cuando también cayó la cantidad de atenciones, lo que hizo aumentar el valor unitario de cada una de ellas al doble de lo que venía siendo, esto es, de 11 soles a 21,5 soles.

**TABLA 8: ATENCIONES Y TRANSFERENCIAS DEL SIS, 2002 – 2006
(TRANSFERENCIAS EN SOLES DE CADA AÑO)**

Indicadores	2002	2003	2004	2005	2006
Atenciones	15.170.607	18.601.314	13.068.769	14.915.217	17.430.217
Transferencias	166.229.736	207.294.102	280.366.257	251.053.416	266.481.036
Gasto por atención	11,0	11,1	21,5	16,8	15,3
Tasas de crecimiento	2003/2002	2004/2003	2005/2004	2006/2005	
Atenciones	22,6%	-29,7%	14,1%	16,9%	
Transferencias	24,7%	35,3%	-10,5%	6,1%	

Fuente: Estadísticas del SIS año 2006.

En su gran mayoría los afiliados del SIS están adscritos a los planes destinados a niños y jóvenes (adolescentes), de hecho estos dos grupos de planes componen el 95% de los afiliados.

Por otra parte, en el año 2006, el 63% de los afiliados provienen de los dos primeros quintiles de ingreso, esto ha aumentado a 67% en las cifras de 2007. La Tabla 9 muestra lo anteriormente señalado para 2006.

**TABLA 9: AFILIADOS AL SIS POR PLAN DE BENEFICIOS Y QUINTILES DE POBREZA
AÑO 2006**

Quintiles de Ingreso	Total Perú	% por quintiles	Plan A: 0-4 años	% por quintiles	Plan B: 5-17 años	% por quintiles	Plan C: Gestantes	% por quintiles	Plan E: Adultos focalizados	% por quintiles
I	3.713.253	35,9%	955.515	35,4%	2.598.585	36,6%	54.396	27,7%	104.757	29,4%
II	2.800.122	27,1%	748.565	27,7%	1.904.880	26,9%	53.055	27,0%	93.622	26,3%
III	1.883.829	18,2%	491.138	18,2%	1.280.813	18,1%	41.284	21,0%	70.594	19,8%
IV	1.157.401	11,2%	299.532	11,1%	773.133	10,9%	27.820	14,1%	56.916	16,0%
V	792.326	7,7%	207.923	7,7%	534.148	7,5%	20.147	10,2%	30.108	8,5%
Total	10.346.931	100%	2.702.673	100%	7.091.559	100%	196.702	100%	355.997	100%
% por Plan	100%		26%		69%		2%		3%	

Fuente: Autores.

La Tabla 10, muestra que el 68% de las atenciones del SIS son atenciones dirigidas hacia lo materno-infantil que están contenidas en los Planes A y C del SIS, y que representan el 28% de los afiliados (Tabla 8). La distribución de ingresos en los planes es más desigual y con concentración de pobreza en los planes A y B, es decir, en toda la edad niños y adolescentes de 0 a 17 años. En los otros planes aún cuando se concentra más del 50% de los afiliados en los primeros dos quintiles de pobreza, la concentración en los grupos más pobres es un tanto menor a la nacional (63%)

TABLA 10: ATENCIONES DEL SIS SEGÚN PLAN DE BENEFICIOS Y QUINTILES DE INGRESO AÑO 2006

Quintiles de Ingreso	Total Perú	% por quintiles	Plan A: 0-4 años		Plan B: 5-17 años		Plan C: Gestantes		Plan D y E: Adultos emerg. y focalizados	
			% por quintiles	% por quintiles	% por quintiles	% por quintiles	% por quintiles	% por quintiles		
I	6.499.727	37,6%	2.964.167	37,3%	2.435.085	45,4%	1.040.417	27,3%	60.058	33,4%
II	4.558.202	26,4%	2.184.520	27,5%	1.340.485	25,0%	996.727	26,2%	36.470	20,3%
III	2.959.517	17,1%	1.364.070	17,2%	762.379	14,2%	794.592	20,9%	38.476	21,4%
IV	1.795.366	10,4%	781.628	9,8%	449.767	8,4%	542.184	14,2%	21.787	12,1%
V	1.481.554	8,6%	647.210	8,1%	375.145	7,0%	436.313	11,5%	22.886	12,7%
Total	17.294.366	100,0%	7.941.595	100,0%	5.362.861	100,0%	3.810.233	100,0%	179.677	100,0%
% por Plan	100%		46%		31%		22%		1%	

Fuente: Autores con estadísticas del SIS, 2006.

Por otra parte, el 46% de las atenciones del SIS están destinadas a niños hasta 4 años de edad, que corresponde al Plan A del SIS. El 31% de las atenciones del SIS se destinan a niños y adolescentes, es decir a personas de entre 5 años de edad y hasta 18 años de edad, lo que es equivalente al Plan B del SIS. Por último, el 22% de las atenciones se dirigen a gestantes del Plan C del SIS. Es decir, el 99% de las atenciones de salud del SIS se destinan a niños, adolescentes y madres²

El 62% de las atenciones del SIS corresponden a consulta externa, ya sea en el primer nivel de atención o en el secundario u hospitalario ambulatorio.

TABLA 11: ATENCIONES DEL SIS POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y SEGÚN QUINTIL DE INGRESOS, AÑO 2006

Quintiles de Ingreso	Total Perú	% por quintiles	Hospitales Nacionales e Institutos		Hospitales Regionales y locales		Centros de salud		Puestos de salud	
			% por quintiles	% por quintiles	% por quintiles	% por quintiles	% por quintiles	% por quintiles		
I	6.499.727	38%	6.035	1%	174.715	16%	1.975.535	28%	4.343.442	49%
II	4.558.202	26%	19.003	5%	380.288	34%	1.802.820	26%	2.356.091	27%
III	2.959.517	17%	87.858	21%	333.461	30%	1.439.170	21%	1.099.028	12%
IV	1.795.366	10%	120.954	29%	165.126	15%	975.271	14%	534.015	6%
V	1.481.554	9%	184.707	44%	69.173	6%	750.662	11%	477.012	5%
Total	17.294.366	100%	418.557	100%	1.122.763	100%	6.943.458	100%	8.809.588	100%
% por Establecimiento			2%		6%		40%		51%	

Fuente: Autores con estadísticas del SIS, 2006.

La Tabla 11 muestra que el 91% de las atenciones financiadas parcialmente por el SIS se realizan en puestos y centros de salud del primer nivel de atención. Esto corresponde al 73% del valor de la producción total³ del SIS en el año 2006.

Sólo el 8,9% de las atenciones que el SIS financia se realizan en hospitales. Ello corresponde al 13,6% del valor de la producción total del SIS en el año 2006.

El 50,6% de las atenciones del SIS son demandadas por personas que residen en el ámbito rural y el 21,3% de las atenciones del SIS son demandadas por personas que residen en el ámbito urbano marginal. Estos dos grupos de población, suman el 72% del total de atenciones que financia el SIS, lo que a su vez corresponde al 64,3% del gasto total del SIS en el año 2006.

² Los otros planes son el Plan D: Adultos en situación de emergencia y Plan E: Adulto focalizado.

³ Se refiere al valor de la producción que financia el SIS y no a la parte que se financiar desde otras fuentes de financiamiento donde la principal es la del MINSAs.

TABLA 12: ATENCIONES DEL SIS POR NIVEL DE ESTABLECIMIENTO Y PLAN DE BENEFICIOS, AÑO 2006

Ámbito	Total Perú		Plan A: 0-4 años		Plan B: 5-17 años		Plan C: Gestantes		Plan D y E: Adultos emerg. y focalizados	
		%		%		%		%		%
Urbano	4.862.086	28,1%	2.142.866	27,0%	1.257.439	23,4%	1.395.037	36,6%	66.744	37,1%
Urbano Marginal	3.680.213	21,3%	1.730.852	21,8%	921.986	17,2%	989.817	26,0%	37.558	20,9%
Rural	8.752.067	50,6%	4.067.877	51,2%	3.183.436	59,4%	1.425.379	37,4%	75.375	42,0%
Total	17.294.366	100,0%	7.941.595	100,0%	5.362.861	100,0%	3.810.233	100,0%	179.677	100,0%

Fuente: Autores con estadísticas del SIS, 2006.

La ruralidad ocurre sobretodo en las atenciones del Plan B, es decir, destinadas a niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, y el mayor nivel de atenciones a nivel urbano se da en los planes dirigidos a adultos, aunque su impacto es pequeño en el total dado el volumen de atención.

En personas pertenecientes a los quintiles 1 y 2 de ingresos de la población, es decir el 40% más pobre de la población del país, se concentra el 56% del gasto del SIS del año 2006.

Por otra parte, el 28,2% de las transferencias del SIS se dirigen a Lima y el 71,8% para el resto del país. Además existe una homogeneidad importante en el costo unitario por beneficiario para el SIS, entre las diferentes regiones de salud. De hecho, la media nacional de costo unitario es de 51,18 soles, con una Desviación. Estándar de 12,09 y un coeficiente de variación de 0,24. Eso sí, llama la atención lo alto del costo unitario por beneficiario en Lima Ciudad (102,27 S/), lo cual podría estar explicado por mayor complejidad y la mayor capacidad instalada para salud, de la capital del país.

3.2 RIESGOS DE LA FORMA DE TARIFICACIÓN ACTUAL DEL SIS

Existen dos fuentes principales de financiamiento de los proveedores públicos de salud en Perú, se trata, principalmente, de un financiamiento dual entre el MINSA que financia la parte fija de los costos y por lo tanto, la parte más relevante pero con un alto grado de rigidez, y la del SIS que financia la parte variable del costo, que es menos relevante y más flexible. No obstante, existen también otros ingresos para los proveedores del sector público, como los pagos por servicios a terceros (EsSalud o sector privado) y los copagos o aportes voluntarios de los usuarios. La dualidad principal descrita, puede ser un problema para el financiamiento y en general para la gestión del sistema público de salud.

En la práctica existe un concepto único para la transferencia de recursos a los proveedores de salud, a saber, el de Tarifas que se pagan retrospectivamente como un “pago por acto”. Existe una amplia variedad de tarifas (alrededor de 400 tarifas) para hospitales regionales o de apoyo y centros y puestos de salud, pero existe una gama muy limitada de tarifas para hospitales nacionales e Institutos especializados (11 tarifas).

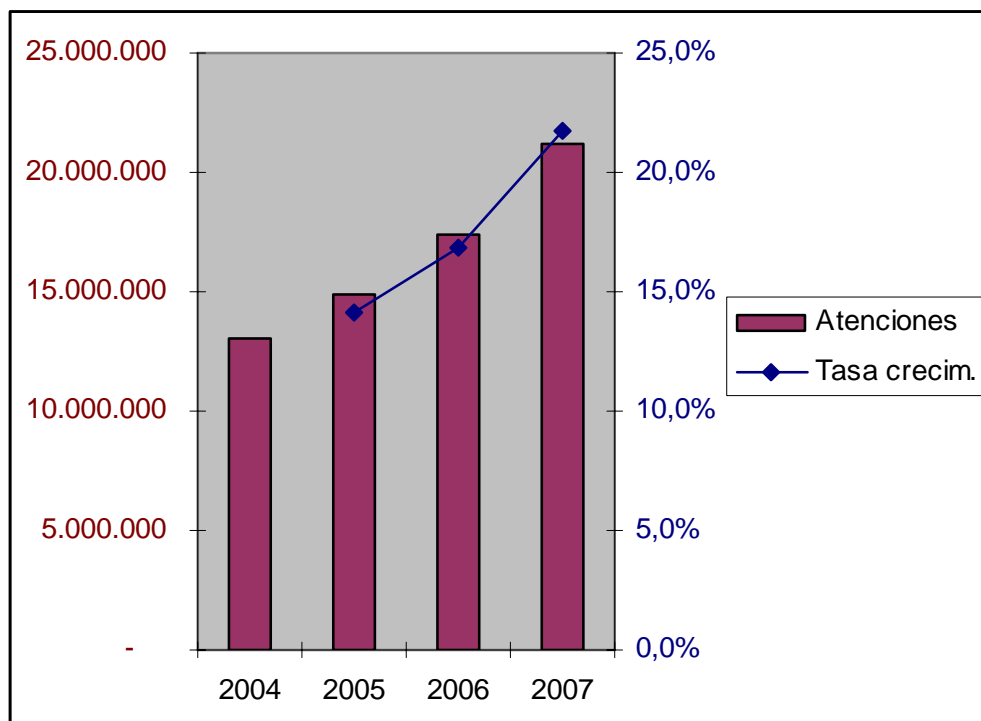
En general, los sistemas de pagos se desenvuelven con un conjunto de mecanismos de pago, un solo criterio no representa la variedad de formas de producción de servicios existente y los incentivos que se quiere transmitir. Sólo la separación de niveles de atención tiende a apoyar esta afirmación. Al mismo tiempo del uso del concepto de tarifas como concepto único de financiamiento, el sector público de salud funciona con un presupuesto histórico desagregado por DIRESAS y establecimientos, al que lógicamente deben sujetarse los proveedores y el SIS. Existe entonces una fuente de probables distorsión en el hecho que exista una financiación basada en actividad, equivalente a una asignación que se relaciona con un arancel teórico de las prestaciones, al mismo tiempo que existe el financiamiento basado en presupuesto histórico que incluye esa actividad (la del gasto variable) y otras.

