

Un SIS rediseñado para la salud de los más pobres

4 de abril de 2018

En el Perú son muy pocas las veces en que unos suman sobre lo que otros hicieron antes. Lo común es agarrar una 'idea genial' y arrancar de cero. Esto es especialmente grave en la administración pública, en la que la rotación de ministros y otros es altísima. Además, tenemos dos agravantes, no hay una base profesional debajo de los cargos políticos que den continuidad a las políticas públicas, y en el caso de los ministerios, cada ministro ingresa a ver que hace, los partidos de gobierno carecen de un plan de trabajo detallado que se alcance a cada nuevo ministro.

Nunca hemos entendido que en la gran mayoría de los casos se deben mejorar los procesos. Hace décadas, los japoneses enseñaron al mundo como ser más eficientes y efectivos, mejorando productos y procesos. **Kaizen** (改善), mejora o 'cambio bueno' en japonés, traducido habitualmente como 'mejora continua', es el nombre de un método exitoso de gestión de la calidad, (de Wikipedia).

La educación y la salud, son las dos debilidades más importantes en nuestra sociedad. Y los ministerios encargados de su gestión tienen un nivel de rotación que hace imposible mantener una dirección y mejorar los resultados. En el caso de educación, desde **Lampadía**, y luego en el último CADE, propusimos celebrar un '[Pacto Social por la Educación](#)', que marcara una línea de mejora sostenible para el esfuerzo de todos los involucrados.

El caso de salud es aún más clamoroso, pues la deficiencia de su servicio malogra la calidad de vida de los peruanos, y muchas veces determina el fallecimiento innecesario de muchos ciudadanos. Peor aún, teniendo niveles muy malos de servicio, cometemos el crimen de no mantener e imitar los buenos desarrollos. Este es el caso, por ejemplo, de los [hospitales de Essalud desarrollados mediante Asociaciones Público Privadas \(APPs\) de 'bata blanca'](#), Alberto Leopoldo Barton Thompson y Guillermo Kaelin de la Fuente. En vez de repetir el modelo, se le critica malamente, por intereses de parte, y hasta se les sabotea. La salud no importa, primero están las exigencias de los servidores de salud.

Todos hemos sido testigos de las dificultades que se presentaron en el Seguro Integral de Salud (SIS), hace algunos meses. Pues, hoy, podemos decir que a diferencia de nuestras malas costumbres, se ha hecho una reingeniería del SIS, que permite esperar un sistema adecuado y operativo en todo el país para fines de año.

El siguiente artículo de Moisés Rosas, Ex Jefe Institucional del SIS, describe el proceso. Curiosamente, después de rediseñar el SIS, ya puesto en práctica en 12 regiones, Moisés Rosas fue defenestrado por el ministro Abel Salinas. ¿Qué pasará con el último cambio de ministro? ¿Se hará otra reingeniería? Estaremos atentos. **Lampadía**

Un Nuevo SIS para diciembre 2018

**Moisés Rosas, Ex Jefe Institucional del SIS
Para Lampadía**

¿Es posible tener un SIS que financie un modelo de atención primaria, descongestionando los hospitales, fortaleciendo el primer nivel de atención, y garantizando que todos los asegurados reciban las medicinas y tratamientos sin pagar de su bolsillo, para diciembre de este mismo año? La respuesta es SI.



Desde sus inicios en 1997, con el nombre de Seguro Escolar Gratuito (SEG), el sistema de aseguramiento público subsidiado, ahora llamado Seguro Integral de Salud (SIS), ha saturado gradualmente los hospitales públicos y ha atrofiado los establecimientos del primer nivel de atención, en un proceso que ha durado casi 20 años. La crisis hospitalaria, por un lado, y la pauperización del primer nivel, por otro, son manifestaciones de la misma enfermedad: la impericia del estado en usar el SIS como un modelador efectivo de la oferta de salud.

Y es que, debido a la metodología con la que el SIS pagaba las atenciones que brindaban los establecimientos de salud, el propio SIS generó fuertes incentivos financieros para que sus asegurados terminasen referidos hacia los hospitales, sobrecargándolos, saturándolos y aumentando sus requerimientos de financiamiento sin que ello se haya traducido en mejor atención, lo que, a su vez, restaba recursos que deberían haber sido destinados al primer nivel de atención.