Por otra parte, para el caso de Perú es una fuerte desventaja el hecho que no existan sistemas de contabilidad de costos homogéneos y en todos los establecimientos relevantes de salud.

Los sistemas de información de actividad asistencial (sistema de atenciones) existentes aparentemente son una fortaleza, pero deben ser evaluados, en particular en lo referente a su capacidad de entregar información individual en todo el ciclo de atención y en torno a la validez de los registros. En primera instancia el SIS exige a sus proveedores el registro de todas las atenciones realizadas. El hecho que ello conlleve un pago al mes siguiente, genera dos fenómenos contradictorios: por un lado la información es bastante actualizada y completa y por otro, existe siempre el riesgo que el proveedor esté alterando información para obtener más recursos de caja. De acuerdo a lo revisado, las codificaciones de diagnósticos, de procedimientos y uso de insumos pueden ser estandarizadas a códigos internacionales, lo cual sería una ventaja a la hora de diseñar un sistema distinto de tarificación y pagos y usar herramientas de agrupación diagnóstica para reflejar casuística y morbilidad.

Otra fuente de presión muy importante para el SIS, es que el próximo año 2008 su presupuesto aumentará en 70% para cubrir a la población faltante que no se ha inscrito en el seguro. En este contexto, de aumento explosivo de las prestaciones a financiar por el SIS, se hace más necesario aún modificar los mecanismos de transferencias hacia los proveedores, con un sistema que contenga costos y financie adecuadamente las necesidades de salud. Además, esto elevará considerablemente la participación del gasto SIS en el gasto del conjunto del sistema público de salud (hoy 10%, llegando a cerca del 20% según nuestra estimación), lo que presionará al entendimiento entre las dos instituciones que manejan el financiamiento de la salud en el sector público de Perú.

FIGURA 6: AUMENTO DE LAS ATENCIONES DEL SIS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS



Fuente: Autores con boletines estadísticos del SIS para cada año.

En este contexto de aumento explosivo de actividad hay que tener en cuenta que, haciendo abstracción del financiamiento como acreedor residual del sector público, las tarifas actuales son un pago por acto y como tales, presentan el riesgo de inducir al aumento de la producción sin respaldo sanitario y con ello a generar un espiral de aumento de costos. Por otro lado, un sistema así concebido presenta el riesgo de que los proveedores seleccionen actividad, ya sea a pacientes (los que presenten la mejor relación tarifa/costo real) y/o prestaciones que les es más rentable y no la sanitariamente más eficiente. Lo anterior puede ir generando mayores problemas de acceso de la población a la solución de sus problemas de salud y debe ser evitado.

Adicionalmente, en el proveedor público puede producirse el incentivo a seleccionar beneficiarios del SIS versus beneficiarios no SIS, si la tarifa es mayor que el copago que espera obtener del paciente no SIS. Y aún sin existir copago, el proveedor percibe que con el costo variable puede administrar mejor sus flujos de caja en el corto plazo en cambio con el costo fijo sólo actúa como caja pagadora. Lo mismo ocurre con los planes y sus prestaciones priorizadas, dado que generan el incentivo a la selección entre prestaciones SIS (si la tarifa conviene o no al establecimiento) versus no SIS. Los dos puntos anteriores debieran verse atenuados si el SIS expande la inscripción y debería ser un incentivo para que los establecimientos procedan con dicha inscripción, lo cual es un aspecto positivo del problema.

Si bien la existencia del SIS surge de la necesidad de canalizar un subsidio público hacia los más pobres para que ellos tengan un mejor acceso, en el mediano y largo plazo, un financiamiento dual y fraccionado como el existente en el sector público de salud de Perú, puede incentivar también la producción fraccionada, los sistemas de información paralelos, etc. Por otra parte, un aumento de los beneficiarios del SIS vía una mayor inscripción, traerá la necesidad de planificar la ampliación de la oferta (que es cuando los costos fijos se transforman en costos variables) y el aumento de los costos fijos, la visión de esta necesidad puede verse opacada sin una mirada única lo que puede dificultar la coordinación y la planificación sanitaria.

4. SISTEMA DE PAGOS Y PROPUESTAS PARA EL SIS

4.1 ATRIBUTOS DE UN BUEN SISTEMA DE PAGOS

La experiencia internacional sirve como evidencia para señalar que no existe un único sistema de pago óptimo en todas las circunstancias. La necesidad de obtener un buen desempeño de los sistemas de salud está llevando a la combinación de métodos de pago.

Por otra parte, la evidencia muestra que un buen mecanismo de pago es necesario pero insuficiente para lograr objetivos sanitarios y de contención del gasto: se requiere además incentivos no económicos asociados a la planificación y la evaluación.

Así, la necesidad de innovar en métodos de pago es más o menos reciente y permanente, incluso en los sistemas más de vanguardia como los Sistemas de pago prospectivo, que requieren de re actualización constante.

Para un buen desempeño, cualquiera sea el sistema de pago, se requiere de sistemas confiables de información y medición de desempeño. La selección del sistema de pago depende en parte de la información disponible.

Además se ha visto que la ausencia de visión global del financiamiento y de sistemas de pago integrales resulta en deficiencias o comportamientos no deseados en el sistema de producción de salud. Un sistema de pagos puede ser definido, entonces, como un conjunto de mecanismos de pago que promuevan la integración asistencial en un territorio asociado a una población definida, con perspectivas de equidad y eficiencia, para el logro de los mejores resultados sanitarios. Es decir, para nosotros un sistema de pagos es un conjunto de mecanismos de pagos pertinentes para distintos tipos de proveedores y unificados por un criterio poblacional. En este contexto, es deseable que exista una distinción entre la Macro y la Microasignación de recursos, esto ayuda a establecer ciertos énfasis como por ejemplo el énfasis en equidad en lo Macro y en eficiencia en la Micro, además de la diferenciación de funciones institucionales en aspectos presupuestarios y de los mecanismos de pago, entre el MINSA y el SIS.

4.1.1 ASPECTOS RELEVANTES DE UN BUEN SISTEMA DE PAGOS

Las características de un buen sistema de pagos han venido siendo reseñadas a lo largo del documento, estas son:

Capitación territorial ajustada por riesgos para asignar recursos a poblaciones como techo presupuestario para el conjunto de proveedores de esa red de atención. Ello con el objeto de promover la integración asistencial entre diferentes niveles de atención, es decir, coordinación adecuada entre los distintos niveles de atención, tanto de la prevención, del acceso, como de la referencia y contra referencia de pacientes (acceso dentro del sistema). El Financiamiento capitado ajustado por riesgo como techo presupuestario para una población de una región o territorio, debe considerar el Ajuste de

riesgo acorde a las distintas necesidades de salud de los distintos grupos de una población a cargo y dar continuidad asistencial a una población sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero

Pago mixto a hospitales, es decir, combinando elementos prospectivos y retrospectivos al considerar la estructura física y la casuística hospitalaria (complejidad). Ello contextualizado en un sistema de pago por comparación entre grupos homogéneos de establecimientos. Se trata de impulsar mecanismo de pago mixto basado en estructura, complejidad y desempeño. La complejidad se mide a través de índices de casuística, de acuerdo a la morbilidad ocurrida. Los DRGs son una herramienta de medición y no un mecanismo de pago en sí. Son categorías de condiciones de salud de hospitalizaciones que muestran niveles similares de uso de recursos. A este nivel, se trata de promover eficiencia a través de la competencia por comparación, respecto de un hospital promedio (hospital sombra) de acuerdo a grupos comparables.

Capitación ajustada por riesgos en el primer nivel de atención. Este tipo de modelo puede utilizar datos sociodemográficos y si es posible, diagnósticos, para predecir el gasto sanitario de una población territorial en el mismo período o de un período siguiente. Normaliza los niveles observados del uso de recurso para reflejar la salud de una población y ajusta los pagos futuros para reflejar el uso esperado de recursos.

Pagos mixtos especiales para otros ámbitos, por ejemplo: Equipos itinerantes de salud, establecimientos demasiados pequeños que por razones geográficas deben existir, las Emergencias

Pagos ex - post para casos extremos: En algunos países se usa este mecanismo retrospectivo para cubrir aquello que es imposible de predecir y pueden significar altos costos para proveedores y usuarios.

4.1.2 HERRAMIENTAS QUE AGRUPAN CASOS Y AJUSTAN POR MORBILIDAD

El uso de los costos y los diagnósticos es un elemento común de las herramientas para evaluación y pagos de última generación. Existen variadas herramientas para la evaluación de servicios de atención de salud y el ajuste de riesgo es una alternativa usada actualmente. La elección de una de las herramientas depende de la evaluación que se haga de ellas. Hay que considerar que un método de evaluación de servicios, no es lo mismo que un método de pago, ya que, confundirse por el uso de la misma herramienta, puede llevar a errores.

Por otra parte, a la hora de considerar estas herramientas se debe aprovechar la información disponible y desarrollar los sistemas costo efectivos y que permitan acercarse lo más posible a la realidad. Esto implica, necesariamente, realizar un esfuerzo por mejorar la información que ya se recoge, antes de montar sistemas nuevos. Esto incluye el perfeccionamiento de los estudios de costos reales, además de fortalecer las capacidades técnicas en las instituciones de análisis para el desarrollo de herramientas.

4.1.2.1 HOSPITALES: SOBRE LOS DRGS

Los Grupos de Diagnóstico Relacionados o DRGs por su sigla en inglés, son categorías de condiciones de salud de pacientes hospitalizados que muestran niveles similares de uso de recursos hospitalarios requeridos para tratar dicha condición. Surgidos en Louisiana USA, con 506 categorías (usadas por HCFA - Medicare en USA), a principios de los 80, responden a episodios hospitalarios agrupados de una manera específica y de acuerdo a la morbilidad Norteamericana.

Los costos relativos usados por el sistema corresponden a los del sistema de salud de los Estados Unidos (Pesos específicos) y la agrupación diagnóstica usada tomaba originalmente los diagnósticos hospitalarios codificados en CIE-9 CM. Los DRGs han sido usados en muchos países, fundamentalmente en USA desde los años 80s y a partir de los 90 en Europa.

Los DRGs pueden ser usados en métodos de pagos o como sistema de evaluación clínica de la gestión de servicios. Existen múltiples evaluaciones del sistema.

En Chile sirvieron de inspiración para la creación de los PADs y los programas especiales del FONASA, en los 90s. Últimamente fueron usados para evaluar y comparar el desempeño clínico de 4 hospitales tipo I en Chile (estudios Fondef, PUC, 2004). Actualmente están siendo usado en estudio piloto para cambiar los mecanismos de pago en Chile, midiendo casuística en algunos hospitales públicos de la VIII Región (Minsal, 2007).

Dado el amplio período de existencia de los DRGs y su desarrollo ha habido muchas evaluaciones y críticas al sistema. En nuestra interpretación la mayoría de las críticas se centran en aquellos modelos que han querido implementar los GRDS como tarifas o precios de un grupo de prestaciones asociadas a diagnósticos, como mecanismos de pago. Aquí se hace una breve descripción de algunas de estos trabajos:

- OECD (estudio para 35 países): Aumento artificial de los Case-mix relacionados con los DRGs y disminución de la calidad de la atención

(Dana A. Forgione, et. al. Journal of Health Care Finance, Otoño de 2004)

- Aumento artificial de lo case – mix en recién nacidos (South Carolina, USA) y las tasas de complicaciones de estos casos. Aumenta los gastos y disminuye la calidad

(Baker, Kronenfeld; Health Care Financing Review, Otoño 1990)

- No predice gastos: problemas con la mortalidad quirúrgica (LIJMC New York) y los outlier. Pvocan déficit

(Muñoz, Chalfin, et. al. Hospital and Health Services Administration, Primavera 1989.)

- Australia (Victoria): Aumentan el déficit hospitalario porque no predicen bien los altos costos. Evalúan necesidad de per cápita ajustado por riesgos

(Antioch KM; Walsh MK, The European Journal of Health Economics, Junio de 2004)

- Son vistos como fee-for-service, requieren compleja y costosa administración en el hospital. Incentivan al aumento de uso de recursos al hospital.

Weyuker Lori, Kaiser (Chile, marzo de 2003):

En la actualidad, en general, los DRGs se entienden principalmente como medida de casuística hospitalaria que sirve para ajustar el financiamiento (Ibern, 2007). Por un sistema de pago basado en DRGs, se entiende un modelo de competencia por comparación entre hospitales similares con indicadores de casuística. En este contexto los DRGs no operan como tarifas (no obstante en algunos países todavía son considerados como precios fijos de paquetes tarifados). En los países europeos la tendencia es adaptar el sistema DRG a su realidad (clasificaciones diagnósticas y pesos específicos) como los países nórdicos, Alemania y España (Cataluña) y usarlos como indicadores de casuística hospitalaria.

“El concepto de Case-mix hospitalario se ha introducido de manera generalizada para conocer los cuidados y los recursos utilizados por el hospital según el tipo de pacientes que son dados de alta. Las medidas del case-mix (tipo de pacientes tratados o casuística) pueden ser aplicadas en política sanitaria como mecanismos equitativos y eficientes de reembolsos a los hospitales, como herramienta en la planificación para ofrecer información suficiente y útil, así como en la evaluación de programas de salud.” (Dra.Carmen Blázquez Gómez. Universidad Las Palmas de Gran Canaria)

4.1.2.2 HERRAMIENTAS PARA LA MORBILIDAD AMBULATORIA

En general la morbilidad ambulatoria ha sido más difícil de capturar y agrupar. Existen los ACGs (Johns Hopkins U.), los CRGs, los DCGs (Boston U.). Recientemente, en algunos estudios (Holanda, España) y casos en EE.UU se han usado con éxito la utilización y costos de medicamentos para estimar el costo esperado ambulatorio.

DCGs como ejemplo

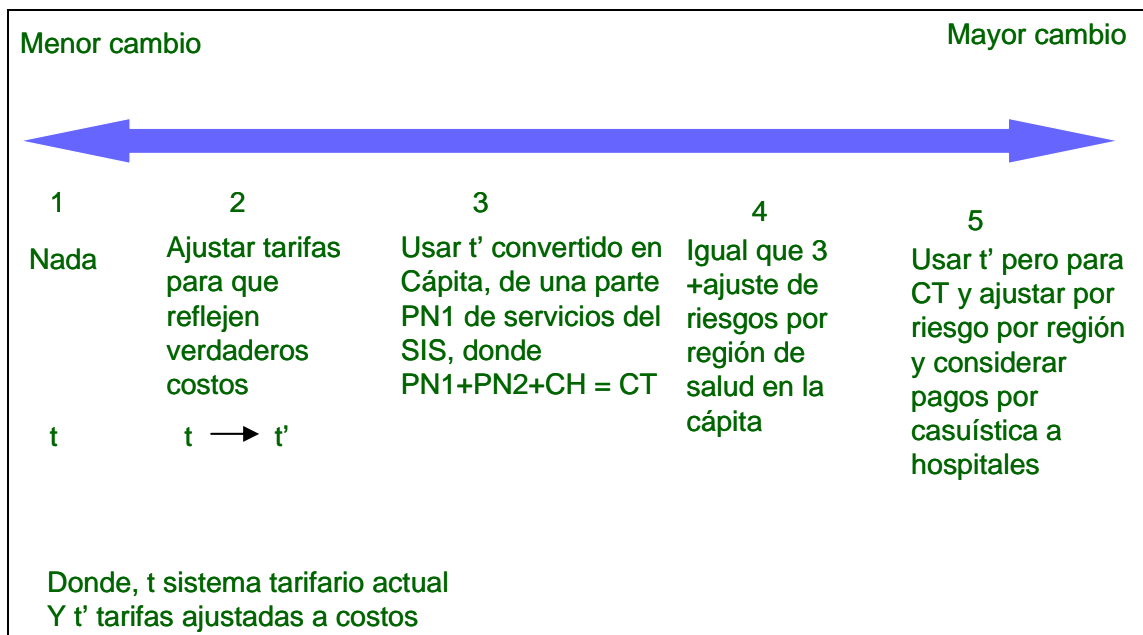
El modelo DCG utiliza datos demográficos y diagnósticos para predecir el gasto sanitario de una población territorial en el mismo período o de un período siguiente, en un modelo individual de regresión. Normaliza los niveles observados del uso de recurso para reflejar la salud de una población. Ajusta los pagos futuros para reflejar el uso esperado de recursos, de esta manera predice los costos por individuo. Es un Sistema que predice costos a distintos niveles de atención (individual o por grupos), usando características demográficas y los diagnósticos por los cuales han requerido atención. DCG es un modelo de ajuste de riesgos en que las agrupaciones diagnósticas son homogéneas, es decir, con similares niveles de necesidades médicas futuras.

Estos tipos de modelos son usados, también, para evaluación de perfiles de desempeño de proveedores y para pagos del “nivel central” a seguros de salud, cajas de enfermedad o HMOs por población asegurada y, en algunos casos, desde ellos, a proveedores.

4.2 POSIBILIDADES PARA EL SIS EN EL CONTEXTO ACTUAL

La Figura 7 muestra una línea de tiempo con modelos sucesivos posibles en distintos momentos del tiempo. Así la generalización del modelo 3 no será posible sin la actualización de los costos de producción del primer nivel que propone la etapa 2.

FIGURA 7: ALTERNATIVAS POSIBLES PARA EL SIS



Fuente: Autores.

De este modo de acuerdo al análisis realizado por los consultores, el SIS podría recorrer el siguiente camino en el mejoramiento de la política tarifaria y de pago a los proveedores:

1. Mantener tarifas con ajustes menores: Siempre es posible que no hacer nada sea más barato que intentar cambios que no se puedan realizar, por falta, por ejemplo de voluntad política de impulsarlos.
2. Ajustar tarifas para que reflejen los verdaderos costos de producción, mediante la generalización de los estudios de costos.
 - a. Definir un conjunto de intervenciones sanitarias a costear comenzando por el primer nivel de atención, equivalente a un % manejable del gasto
 - b. Costear progresivamente las intervenciones sanitarias
 - c. Ajustar las tarifas a los costos calculados de manera progresiva
3. Usar las tarifas ajustadas por costos, en el paso anterior, convertidas a un per cápita que financie las actividades del primer nivel de atención.
 - a. Tomar el costo de un conjunto de intervenciones sanitarias representativas del primer nivel de atención y generar con ello un per cápita (implica ampliar estudio de costos observados)
 - b. Pagar de dos maneras: per cápita de acuerdo a lo anterior al primer nivel + tarifas al sector hospitalario (y eventualmente lo que reste del primer nivel)

- c. El monto per cápita va creciendo en el tiempo y las tarifas disminuyendo, hasta abarcar todo el primer nivel
 - d. Eventualmente se puede trabajar con presupuestación territorial capitada para cada DIRESA
4. Igual anterior con ajuste de riesgo en la cápita
- a. En el caso 4 se incorpora el ajuste de riesgo en el cápita calculando el costo esperado por grupo de población en base a morbilidad, ruralidad y pobreza, por ejemplo
 - b. Las tarifas continúan para hospitales y se van ajustando a costos reales promedio progresivamente
 - c. Se genera una presupuestación territorial capitada ajustada como techo de gasto territorial para el conjunto de los niveles, da cada DIRESA.
5. Capitar todo el conjunto de actividades del primer nivel de atención y ajustar por riesgos y considerar pagos por casuística y costos a hospitales, dentro de una cápita territorial como techo de gasto.
- a. Se implementa el conjunto del modelo
 - b. Aumento considerable de la fracción per cápita (todo el primer nivel) y ajustada por riesgo
 - c. Techo territorial per capitado y ajustado por riesgo
 - d. Pago por comparación según casuística (GRDs) y capacidad instalada para hospitales (incluye decisión sobre el peso de cada una)
 - e. Se incorporan las excepciones dentro del techo territorial capitativo (docencia, urgencias, etc.)
 - f. Se genera pagos especiales para problemas importantes de salud pública, como por ejemplo, sobre la mortalidad materna y la atención del parto.
 - g. Se genera un mecanismo de pago ex – post para enfermedades catastróficas o de alto costo

Las alternativas son consecutivas, es decir, una no puede implementarse sin haber implementado la anterior.

4.3 METODOLOGÍA Y SIMULACIÓN DE UNA ALTERNATIVA

Dos simulaciones dentro de las alternativas 3 y 4 se pueden desarrollar a modo de ilustración de una metodología a seguir.

Para este tipo de simulaciones fue necesario contar con los gastos totales de cada una de las 34 Direcciones regionales de salud, con cargo al SIS, con el número de beneficiarios por edad y sexo

asociados a cada una de estas DISAS y con el consumo pagado por el SIS asociado a estas personas según grupos de edad y sexo previamente definidos. Por ello, se contó con la información agregada de las estadísticas del SIS para el año 2006 y con la base de datos de atenciones del SIS, para el mismo año, que registra las atenciones de salud con los datos de los pacientes atendidos, como el sexo y la edad, el nivel de atención, los diagnósticos, procedimientos y medicamentos, y el monto pagado por el SIS por cada uno de estos consumos.

4.3.1 SIMULANDO UN TECHO CAPITATIVO PRESUPUESTARIO

4.3.1.1 CÁPITA FIJO

Una primera aproximación es capitar el total del gasto del SIS obtener un per cápita fijo y aplicar ese cápita a la población de cada región.

Para calcular el per cápita fijo se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Per Cápita Fijo} = \frac{\sum_{i=1}^{34} \text{Transferencias Totales DISA}_i}{\text{Población Total Beneficiaria del SIS}}$$

El per cápita fijo obtenido es de 40,50 soles, lo que multiplicado por la población afiliada al SIS en cada región resulta en nuevo gasto total estimado, manteniendo el gasto total, neutral. Por ejemplo, Lima Ciudad tiene una población beneficiaria de 232.683 en el 2006. Para calcular el nuevo gasto total de Lima Ciudad se multiplica los población beneficiaria por el per cápita fijo y se obtiene S/. 9.424.740 (232.683 x 40,50). En el caso de Callao se multiplica el per cápita fijo por su población beneficiaria (91.851) y se obtiene los S/. 3.720.391.

Al comparar los recursos efectivamente gastados con la asignación simulada con esta capitación simple, se aprecia que el ejercicio provoca grandes diferencias entre el per cápita observado y el per cápita fijo obtenido de las DISAS, como se puede ver en la Tabla 13. El ejercicio se caracteriza por ser de suma cero, en el sentido que el total de gastos del año 2006, permanece fijo en 266 millones de soles.

TABLA 13: RESULTADO DE APLICACIÓN DE UN PER CÁPITA FIJO PARA EL AÑO 2006

Transferencias 2006		Capita observado			Cápita fijo		
Cód DISA	DISA/DIRESA	Valor de la producción	Población	Cápita observado	Valor total según Percápita fijo	Redistribuciones con pc fijo	Porccentaje respecto de VP 2006
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	2.311.922	59.606	38,79	2.414.319	102.397	4,4%
020	ANCASH	7.402.309	234.117	31,62	9.482.824	2.080.515	28,1%
030	APURIMAC I	4.513.435	127.036	35,53	5.145.547	632.112	14,0%
040	AREQUIPA	10.287.220	204.997	50,18	8.303.329	(1.983.891)	-19,3%
050	AYACUCHO	9.626.822	332.768	28,93	13.478.647	3.851.825	40,0%
060	BAGUA	5.487.083	124.677	44,01	5.049.997	(437.086)	-8,0%
070	CAJAMARCA I	5.180.686	221.590	23,38	8.975.422	3.794.736	73,2%
080	CALLAO	6.237.444	91.851	67,91	3.720.391	(2.517.053)	-40,4%
090	APURIMAC II	3.207.345	96.557	33,22	3.911.006	703.661	21,9%
100	CAJAMARCA II - CHOTA	2.770.042	106.280	26,06	4.304.833	1.534.791	55,4%
110	CUSCO	12.853.566	539.819	23,81	21.865.172	9.011.606	70,1%
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	4.082.633	102.275	39,92	4.142.612	59.979	1,5%
130	HUANCAVELICA	6.066.222	213.868	28,36	8.662.646	2.596.424	42,8%
140	HUÁNUCO	14.420.967	394.022	36,60	15.959.718	1.538.751	10,7%
150	ICA	3.910.432	78.777	49,64	3.190.834	(719.598)	-18,4%
160	JAEN	5.271.496	157.826	33,40	6.392.685	1.121.189	21,3%
170	JUNIN	9.381.635	251.336	37,33	10.180.273	798.638	8,5%
180	LA LIBERTAD	11.888.726	398.869	29,81	16.156.044	4.267.318	35,9%
190	LAMBAYEQUE	11.102.264	290.208	38,26	11.754.770	652.506	5,9%
200	LIMA CIUDAD	39.598.207	232.683	170,18	9.424.740	(30.173.467)	-76,2%
210	LIMA ESTE	9.684.097	161.427	59,99	6.538.542	(3.145.555)	-32,5%
220	LIMA NORTE	13.271.545	174.931	75,87	7.085.517	(6.186.028)	-46,6%
230	LIMA SUR	8.141.561	166.797	48,81	6.756.052	(1.385.509)	-17,0%
240	LORETO	14.874.850	398.119	37,36	16.125.665	1.250.815	8,4%
250	MADRE DE DIOS	1.048.613	26.136	40,12	1.058.629	10.016	1,0%
260	MOQUEGUA	1.067.867	26.688	40,01	1.080.988	13.121	1,2%
270	PASCO	2.995.344	63.237	47,37	2.561.392	(433.952)	-14,5%
280	PIURA	9.552.895	292.489	32,66	11.847.161	2.294.266	24,0%
290	PUNO	7.189.012	308.074	23,34	12.478.425	5.289.413	73,6%
300	SAN MARTIN	7.379.296	257.173	28,69	10.416.699	3.037.403	41,2%
310	SULLANA	5.787.364	177.282	32,64	7.180.743	1.393.379	24,1%
320	TACNA	3.006.815	51.276	58,64	2.076.916	(929.899)	-30,9%
330	TUMBES	2.258.957	59.790	37,78	2.421.772	162.815	7,2%
340	UCAYALI	4.599.865	155.889	29,51	6.314.227	1.714.362	37,3%
Total general		266.458.537	6.578.470	40,50	266.458.537	-	0,0%

Fuente: Calculado con estadísticas del SIS para el año 2006.