Por otro lado, la metodología que empleaba para controlar y auditar las atenciones desfinanciaba y perjudicaba a los establecimientos, ya que les imponía -de manera innecesaria- fuerte carga financiera y operativa: cuando miles de atenciones eran auditadas y observadas electrónicamente, los establecimientos debían subsanarlas presentando reconsideraciones documentarias (físicas), lo que generaba enormes cuellos de botella, excediendo a su vez la capacidad de revisión de los expedientes por el propio SIS, con pagos ("deudas") que podían demorar años, desfinanciando los hospitales y generando malestar y frustración porque afectaba sus procesos logísticos y la propia atención de los pacientes. Ello también llevaba a tercerizar servicios hacia el sector privado a pesar que existía oferta en el sector público, lo que a su vez generaba deudas en todo lado, y corrupción.

Pero hablamos en tiempo pasado porque, luego de un proceso de reingeniería efectuado con perfil bajo entre junio y diciembre 2017, sobre la base de los resultados extraordinarios de una experiencia piloto previa que duró un año, el SIS ha rediseñado completamente los procesos de administración de riesgo financiero, invirtiendo los incentivos perversos del modelo previo, para que, gradualmente, el primer nivel de atención se fortalezca, los hospitales se descongestionen, la atención sea integral y los pagos de bolsillo sean cada vez menos frecuentes. Por otro lado, también se han rediseñado los procesos de administración de riesgo operativo, de manera que el control y auditoría de las prestaciones sean simples, pero eficientes y poderosos, sin sobrecargar a los hospitales, combatiendo desde el diseño la corrupción en diferentes niveles. Todo ello les dará la estabilidad financiera que necesitan, independientemente de si hay incrementos presupuestales. Por supuesto, ello también le dará estabilidad financiera al propio SIS, que con ello ha comenzado a funcionar como una administradora de riesgo, algo que el país necesitaba hace años.

Esta importante reforma, denominada "Reingeniería del SIS", simplifica los procesos y brinda a los prestadores mayor cantidad de recursos y flexibilidad en su uso, siempre que cumplan con 2 requerimientos simples pero concretos: no les cobren a los asegurados, y que usen el financiamiento del SIS principalmente para fortalecer la oferta pública. Además, ofrece recursos adicionales a las regiones que logren metas graduales de eficiencia.

La Reingeniería del SIS, que ya está vigente en 12 regiones —incluidas Lima y Callao— desde el 01 enero 2018, y que entrará en vigencia en otras 16 regiones a partir de 01 abril 2018, ha significado un esfuerzo institucional sin precedentes, que se ha efectuado lejos de la prensa, por tratarse de un tema extremadamente complejo y técnico. Cambiar el paradigma que se mantuvo por 16 años no ha sido fácil, y se han discutido los aspectos técnicos del nuevo modelo —en más de 40 reuniones técnicas— con los prestadores de todo el país. Luego de las vacilaciones propias de cuando se comienza algo nuevo, se ha llegado al consenso que esta integración de los modelos de financiamiento, atención y control prestacional es el camino correcto, y se ha logrado la aceptación y firma de gobernadores, directores regionales y de hospitales, redes y microrredes, luego de incorporar diversas observaciones, aportes y comentarios.

Una condición fundamental solicitada por las regiones participantes ha sido que el SIS transfiera todas las obligaciones pendientes de pago antes de firmar los nuevos convenios. Por ello, en febrero de 2018, el SIS transfirió a todos los establecimientos del país los pagos pendientes desde 2009 a diciembre 2017, y adicionalmente, les adelantó recursos financieros para 3 a 4 meses para que compren medicamentos e insumos, y puedan normalizar gradualmente su abastecimiento. En cuanto a las transferencias pendientes por reconsideraciones, estas se efectuarán en cuanto se cuente con los resultados de auditoría.

Tal como explicamos en nuestra presentación ante la Comisión de Salud del Congreso de la República el 23 de agosto de 2017, un aspecto fundamental de la Reingeniería del SIS, es que el SIS ahora contrata y paga redes integradas de establecimientos —ya no establecimientos individuales. En el nuevo modelo que ya está en operación, las redes son responsables de manera conjunta por la atención de los asegurados. Ello hace que la atención y el financiamiento no se fragmenten aún más, y, por el contrario, se integren gradualmente. Sin embargo, el proceso de deterioro de la oferta pública que ha tomado 20 años en acentuarse no puede arreglarse completamente de la noche a la mañana, y se estima que los primeros resultados serán percibidos por la población en 6 meses, con resultados claros sobre la satisfacción pública este fin de año.

Todo un nuevo SIS para diciembre 2018. Sin embargo, para que ello se dé, es indispensable que se sigan los procesos de acuerdo con lo previsto en la reingeniería y se gestionen de manera correcta muchos cambios que se avecinan. La gestión del nuevo modelo será un reto tan grande como el haber diseñado e implementado la Reingeniería del SIS. [Lampadia](#)