Es decir, si todas las personas tuvieran las mismas necesidades de gasto esperado en salud, los presupuestos deberían cambiar ostensiblemente. Esto está mostrando no sólo la diferencia de asignación por persona en cada región, también muestra diferencias de utilización. Seguramente allí donde los cápitas observados son mayores debe haber también mayor utilización de servicios por persona, pero sobre todo esto muestra la importancia del gasto en hospitales en zonas donde se encuentra la capacidad instalada de ellos y son centros de derivación, como Lima Ciudad y el Callao, como se demuestra más adelante.

4.3.1.2 CÁPITA AJUSTADO POR RIESGO DEMOGRÁFICO

Para hacer este ejercicio se ha tomado el gasto financiado por el SIS del año 2006, por región de salud (DISA/DIRESA), capitándolo de acuerdo a la población afiliada y asociada a cada DIRESA, según grupos de sexo y edad. Luego hemos ajustado por riesgo, tomar el gasto medio nacional y ajustando por demografía (sexo y edad), resultando en lo que denominamos un per cápita ajustado por riesgo. Luego

se reasignan los recursos por región según éste per cápita ajustado por riesgo y finalmente se estudia las brechas entre lo asignado con la tarifas en el 2006 y lo asignado per cápita. Esta metodología se detalla a continuación.

La simulación de ajuste de riesgos se realiza a través de un método de celdas, con dos ajustadores: sexo y edad. La información se organiza en 10 celdas, correspondientes a 5 grupos de edad y por sexo relevantes para el SIS.⁴ En cada celda se suman los costos totales de las atenciones de salud de ese grupo de edad y sexo, obtenidas desde la base de datos de atenciones del SIS para el año 2006. De esta manera se obtiene el costo total para cada grupo de sexo y edad. Luego cada celda es dividida por el total de beneficiarios pertenecientes a ese grupo de sexo y edad, obteniendo el costo per cápita para cada uno de los grupos (Tabla 14).

Así por ejemplo, según la Tabla 14 el gasto per cápita de una niña de 0 a 4 años es de 18,65 soles, mientras que el de un hombre de 10 a 19 años es de 5,49. Para obtener el costo per cápita normalizado para niñas de 0 a 4 años se divide 18,65 por el promedio per cápita nacional del SIS que es 13,32⁵ y se obtiene el 1,399. De igual manera, para un niño de 10 a 19 años se divide el 5,49 por 13,32 para obtener el costo per cápita normalizado de 0,412. Este costo per cápita normalizado corresponde al riesgo relativo por grupos de edad y sexo (riesgo demográfico).

TABLA 14: COSTO PER CÁPITA (SOLES) COSTO NORMALIZADO, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Costo per cápita por sexo y edad			
Grupo de edad	Femenino	Masculino	Promedio
0 a 4 años	18.65	19.91	19.29
5 a 9 años	8.54	8.52	8.53
10 a 19 años	12.05	5.49	8.86
20 a 59 años	26.85	0.68	19.32
60 y más años	1.29	1.10	1.21
Total	16.45	9.58	13.32

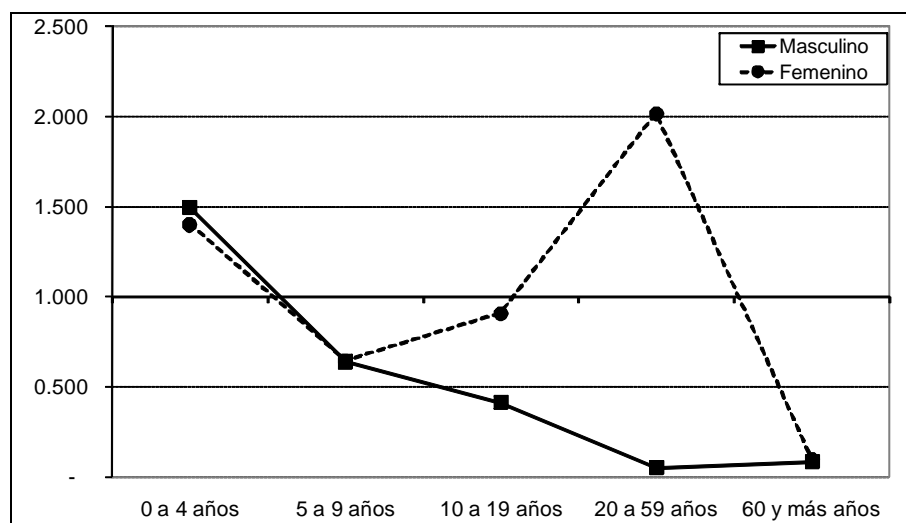
Costo per cápita normalizado al promedio			
Grupo de edad	Femenino	Masculino	Promedio
0 a 4 años	1.399	1.494	1.448
5 a 9 años	0.641	0.640	0.640
10 a 19 años	0.904	0.412	0.665
20 a 59 años	2.015	0.051	1.450
60 y más años	0.097	0.083	0.091
Total	1.235	0.719	1.000

Fuente: Cálculos propios desde base de datos SIS.

⁴ La elección de estos grupos fue efectuada por el SIS ante la consulta de los autores.

⁵ Los promedios nacionales de grupos de sexo y edad fueron obtenidos de la base de datos de atenciones del SIS, que no tienen todas las transferencias registradas del SIS. Cabe hacer notar que por eso este costo promedio es menor al per cápita nacional calculado con los datos de transferencias.

FIGURA 8: FACTOR DE RIESGO SEGÚN EDAD Y SEXO (PROMEDIO=1)



Fuente: Tabla 14.

Con estos factores de riesgo por edad y sexo y con la información provista por el SIS de la población afiliada de las DISAs por estos mismos grupos se calculan los factores de riesgo de las DISAs. La fórmula para el cálculo de riesgo de cada DISA es la siguiente:

$$\text{Factor de riesgo de la DISA}_i = \frac{\sum_{\text{sexo, edad}} \text{Factor de riesgo}_{\text{sexo, edad}} \times \text{Población afiliada a la DISA}_{i, \text{sexo, edad}}}{\text{Total población afiliada a la DISA}_i}$$

Por ejemplo, con la Tabla 15 que presenta la población afiliada a la DISA Lima Ciudad por grupos de edad y sexo y el costo per cápita normalizado al promedio (o factor de riesgo por grupos de edad y sexo) en la Tabla 14 se puede calcular el factor de riesgo de Lima Ciudad.

TABLA 15: POBLACIÓN AFILIADA A LA DISA LIMA CIUDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Población afiliada en Lima Ciudad por sexo y edad			
Grupo de edad	Femenino	Masculino	Total
0 a 4 años	30,361	32,435	62,796
5 a 9 años	20,963	22,301	43,264
10 a 19 años	36,396	32,668	69,064
20 a 59 años	43,739	7,846	51,585
60 y más años	3,741	2,233	5,974
Total	135,200	97,483	232,683

Fuente: Datos SIS.

A continuación se presentan los cálculos para Lima Ciudad cuyo factor de riesgo es 1,09.

$$\begin{aligned} \text{Factor de riesgo de Lima Ciudad} &= (1,399 \times 30.361 + 0,641 \times 20.963 + 0,904 \times 36.396 + 2,015 \times 43.739 + 0,097 \times 3.741 \\ &+ 1,494 \times 32.435 + 0,640 \times 22.301 + 0,412 \times 32.668 + 0,051 \times 7.846 + 0,719 \times 2.233) / 232.683 \\ &= 1,09 \end{aligned}$$

Nótese, que si el factor de riesgo de una DISA es mayor que uno, entonces dicha DISA tiene un riesgo más alto que el promedio y sus costos esperados serán mayores que per cápita promedio. Por otro lado, si el factor de riesgo es menor que uno, la DISA tiene riesgo más bajo que el promedio y sus costos esperados serán menores que el per cápita promedio. Una vez que se obtienen el factor de riesgo de cada DISA la fórmula general para el cálculo del per cápita ajustado por riesgo según edad y sexo es la siguiente:

$$\text{Per cápita ajustado por edad y sexo de la DISA}_i = \text{Per cápita promedio SIS} \times \text{Factor de riesgo de la DISA}_i$$

TABLA 16: RESULTADO DE APLICACIÓN DE UNA CÁPITA AJUSTADO POR SEXO Y EDAD PARA EL AÑO 2006

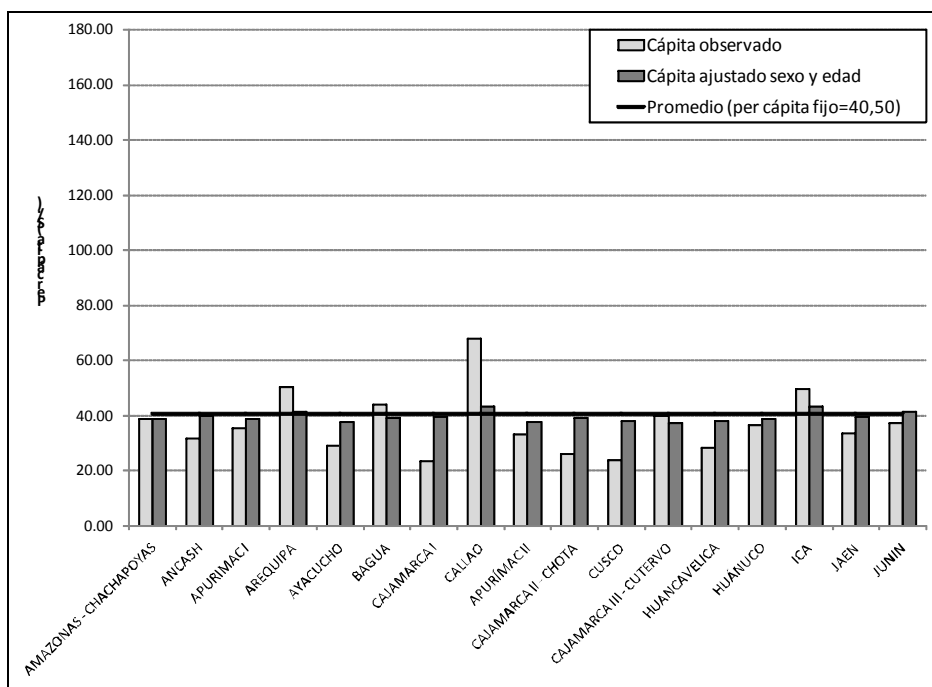
Cód DISA	DISA/DIRESA	Valor de la producción	Población	Cápita	Cápita ajustado	Valor de la producción ajustado
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	2.311.922	59.606	38,79	38,89	2.318.333
020	ANCASH	7.402.309	234.117	31,62	39,98	9.360.447
030	APURIMAC I	4.513.435	127.036	35,53	38,75	4.922.639
040	AREQUIPA	10.287.220	204.997	50,18	41,45	8.496.226
050	AYACUCHO	9.626.822	332.768	28,93	37,79	12.573.672
060	BAGUA	5.487.083	124.677	44,01	39,31	4.901.413
070	CAJAMARCA I	5.180.686	221.590	23,38	39,60	8.775.219
080	CALLAO	6.237.444	91.851	67,91	43,09	3.957.956
090	APURÍMAC II	3.207.345	96.557	33,22	37,60	3.630.266
100	CAJAMARCA II - CHOTA	2.770.042	106.280	26,06	39,29	4.175.544
110	CUSCO	12.853.566	539.819	23,81	38,12	20.577.894
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	4.082.633	102.275	39,92	37,28	3.812.801
130	HUANCAVELICA	6.066.222	213.868	28,36	38,16	8.161.419
140	HUÁNUCO	14.420.967	394.022	36,60	38,69	15.245.064
150	ICA	3.910.432	78.777	49,64	43,15	3.399.125
160	JAEN	5.271.496	157.826	33,40	39,40	6.218.774
170	JUNIN	9.381.635	251.336	37,33	41,35	10.391.921
180	LA LIBERTAD	11.888.726	398.869	29,81	40,75	16.252.850
190	LAMBAYEQUE	11.102.264	290.208	38,26	42,14	12.230.749
200	LIMA CIUDAD	39.598.207	232.683	170,18	44,23	10.292.127
210	LIMA ESTE	9.684.097	161.427	59,99	45,78	7.390.336
220	LIMA NORTE	13.271.545	174.931	75,87	41,09	7.188.772
230	LIMA SUR	8.141.561	166.797	48,81	43,93	7.327.940
240	LORETO	14.874.850	398.119	37,36	42,25	16.822.013
250	MADRE DE DIOS	1.048.613	26.136	40,12	42,40	1.108.139
260	MOQUEGUA	1.067.867	26.688	40,01	41,59	1.109.970
270	PASCO	2.995.344	63.237	47,37	40,41	2.555.241
280	PIURA	9.552.895	292.489	32,66	41,42	12.115.864
290	PUNO	7.189.012	308.074	23,34	39,88	12.286.853
300	SAN MARTIN	7.379.296	257.173	28,69	39,83	10.243.641
310	SULLANA	5.787.364	177.282	32,64	42,56	7.544.576
320	TACNA	3.006.815	51.276	58,64	42,47	2.177.662
330	TUMBES	2.258.957	59.790	37,78	41,34	2.471.560
340	UCAYALI	4.599.865	155.889	29,51	41,19	6.421.530
Total g	Promedio	266.458.537	6.578.470	40,50	40,50	266.458.537

Fuente: Cálculos propios con datos del SIS.

Para tener una mejor idea de las diferencias obtenidas se presentan los siguientes gráficos de los per cápitas sin ajuste y con ajuste de riesgos.

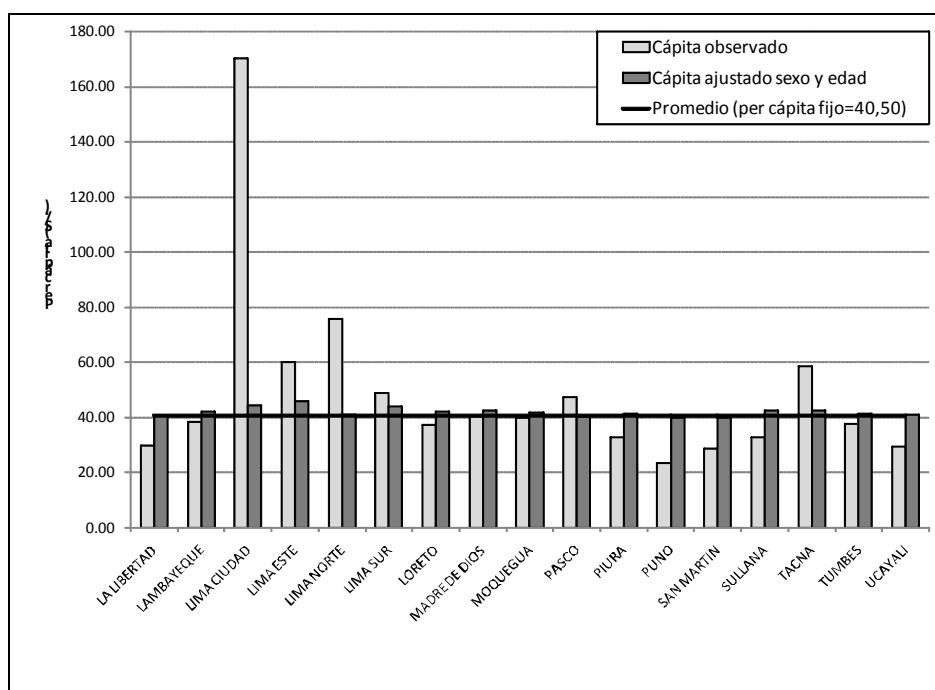
Todos aquellos cápitas que están por sobre el promedio, quieren decir que dicha región de salud tienen costos esperados por encima del promedio. Aquellas DISAs que presentan cápitas menores al promedio, quiere decir que presentan costos esperados bajo el promedio nacional. Un segundo análisis, es sobre la brecha entre el cápita observado en 2006 y el calculado con ajuste de riesgos para ese mismo año. Si el ajuste de riesgo quiere expresar las reales necesidades poblacionales, se puede afirmar que las DIRESAs que tienen un cápita ajustado por sobre el cápita observado presentan mayores necesidades que las reconocidas financieramente, y por lo tanto sus presupuestos debieran suplementarse. Al contrario aquellas DISAs que muestren cápitas ajustadas por debajo de las observadas estarán produciendo sin ajustarse a las reales necesidades de su población por lo que debiera restárseles dinero en su presupuesto territorial.

FIGURA 9: COMPARACIÓN CÁPITA VERSUS CÁPITA AJUSTADO POR DISA (PRIMER GRUPO DE 17 DISAS)



Fuente: Tabla 16.

FIGURA 10: COMPARACIÓN CÁPITA VERSUS CÁPITA AJUSTADO POR DISA (SEGUNDO GRUPO DE 17 DISAS)



Fuente: Tabla 16.

El resultado obtenido es decidor, se redistribuirían recursos entre las regiones de manera importante. Si asumimos que el valor de la producción es equivalente al presupuesto, diríamos que, por ejemplo la DISA Amazonas permanece casi igual con este ajuste. No obstante la DISA de Ancash percibiría un aumento de 26,5% de su presupuesto 2006 y Apurímac de 9,1%. No obstante a Arequipa habría que asignarle un 17,4% menos de recursos que los asignados el 2006, y así sucesivamente. En este análisis llama profundamente la atención los casos de Puno y Lima Ciudad, que son los casos extremos uno debería ser incrementado en 70% y el otro disminuido en una cifra similar (74%)

Respecto de la simulación anterior que usó un per cápita fijo, al usar el cápita ajustado se observa que las diferencias con el cápita observado se ven atenuadas. Esto puede explicarse por la composición de la población. Esto es, si en una región el presupuesto total otorgado por el per cápita fijo disminuye al aplicar el cápita ajustado, es porque, la población de mayor costo esperado es relativamente menor o la población de menor costo esperado es relativamente mayor. En el caso de Lima esto debe ocurrir porque allí hay más población adulta mayor, por ejemplo.

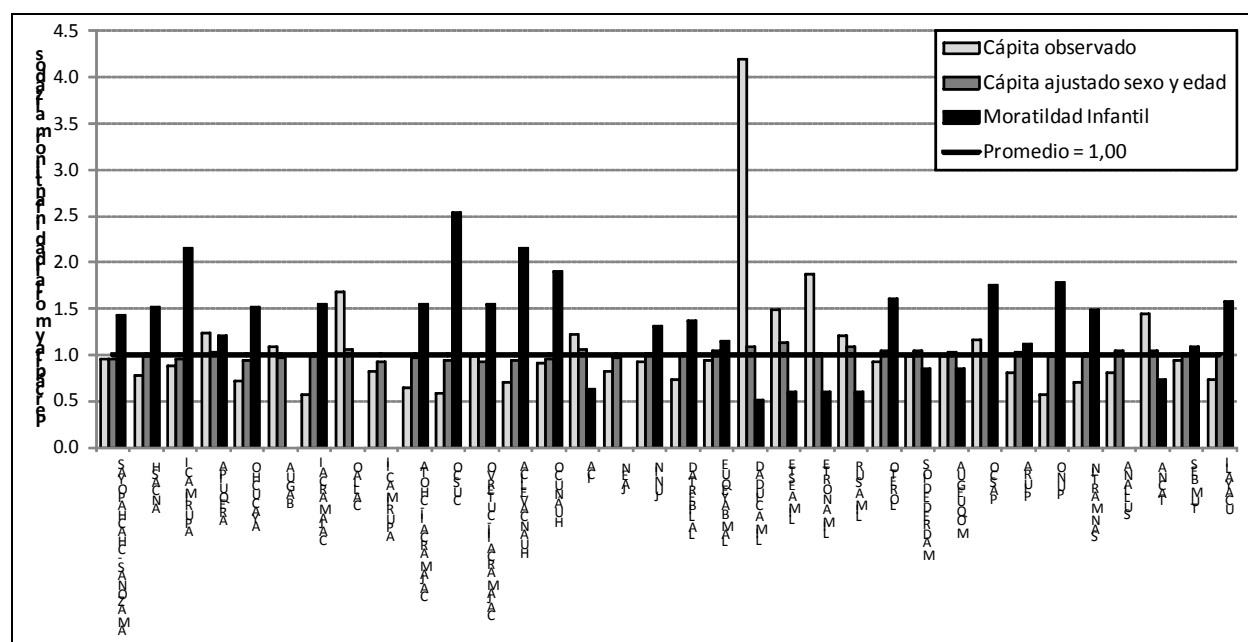
TABLA 17: REDISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ENTRE REGIONES AL APLICAR UN PRESUPUESTO CAPITADO AJUSTADO POR SEXO Y EDAD

Cód DISA	DISA/DIRESA	Valor de la producción	Valor de la producción ajustado	Redistribuciones	Porcentaje respecto de VP 2006
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	2.311.922	2.318.333	6.411	0,3%
020	ANCASH	7.402.309	9.360.447	1.958.138	26,5%
030	APURIMAC I	4.513.435	4.922.639	409.204	9,1%
040	AREQUIPA	10.287.220	8.496.226	(1.790.994)	-17,4%
050	AYACUCHO	9.626.822	12.573.672	2.946.850	30,6%
060	BAGUA	5.487.083	4.901.413	(585.670)	-10,7%
070	CAJAMARCA I	5.180.686	8.775.219	3.594.533	69,4%
080	CALLAO	6.237.444	3.957.956	(2.279.488)	-36,5%
090	APURÍMAC II	3.207.345	3.630.266	422.921	13,2%
100	CAJAMARCA II - CHOTA	2.770.042	4.175.544	1.405.502	50,7%
110	CUSCO	12.853.566	20.577.894	7.724.328	60,1%
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	4.082.633	3.812.801	(269.832)	-6,6%
130	HUANCAVELICA	6.066.222	8.161.419	2.095.197	34,5%
140	HUÁNUCO	14.420.967	15.245.064	824.097	5,7%
150	ICA	3.910.432	3.399.125	(511.307)	-13,1%
160	JAEN	5.271.496	6.218.774	947.278	18,0%
170	JUNIN	9.381.635	10.391.921	1.010.286	10,8%
180	LA LIBERTAD	11.888.726	16.252.850	4.364.124	36,7%
190	LAMBAYEQUE	11.102.264	12.230.749	1.128.485	10,2%
200	LIMA CIUDAD	39.598.207	10.292.127	(29.306.080)	-74,0%
210	LIMA ESTE	9.684.097	7.390.336	(2.293.761)	-23,7%
220	LIMA NORTE	13.271.545	7.188.772	(6.082.773)	-45,8%
230	LIMA SUR	8.141.561	7.327.940	(813.621)	-10,0%
240	LORETO	14.874.850	16.822.013	1.947.163	13,1%
250	MADRE DE DIOS	1.048.613	1.108.139	59.526	5,7%
260	MOQUEGUA	1.067.867	1.109.970	42.103	3,9%
270	PASCO	2.995.344	2.555.241	(440.103)	-14,7%
280	PIURA	9.552.895	12.115.864	2.562.969	26,8%
290	PUNO	7.189.012	12.286.853	5.097.841	70,9%
300	SAN MARTIN	7.379.296	10.243.641	2.864.345	38,8%
310	SULLANA	5.787.364	7.544.576	1.757.212	30,4%
320	TACNA	3.006.815	2.177.662	(829.153)	-27,6%
330	TUMBES	2.258.957	2.471.560	212.603	9,4%
340	UCAYALI	4.599.865	6.421.530	1.821.665	39,6%
Total general		266.458.537	266.458.537	-	0,0%

Fuente: Autores con datos SIS.

Si analizamos los resultados obtenidos respecto de variables claves en la equidad del sistema de salud, como son, la pobreza y la mortalidad infantil, podemos acercarnos a un análisis respecto de si la nueva metodología conduce de mejor manera a cerrar brechas de equidad.

FIGURA 11: COMPARACIÓN CÁPITA OBSERVADO, CÁPITA AJUSTADO POR RIESGOS Y MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTOS DE PERÚ



Fuente: Cálculos propios y INEI, 2001.

Como se observa en la mayoría de los casos evaluables, es decir en 26 departamentos de 29 (sin poder evaluar 5 regiones por no contar con el indicador de mortalidad infantil y Lima asimilado a dos indicadores) el comportamiento es el esperado, analizando por Departamento, en que cuando la mortalidad infantil está por encima del promedio nacional, el presupuesto per cápita estimado aumenta respecto del presupuesto per cápita observado. En los casos en que la mortalidad infantil está por debajo del promedio nacional, el resultado esperado es que el presupuesto estimado sea menor al observado.

4.3.1.3 CÁPITA AJUSTADA POR SEXO Y EDAD Y POBREZA POR DEPARTAMENTO

Dado que no se cuenta con las variables pobreza en la base de datos de atenciones del SIS, se procedió a ajustar también según la pobreza por región informada por el INEI para 2006.

La fórmula de ajuste en este caso es la siguiente:

$$\text{Per cápita por sexo, edad y pobreza de DISA}_i = \text{Per cápita por sexo y edad de DISA}_i \times 70\% + \text{Per cápita observado de DISA}_i \times \text{Porcentaje de pobreza normalizado de DISA}_i \times 30\%$$

Por ejemplo, para Lima Ciudad el cálculo del per cápita ajustado por sexo, edad y pobreza es el siguiente:

$$\begin{aligned} \text{Per cápita por sexo, edad y pobreza de DISA}_i &= 44,23 \times 70\% + 170,18 \times 24,2 \times 30\% \\ &= 58,73 \end{aligned}$$

Los porcentajes de la ponderación implican otorgarle un 70% de importancia al ajuste demográfico y un 30% de importancia al factor pobreza regional.

TABLA 18: REDISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ENTRE REGIONES AL APLICAR UN PRESUPUESTO CAPITADO AJUSTADO POR SEXO Y EDAD INCLUYENDO POBREZA AGREGADA

Transferencias 2006		Capita observado			Ajuste sexo, edad y pobreza agregada			
Cód DISA	DISA/DIRESA	Valor de la producción	Población	Cápita observado	Cápita ajustado por sexo, edad, pobreza	Valor de la producción ajustado	Redistribuciones	Porcetaje respecto de VP 2006
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	2.311.922	59.606	38,79	42,68	2.543.965	232.043	10,0%
020	ANCASH	7.402.309	234.117	31,62	36,94	8.648.248	1.245.939	16,8%
030	APURIMAC I	4.513.435	127.036	35,53	45,04	5.721.836	1.208.401	26,8%
040	AREQUIPA	10.287.220	204.997	50,18	37,88	7.764.382	(2.522.838)	-24,5%
050	AYACUCHO	9.626.822	332.768	28,93	41,74	13.889.724	4.262.902	44,3%
060	BAGUA	5.487.083	124.677	44,01	27,52	3.430.989	(2.056.094)	-37,5%
070	CAJAMARCA I	5.180.686	221.590	23,38	37,78	8.370.930	3.190.244	61,6%
080	CALLAO	6.237.444	91.851	67,91	30,16	2.770.570	(3.466.874)	-55,6%
090	APURÍMAC II	3.207.345	96.557	33,22	26,32	2.541.186	(666.159)	-20,8%
100	CAJAMARCA II - CHOTA	2.770.042	106.280	26,06	38,71	4.114.310	1.344.268	48,5%
110	CUSCO	12.853.566	539.819	23,81	34,69	18.728.523	5.874.957	45,7%
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	4.082.633	102.275	39,92	43,27	4.424.952	342.319	8,4%
130	HUANCAVELICA	6.066.222	213.868	28,36	43,67	9.340.458	3.274.236	54,0%
140	HUÁNUCO	14.420.967	394.022	36,60	45,49	17.924.157	3.503.190	24,3%
150	ICA	3.910.432	78.777	49,64	38,17	3.006.814	(903.618)	-23,1%
160	JAEN	5.271.496	157.826	33,40	27,58	4.353.141	(918.355)	-17,4%
170	JUNIN	9.381.635	251.336	37,33	41,50	10.430.369	1.048.734	11,2%
180	LA LIBERTAD	11.888.726	398.869	29,81	37,87	15.103.911	3.215.185	27,0%
190	LAMBAYEQUE	11.102.264	290.208	38,26	40,10	11.637.724	535.460	4,8%
200	LIMA CIUDAD	39.598.207	232.683	170,18	58,73	13.664.780	(25.933.427)	-65,5%
210	LIMA ESTE	9.684.097	161.427	59,99	41,83	6.753.158	(2.930.939)	-30,3%
220	LIMA NORTE	13.271.545	174.931	75,87	41,60	7.277.865	(5.993.680)	-45,2%
230	LIMA SUR	8.141.561	166.797	48,81	38,72	6.457.822	(1.683.739)	-20,7%
240	LORETO	14.874.850	398.119	37,36	46,28	18.423.966	3.549.116	23,9%
250	MADRE DE DIOS	1.048.613	26.136	40,12	35,58	929.808	(118.805)	-11,3%
260	MOQUEGUA	1.067.867	26.688	40,01	36,48	973.515	(94.352)	-8,8%
270	PASCO	2.995.344	63.237	47,37	51,02	3.226.434	231.090	7,7%
280	PIURA	9.552.895	292.489	32,66	40,89	11.958.788	2.405.893	25,2%
290	PUNO	7.189.012	308.074	23,34	39,92	12.298.696	5.109.684	71,1%
300	SAN MARTIN	7.379.296	257.173	28,69	38,39	9.871.869	2.492.573	33,8%
310	SULLANA	5.787.364	177.282	32,64	29,79	5.281.203	(506.161)	-8,7%
320	TACNA	3.006.815	51.276	58,64	37,56	1.925.722	(1.081.093)	-36,0%
330	TUMBES	2.258.957	59.790	37,78	32,96	1.970.709	(288.248)	-12,8%
340	UCAYALI	4.599.865	155.889	29,51	39,58	6.169.628	1.569.763	34,1%
Total general		266.458.537	6.578.470	40,50	40,50	266.458.537	-	0,0%

Fuente: Cálculos propios con base de datos de atenciones SIS 2006, Estadísticas SIS 2006 y datos INEI para 2006

La variación de las diferencias entre el gasto observado y el redistribuido, es menor que en los otros casos y dado que hay una alta correlación entre pobreza y mortalidad infantil (coeficiente de correlación = 0,90), este ejercicio se ajustará mucho más a esta variable de estado de salud, haciendo que los recursos se orienten de mejor manera en este sentido.

Finalmente se debe considerar que este es sólo un ejercicio, y que para llegar a una simulación exhaustiva el SIS debe generalizar los estudios de costos, empezando por un paquete integral del primer nivel que quiera cubrir.

4.3.2 SIMULANDO UN CÁPITA AJUSTADO POR RIESGOS SÓLO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En los ejercicios anteriores, se analizó la totalidad de las transferencias del SIS durante un año (2006) y se pudo apreciar que los resultados arrojaban importantes diferencias entre DISAs regionales, a pesar que ellas se atenuaban en la medida que se incorporaban más ajustadores. Ello se simula de esa manera porque el ejercicio pretende ilustrar una manera de asignar recursos a poblaciones asignado un techo de gasto capitado a toda las Direcciones regionales de salud. No obstante, dadas las características de la transferencia del SIS, enfocada principalmente en la atención de primer nivel, resulta que la incorporación del gasto hospitalario sesga los resultados dada su concentración en algunas ciudades como Lima o Callao. Para aislar este efecto, en esta parte se estima un per cápita sin considerar el gasto hospitalario, tanto en las transferencias totales del SIS a las DISAs como en los cálculos de los factores de riesgo a utilizar en las correcciones, es decir, los factores son derivados solamente del consumo en el primer nivel de atención.

4.3.2.1 CÁPITA FIJO PARA EL PRIMER NIVEL

La cápita fija promedio nacional para el primer nivel de atención resulta en 25,2 soles, al aplicarla a la población de cada DISA se obtiene un nuevo nivel de transferencias estimado, al hacer la diferencia con lo realmente ocurrido en 2006 se aprecian las brechas obtenidas.

TABLA 19: RESULTADO DE APLICACIÓN DE UNA CÁPITA FIJO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN AÑO 2006

Transferencias 2006		Capita observado			Cápita fijo		
Cód DISA	DISA/DIRESA	Valor de la producción	Población	Cápita observado	Valor total con Percápita fijo	Redistribuciones con pc fijo	Porccentaje respecto de VP 2006
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	1.941.081	59.606	32,57	1.502.133	(438.948)	-22,6%
020	ANCASH	5.006.127	234.117	21,38	5.899.993	893.866	17,9%
030	APURIMAC I	3.956.882	127.036	31,15	3.201.440	(755.442)	-19,1%
040	AREQUIPA	7.655.493	204.997	37,34	5.166.138	(2.489.355)	-32,5%
050	AYACUCHO	7.109.463	332.768	21,36	8.386.101	1.276.638	18,0%
060	BAGUA	4.661.252	124.677	37,39	3.141.990	(1.519.262)	-32,6%
070	CAJAMARCA I	4.213.484	221.590	19,01	5.584.299	1.370.815	32,5%
080	CALLAO	2.740.938	91.851	29,84	2.314.741	(426.197)	-15,5%
090	APURÍMAC II	2.523.965	96.557	26,14	2.433.337	(90.628)	-3,6%
100	CAJAMARCA II - CHOTA	2.367.742	106.280	22,28	2.678.367	310.625	13,1%
110	CUSCO	9.915.615	539.819	18,37	13.604.002	3.688.387	37,2%
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	4.019.222	102.275	39,30	2.577.437	(1.441.785)	-35,9%
130	HUANCAVELICA	5.480.647	213.868	25,63	5.389.697	(90.950)	-1,7%
140	HUÁNUCO	12.903.895	394.022	32,75	9.929.766	(2.974.129)	-23,0%
150	ICA	2.179.895	78.777	27,67	1.985.263	(194.632)	-8,9%
160	JAEN	4.403.259	157.826	27,90	3.977.380	(425.879)	-9,7%
170	JUNIN	6.388.264	251.336	25,42	6.333.929	(54.335)	-0,9%
180	LA LIBERTAD	8.809.759	398.869	22,09	10.051.915	1.242.156	14,1%
190	LAMBAYEQUE	8.804.737	290.208	30,34	7.313.544	(1.491.193)	-16,9%
200	LIMA CIUDAD	3.585.987	232.683	15,41	5.863.854	2.277.867	63,5%
220	LIMA NORTE	6.695.531	174.931	38,28	4.408.444	(2.287.087)	-34,2%
230	LIMA SUR	5.245.608	166.797	31,45	4.203.458	(1.042.150)	-19,9%
240	LORETO	11.669.287	398.119	29,31	10.033.014	(1.636.273)	-14,0%
250	MADRE DE DIOS	659.087	26.136	25,22	658.654	(433)	-0,1%
260	MOQUEGUA	634.421	26.688	23,77	672.565	38.144	6,0%
270	PASCO	2.031.710	63.237	32,13	1.593.638	(438.072)	-21,6%
280	PIURA	8.334.931	292.489	28,50	7.371.028	(963.903)	-11,6%
290	PUNO	5.158.404	308.074	16,74	7.763.786	2.605.382	50,5%
300	SAN MARTIN	6.244.426	257.173	24,28	6.481.028	236.602	3,8%
310	PIURA II SULLANA	4.096.450	177.282	23,11	4.467.691	371.241	9,1%
320	TACNA	1.914.987	51.276	37,35	1.292.209	(622.778)	-32,5%
330	TUMBES	1.306.744	59.790	21,86	1.506.770	200.026	15,3%
340	UCAYALI	3.125.015	155.889	20,05	3.928.565	803.550	25,7%
Total general		165.784.308	6.578.470	25,20	165.784.308	-	0,0%

Fuente: Calculado con estadísticas del SIS para el año 2006

Claramente las brechas obtenidas anteriormente, en el ejercicio con el total del gasto del SIS, en el punto 4.3.1, se revierten considerar sólo el gasto del primer nivel de atención, ese es el caso de Lima Ciudad que pasa de tener una brecha positiva (es decir que hipotéticamente se le transfiere más de lo necesario) a una brecha negativa de 63,5% (es decir, hipotéticamente le falta financiamiento por el equivalente a esa magnitud respecto de lo transferido en 2006 para el primer nivel). En el caso del Callao, la orientación del resultado sigue siendo la misma es decir, que hipotéticamente se le transfieren más recursos de los necesarios pero en mucha menor magnitud, respecto del ejercicio con hospitales incluidos. Las diferencias con el ejercicio anterior se detallan en la siguiente tabla y claramente son significativas.

TABLA 20: DIFERENCIAS EN LA REDISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ENTRE CÁPITA FIJO PARA EL PRIMER NIVEL CAPITA FIJO INCLUYENDO HOSPITALES (% DEL GASTO OBSERVADO DE 2006)

Cód DISA	DISA/DIRESA	Población	Porecentaje de redistribución según cápita primer nivel	Porecentaje de redistribución según cápita total (con hospitales)
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	59.606	-22,6%	4,4%
020	ANCASH	234.117	17,9%	28,1%
030	APURIMAC I	127.036	-19,1%	14,0%
040	AREQUIPA	204.997	-32,5%	-19,3%
050	AYACUCHO	332.768	18,0%	40,0%
060	BAGUA	124.677	-32,6%	-8,0%
070	CAJAMARCA I	221.590	32,5%	73,2%
080	CALLAO	91.851	-15,5%	-40,4%
090	APURÍMAC II	96.557	-3,6%	21,9%
100	CAJAMARCA II - CHOTA	106.280	13,1%	55,4%
110	CUSCO	539.819	37,2%	70,1%
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	102.275	-35,9%	1,5%
130	HUANCAVELICA	213.868	-1,7%	42,8%
140	HUÁNUCO	394.022	-23,0%	10,7%
150	ICA	78.777	-8,9%	-18,4%
160	JAEN	157.826	-9,7%	21,3%
170	JUNIN	251.336	-0,9%	8,5%
180	LA LIBERTAD	398.869	14,1%	35,9%
190	LAMBAYEQUE	290.208	-16,9%	5,9%
200	LIMA CIUDAD	232.683	63,5%	-76,2%
220	LIMA NORTE	174.931	-34,2%	-46,6%
230	LIMA SUR	166.797	-19,9%	-17,0%
240	LORETO	398.119	-14,0%	8,4%
250	MADRE DE DIOS	26.136	-0,1%	1,0%
260	MOQUEGUA	26.688	6,0%	1,2%
270	PASCO	63.237	-21,6%	-14,5%
280	PIURA	292.489	-11,6%	24,0%
290	PUNO	308.074	50,5%	73,6%
300	SAN MARTIN	257.173	3,8%	41,2%
310	PIURA II SULLANA	177.282	9,1%	24,1%
320	TACNA	51.276	-32,5%	-30,9%
330	TUMBES	59.790	15,3%	7,2%
340	UCAYALI	155.889	25,7%	37,3%
Total general		6.578.470	0,0%	0%

Fuente: Calculado con estadísticas del SIS para el año 2006.

4.3.2.2 CAPITA AJUSTADO POR RIESGO DEMOGRÁFICO PARA EL PRIMER NIVEL

Cuando incorporamos el consumo de prestaciones del primer nivel de atención, por grupos de sexo y edad, y corregimos por el riesgo⁶ de estos grupos el resultado es el siguiente:

⁶ La metodología de ajuste de riesgos es la misma señalada en el punto 4.3.1.2, sólo que con los gastos y consumos exclusivos del primer nivel de atención.

TABLA 21: RESULTADO DE APLICACIÓN DE UNA CÁPITA AJUSTADO POR SEXO Y EDAD PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN AÑO 2006

Transferencias 2006		Capita observado			Capita ajustado por riesgos (sexo y edad)			
Cód DISA	DISA/DIRESA	Valor de la producción	Población	Cápita observado	Cápita ajustado sexo y edad	Valor de la producción ajustado	Redistribuciones	Porcentaje redistribución respecto de VP 2006
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	1.941.081	59.606	32,57	24,30	1.448.555	(492.526)	-25,4%
020	ANCASH	5.006.127	234.117	21,38	25,08	5.871.220	865.093	17,3%
030	APURIMAC I	3.956.882	127.036	31,15	24,03	3.052.813	(904.069)	-22,8%
040	AREQUIPA	7.655.493	204.997	37,34	25,81	5.290.734	(2.364.759)	-30,9%
050	AYACUCHO	7.109.463	332.768	21,36	23,34	7.768.160	658.697	9,3%
060	BAGUA	4.661.252	124.677	37,39	24,88	3.102.208	(1.559.044)	-33,4%
070	CAJAMARCA I	4.213.484	221.590	19,01	24,69	5.470.257	1.256.773	29,8%
080	CALLAO	2.740.938	91.851	29,84	26,72	2.454.312	(286.626)	-10,5%
090	APURÍMAC II	2.523.965	96.557	26,14	23,33	2.253.084	(270.881)	-10,7%
100	CAJAMARCA II - CHOTA	2.367.742	106.280	22,28	24,71	2.625.911	258.169	10,9%
110	CUSCO	9.915.615	539.819	18,37	23,63	12.757.111	2.841.496	28,7%
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	4.019.222	102.275	39,30	22,95	2.347.317	(1.671.905)	-41,6%
130	HUANCAVELICA	5.480.647	213.868	25,63	24,04	5.140.563	(340.084)	-6,2%
140	HUÁNUCO	12.903.895	394.022	32,75	24,13	9.505.956	(3.397.939)	-26,3%
150	ICA	2.179.895	78.777	27,67	26,81	2.111.722	(68.173)	-3,1%
160	JAEN	4.403.259	157.826	27,90	24,62	3.885.688	(517.571)	-11,8%
170	JUNIN	6.388.264	251.336	25,42	25,94	6.518.852	130.588	2,0%
180	LA LIBERTAD	8.809.759	398.869	22,09	25,30	10.091.669	1.281.910	14,6%
190	LAMBAYEQUE	8.804.737	290.208	30,34	26,10	7.574.502	(1.230.235)	-14,0%
200	LIMA CIUDAD	3.585.987	232.683	15,41	27,36	6.366.963	2.780.976	77,6%
220	LIMA NORTE	6.695.531	174.931	38,28	25,45	4.452.530	(2.243.001)	-33,5%
230	LIMA SUR	5.245.608	166.797	31,45	27,12	4.523.341	(722.267)	-13,8%
240	LORETO	11.669.287	398.119	29,31	26,28	10.461.140	(1.208.147)	-10,4%
250	MADRE DE DIOS	659.087	26.136	25,22	26,43	690.780	31.693	4,8%
260	MOQUEGUA	634.421	26.688	23,77	25,63	683.969	49.548	7,8%
270	PASCO	2.031.710	63.237	32,13	25,45	1.609.152	(422.558)	-20,8%
280	PIURA	8.334.931	292.489	28,50	25,79	7.542.667	(792.264)	-9,5%
290	PUNO	5.158.404	308.074	16,74	25,01	7.704.193	2.545.789	49,4%
300	SAN MARTIN	6.244.426	257.173	24,28	24,81	6.381.319	136.893	2,2%
310	PIURA II SULLANA	4.096.450	177.282	23,11	26,44	4.688.104	591.654	14,4%
320	TACNA	1.914.987	51.276	37,35	26,19	1.343.073	(571.914)	-29,9%
330	TUMBES	1.306.744	59.790	21,86	25,33	1.514.775	208.031	15,9%
340	UCAYALI	3.125.015	155.889	20,05	25,59	3.989.170	864.155	27,7%
Total general		165.784.308	6.578.470	25,20	25,20	165.784.308	-	0,0%

Fuente: Calculado con estadísticas del SIS para el año 2006.

Cuando se comparan las simulaciones que usan ajuste demográfico, se mantienen diferencias importantes con los recursos colocados durante 2006, en el primer nivel de atención, pero se revierten o cambian significativamente las regiones donde hay mayor capacidad instalada hospitalaria, que ahora no está siendo considerada. De esta manera, en el caso de Lima Ciudad la diferencia de asignaciones se acentúa respecto del ejercicio anterior, es decir, si antes había que quitarle hipotéticamente un 74% ahora al aislar la atención hospitalaria resulta que habría que otorgar mayores recurso a Lima Ciudad en un 77,6% más respecto a lo gastado en el primer nivel en el año 2006. No obstante lo anterior, la variación entre los gastos redistribuidos de las DISAS se atenúa, respecto del ejercicio con el per cápita fijo del primer nivel.

TABLA 22: DIFERENCIAS EN LA REDISTRIBUCION DE RECURSOS ENTRE CÁPITA AJUSTADO POR SEXO Y EDAD: PRIMER NIVEL VERSUS INCLUYENDO HOSPITALES (% DEL GASTO OBSERVADO DE 2006)

Cód DISA	DISA/DIRESA	Población	Porecentaje de redistribución según cápita primer nivel	Porecentaje de redistribución según cápita total (con hospitales)
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	59.606	-25,4%	0,3%
020	ANCASH	234.117	17,3%	26,5%
030	APURIMAC I	127.036	-22,8%	9,1%
040	AREQUIPA	204.997	-30,9%	-17,4%
050	AYACUCHO	332.768	9,3%	30,6%
060	BAGUA	124.677	-33,4%	-10,7%
070	CAJAMARCA I	221.590	29,8%	69,4%
080	CALLAO	91.851	-10,5%	-36,5%
090	APURÍMAC II	96.557	-10,7%	13,2%
100	CAJAMARCA II - CHOTA	106.280	10,9%	50,7%
110	CUSCO	539.819	28,7%	60,1%
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	102.275	-41,6%	-6,6%
130	HUANCAVELICA	213.868	-6,2%	34,5%
140	HUÁNUCO	394.022	-26,3%	5,7%
150	ICA	78.777	-3,1%	-13,1%
160	JAEN	157.826	-11,8%	18,0%
170	JUNIN	251.336	2,0%	10,8%
180	LA LIBERTAD	398.869	14,6%	36,7%
190	LAMBAYEQUE	290.208	-14,0%	10,2%
200	LIMA CIUDAD	232.683	77,6%	-74,0%
220	LIMA NORTE	174.931	-33,5%	-45,8%
230	LIMA SUR	166.797	-13,8%	-10,0%
240	LORETO	398.119	-10,4%	13,1%
250	MADRE DE DIOS	26.136	4,8%	5,7%
260	MOQUEGUA	26.688	7,8%	3,9%
270	PASCO	63.237	-20,8%	-14,7%
280	PIURA	292.489	-9,5%	26,8%
290	PUNO	308.074	49,4%	70,9%
300	SAN MARTIN	257.173	2,2%	38,8%
310	PIURA II SULLANA	177.282	14,4%	30,4%
320	TACNA	51.276	-29,9%	-27,6%
330	TUMBES	59.790	15,9%	9,4%
340	UCAYALI	155.889	27,7%	39,6%
Total general		6.578.470	0,0%	0,0%

Fuente: Calculado con estadísticas del SIS para el año 2006.

4.3.2.3 CÁPITA AJUSTADO POR RIESGO DEMOGRÁFICO Y POBREZA PARA EL PRIMER NIVEL

En este caso se ha utilizado la misma metodología descrita anteriormente, ponderando en un 70% el ajuste demográfico y en un 30% el factor pobreza.

TABLA 23: RESULTADO DE APLICACIÓN DE UNA CÁPITA AJUSTADO POR SEXO, EDAD Y POBREZA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN AÑO 2006

Transferencias 2006		Capita observado			Ajuste sexo, edad y pobreza agregada		
Cód DISA	DISA/DIRESA	Valor de la producción	Población	Cápita observado	Valor de la producción ajustado	Redistribuciones	Porcetaje respecto de VP 2006
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	1.941.081	59.606	32,57	1.787.367	(153.714)	-7,9%
020	ANCASH	5.006.127	234.117	21,38	5.527.319	521.192	10,4%
030	APURIMAC I	3.956.882	127.036	31,15	4.132.305	175.423	4,4%
040	AREQUIPA	7.655.493	204.997	37,34	5.055.698	(2.599.795)	-34,0%
050	AYACUCHO	7.109.463	332.768	21,36	9.195.343	2.085.880	29,3%
060	BAGUA	4.661.252	124.677	37,39	2.171.546	(2.489.706)	-53,4%
070	CAJAMARCA I	4.213.484	221.590	19,01	5.641.452	1.427.968	33,9%
080	CALLAO	2.740.938	91.851	29,84	1.718.018	(1.022.920)	-37,3%
090	APURÍMAC II	2.523.965	96.557	26,14	1.577.159	(946.806)	-37,5%
100	CAJAMARCA II - CHOTA	2.367.742	106.280	22,28	2.856.532	488.790	20,6%
110	CUSCO	9.915.615	539.819	18,37	12.265.635	2.350.020	23,7%
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	4.019.222	102.275	39,30	3.371.839	(647.383)	-16,1%
130	HUANCAVELICA	5.480.647	213.868	25,63	6.875.698	1.395.051	25,5%
140	HUÁNUCO	12.903.895	394.022	32,75	13.143.813	239.918	1,9%
150	ICA	2.179.895	78.777	27,67	1.827.968	(351.927)	-16,1%
160	JAEN	4.403.259	157.826	27,90	2.719.981	(1.683.278)	-38,2%
170	JUNIN	6.388.264	251.336	25,42	6.712.237	323.973	5,1%
180	LA LIBERTAD	8.809.759	398.869	22,09	9.825.879	1.016.120	11,5%
190	LAMBAYEQUE	8.804.737	290.208	30,34	7.741.756	(1.062.981)	-12,1%
200	LIMA CIUDAD	3.585.987	232.683	15,41	5.041.914	1.455.927	40,6%
220	LIMA NORTE	6.695.531	174.931	38,28	4.249.745	(2.445.786)	-36,5%
230	LIMA SUR	5.245.608	166.797	31,45	4.022.139	(1.223.469)	-23,3%
240	LORETO	11.669.287	398.119	29,31	12.538.576	869.289	7,4%
250	MADRE DE DIOS	659.087	26.136	25,22	580.410	(78.677)	-11,9%
260	MOQUEGUA	634.421	26.688	23,77	595.540	(38.881)	-6,1%
270	PASCO	2.031.710	63.237	32,13	2.101.627	69.917	3,4%
280	PIURA	8.334.931	292.489	28,50	8.314.156	(20.775)	-0,2%
290	PUNO	5.158.404	308.074	16,74	8.046.326	2.887.922	56,0%
300	SAN MARTIN	6.244.426	257.173	24,28	6.752.804	508.378	8,1%
310	PIURA II SULLANA	4.096.450	177.282	23,11	3.281.673	(814.777)	-19,9%
320	TACNA	1.914.987	51.276	37,35	1.195.770	(719.217)	-37,6%
330	TUMBES	1.306.744	59.790	21,86	1.199.533	(107.211)	-8,2%
340	UCAYALI	3.125.015	155.889	20,05	3.930.065	805.050	25,8%
Total general		165.784.308	6.578.470	25,20	165.784.308	-	0,0%

Fuente: Calculado con estadísticas del SIS para el año 2006.

La corrección por pobreza vuelve a generar una menor varianza de las brechas entre regiones, lo que resulta positivo a la hora de pensar en una aplicación real de este ejercicio ilustrativo. Nuevamente el hecho de aislar la atención sólo del primer nivel, genera grandes diferencias respecto del ejercicio anterior de corrección demográfica y por pobreza.

TABLA 24: DIFERENCIAS EN LA REDISTRIBUCION DE RECURSOS ENTRE CÁPITA AJUSTADO POR SEXO, EDAD Y POBREZA: PRIMER NIVEL VERSUS INCLUYENDO HOSPITALES (% DEL GASTO OBSERVADO DE 2006)

Cód DISA	DISA/DIRESA	Población	Porcetaje de redistribución según cápita primer nivel	Porcetaje de redistribución según cápita total (incluyendo hospitales)
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	59.606	-25,4%	10,0%
020	ANCASH	234.117	17,3%	16,8%
030	APURIMAC I	127.036	-22,8%	26,8%
040	AREQUIPA	204.997	-30,9%	-24,5%
050	AYACUCHO	332.768	9,3%	44,3%
060	BAGUA	124.677	-33,4%	-37,5%
070	CAJAMARCA I	221.590	29,8%	61,6%
080	CALLAO	91.851	-10,5%	-55,6%
090	APURÍMAC II	96.557	-10,7%	-20,8%
100	CAJAMARCA II - CHOTA	106.280	10,9%	48,5%
110	CUSCO	539.819	28,7%	45,7%
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	102.275	-41,6%	8,4%
130	HUANCAVELICA	213.868	-6,2%	54,0%
140	HUÁNUCO	394.022	-26,3%	24,3%
150	ICA	78.777	-3,1%	-23,1%
160	JAEN	157.826	-11,8%	-17,4%
170	JUNIN	251.336	2,0%	11,2%
180	LA LIBERTAD	398.869	14,6%	27,0%
190	LAMBAYEQUE	290.208	-14,0%	4,8%
200	LIMA CIUDAD	232.683	77,6%	-65,5%
220	LIMA NORTE	174.931	-33,5%	-45,2%
230	LIMA SUR	166.797	-13,8%	-20,7%
240	LORETO	398.119	-10,4%	23,9%
250	MADRE DE DIOS	26.136	4,8%	-11,3%
260	MOQUEGUA	26.688	7,8%	-8,8%
270	PASCO	63.237	-20,8%	7,7%
280	PIURA	292.489	-9,5%	25,2%
290	PUNO	308.074	49,4%	71,1%
300	SAN MARTIN	257.173	2,2%	33,8%
310	PIURA II SULLANA	177.282	14,4%	-8,7%
320	TACNA	51.276	-29,9%	-36,0%
330	TUMBES	59.790	15,9%	-12,8%
340	UCAYALI	155.889	27,7%	34,1%
Total general		6.578.470	0,0%	0,0%

Fuente: Calculado con estadísticas del SIS para el año 2006.

La pobreza tiene una injerencia importante, las diferencias apreciadas se mitigan en Lima Ciudad, dado que su nivel de pobreza es inferior a la media nacional y muy inferior al de algunas regiones. El sexo y la edad no dan cuenta de los niveles de pobreza, y con ello los niveles de necesidades de salud quedan reflejados sólo parcialmente, ello ratifica la necesidad de este ajustador.

5. COMENTARIOS FINALES Y RECOMENDACIONES

El surgimiento del SIS tiene ventajas innegables para la canalización de recursos hacia los más pobres, de manera de asegurar un mayor acceso a la atención de salud. Debido a ello en Perú, se separó el financiamiento público del sistema de salud básicamente en dos secciones, el proveniente del MINSA y el proveniente del SIS. No obstante lo anterior, en una perspectiva de largo plazo de separación de funciones para una mayor eficiencia del gasto, el análisis lleva a recomendar que el financiamiento esté gestionado en una sola mano, al menos en las transferencias y los aspectos financieros que ello implica,

Las propuestas de modificación de mecanismos de transferencia son consecutivas, integrales y en su expresión más completa, pueden (deben) incorporar el conjunto del financiamiento. Existe experiencia para abordar una nueva etapa en los mecanismos de transferencia en Perú. Los mecanismos deben promover la integración sanitaria y la equidad, como los que usan sistemas de pagos mixtos y combinan un presupuesto territorial en manos de una entidad de salud con capacidad de gestionarlos como las DISAS, con mecanismos de transferencias específicos en su interior, para los distintos niveles de atención. En concreto, se recomienda iniciar un proceso de aplicación de una capitación territorial ajustada demográficamente y por pobreza, para la atención del primer nivel de atención, y avanzar en los demás componentes de un buen sistema de pagos, en un proceso gradual en el tiempo. La implementación de cambios se recomienda sea consecutiva, gradual, y que a la hora de implementar se comience con experiencias piloto, allí donde las condiciones sean más favorables.

La aplicación de herramientas que usan morbilidad para el ajuste de riesgo y la casuística hospitalaria permiten mejorar, al mismo tiempo, la información para la gestión en los sistemas de salud. En el caso del SIS, con el sistema de información de atenciones existente, es posible testear algunas de estas herramientas, como algún tipo de DRGs y alguna de la familia DCG. Habrá que mejorar los sistemas de información, de gestión y de control: Hay herramientas conocidas cuya implementación podría ser evaluada, como el Winsig para homogeneizar e implementar sistemas de contabilidad de costos es establecimientos de salud. Se necesita implementar sistemas de contabilidad de costos a nivel de los establecimientos para implementar sistemas de pagos.

En esta primera etapa, se ha trabajado en la simulación de una alternativa posible y en ayudar a generar las condiciones para el mediano y largo plazo. Se hace patente la necesidad de coordinación intrasectorial y de definiciones institucionales en torno al tema del financiamiento.

En este trabajo se han simulado, a modo de ejercicio ilustrativo de la metodología a seguir, una serie de situaciones aplicando sistemas de capitación territorial, primero considerando todo el gasto del SIS y luego considerando sólo el primer nivel de atención.

Si todas las personas tuvieran las mismas necesidades de gasto esperado en salud, que es lo que se asume cuando se simula un per cápita fijo, los presupuestos deberían cambiar ostensiblemente. Esto está mostrando no sólo la diferencia de asignación por persona en cada región, también muestra diferencias de utilización. Seguramente allí donde los per cápitas observados son mayores debe haber también mayor utilización de servicios por persona, pero sobre todo esto muestra la importancia del gasto en hospitales en zonas donde se encuentra la capacidad instalada de ellos y son centros de derivación,

como Lima Ciudad y el Callao. El resultado obtenido es decididamente se redistribuyen recursos entre las regiones de manera importante. En este análisis llama profundamente la atención los casos de Puno y Lima Ciudad, que son los casos extremos uno debería ser incrementado en 70% y el otro disminuido en una cifra similar (74%)

Cuando el per cápita es ajustado demográficamente, respecto del cápita fijo, en general, las diferencias con el cápita observado se ven atenuadas. Esto puede explicarse por la composición de la población. Esto es, si en una región el presupuesto total otorgado por el per cápita fijo disminuye al aplicar el cápita ajustado, es porque, la población de mayor costo esperado es relativamente menor o la población de menor costo esperado es relativamente mayor. En el caso de Lima esto debe ocurrir porque allí hay más población adulta mayor, por ejemplo.

En términos de la efectividad sanitaria de una asignación de este tipo. En la mayoría de los casos evaluables, es decir en 26 departamentos de 29, el comportamiento es el esperado, analizando por Departamento, en que cuando la mortalidad infantil está por encima del promedio nacional, el presupuesto per cápita estimado aumenta respecto del presupuesto per cápita observado. En los casos en que la mortalidad infantil está por debajo del promedio nacional, el resultado esperado es que el presupuesto estimado sea menor al observado.

Cuando se incorpora pobreza como ajustador de riesgos, la variación de las diferencias es menor que en los otros casos y dado que hay una alta correlación entre pobreza y mortalidad infantil, este ejercicio se ajustará mucho más a esta variable de estado de salud, haciendo que los recursos se orienten de mejor manera en este sentido

Al simular las cápita sólo para el primer nivel de atención, las brechas obtenidas anteriormente se revierten considerando sólo el gasto del primer nivel de atención, ese es el caso de Lima Ciudad que pasa de tener una brecha positiva (es decir que hipotéticamente se le transfiere más de lo necesario) a una brecha negativa de 63,5% (es decir, hipotéticamente le falta financiamiento por el equivalente a esa magnitud respecto de lo transferido en 2006 para el primer nivel). En el caso del Callao, la orientación del resultado sigue siendo la misma es decir, que hipotéticamente se le transfieren más recursos de los necesarios pero la magnitud del impacto se ve drásticamente atenuado.

Cuando se comparan las simulaciones que usan ajuste demográfico con hospitales y sin hospitales, se mantienen diferencias importantes con los recursos colocados durante 2006, en el primer nivel de atención, pero se revierten o cambian su posición de manera significativa las regiones de salud donde hay mayor capacidad instalada hospitalaria, que ahora no está siendo considerada. De esta manera, en el caso de Lima Ciudad la diferencia de asignaciones se acentúa respecto del ejercicio anterior, es decir, si antes había que quitarle hipotéticamente un 74% ahora al aislar la atención hospitalaria resulta que habría que otorgar mayores recursos a Lima Ciudad en un 77,6% más respecto a lo gastado en el primer nivel en el año 2006.

La corrección por pobreza, en una cápita sólo para el primer nivel de atención, vuelve a generar una menor varianza de las brechas entre regiones, lo que resulta positivo a la hora de pensar en una aplicación real de este ejercicio ilustrativo. Nuevamente el hecho de aislar la atención sólo del primer nivel, genera grandes diferencias respecto del ejercicio anterior de corrección demográfica y por pobreza. La pobreza tiene una injerencia importante, las diferencias apreciadas se mitigan en Lima Ciudad, dado que su nivel de pobreza es inferior a la media nacional y muy inferior al de algunas regiones. El sexo y la edad no dan cuenta de los niveles de pobreza, y con ello los niveles de necesidades de salud quedan reflejados sólo parcialmente, ello ratifica la necesidad de este ajustador.

ANEXO A: BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez B., Pellisé L., y Lobo F. (2000) "Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE". OPS; 2000.
- Bitrán R, Giedon U., Gómez P (2004). "Mecanismos de pago para la Reforma en Chile". Ministerio de salud.
- Busse R. "Financing health in high-income countries" Chapter 9 of Health Financing Revisited. En www.who.int.
- Castro R., Cid C., Román A. Butala N. (2006). "Changing health care provider incentives to promote prevention: The Chilean case". Harvard Health Policy Review, Vol 7, N°2, Fall, 2006
- Cid C. (2007). "Nuevos mecanismos de pago en Chile". Congreso de Economía de la Salud de España, La Coruña, Junio de 2007.
- CISS (2005). "Los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) para ajustar los mecanismos de pago a los proveedores de los sistemas de salud", Noviembre de 2005.
- Ellis R.P., TG McGuire (1988). "Insurance Principles and the Design of Prospective Payment Systems" Journal of Health Economics 7: 215-237
- Escobedo Seimer (2007). "Metodología para la estimación de costos estándar de los procedimientos médicos incluidos en el plan universal de beneficios de salud". Reporte Técnico USAID/Perú, PRAES, Abt Associates Inc., Abril de 2007.
- Ibern P. (2005). "Integración asistencial. Fundamentos, experiencias y vías de avance". Colección de economía de la salud y gestión sanitaria CRES Universidad Pompeu Fabra- MASSON.
- Kjerdstad, E. (2003). "Prospective Funding of General Hospitals in Norway—Incentives for Higher Production?" International Journal of Health Care Finance and Economics.
- Meceira M. (1998). "Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo". Estudios Mayores de Investigación Aplicada 2, Documento de Trabajo 2. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Mikola, H. (2003). "Hospital Pricing Reform in the Public Health Care System—An Empirical Case Study from Finland." International Journal of Health Care Finance and Economics.
- Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Secretaria de Ciencia, Tecnologia e Insumos Estratégicos (2006). "Glosario Temático. Economía de la salud". 2da Edición ampliada, Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília DF, 2006.
- Newhouse J. (1996). "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection". Journal of Economic Literature 34: 1236-1263.

Newhouse, Joseph P., "Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum," Cambridge: MIT Press, 2002 (the Walras-Pareto Lectures).

República del Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°725-2005, del 23 de Septiembre de 2005, que amplía la vigencia de las Tarifas del SIS.

República del Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°316-2007, del 16 de abril de 2007, que aprueba "Norma técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias en el marco del plan de aseguramiento universal de salud en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional"

República del Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°246-2006, del 13 de Marzo de 2006, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud".

Sanderson, H. (1997). "The development of patient groupings for more effective management of health care." *European Journal of Public Health*

Sobrevilla A. Loo L., Telyukov A., Garavito M., (2002). "Herramientas y pautas de implementación de nuevos mecanismos de pago ambulatorio en el sector salud del Perú". Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt associates Inc., Abril de 2002.

Williams S.(2002). "Alternative Prescriptions. A Survey of International Healthcare Systems". Conservative Policy Unit, April 2002.