

# Fortalecimiento de las oficinas de atención al asegurado del Seguro Integral de Salud – SIS

## Strengthening of the insured's attention offices of the comprehensive health insurance

José Cabrejos-Pita<sup>1</sup>, Luc Geysels<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú a través del Seguro Integral de Salud - SISTEC. Lima, Perú.

An Fac med. 2019;80(2):229-33 / DOI: <https://10.15381/anales.802.15782>

### Correspondencia:

José Cabrejos-Pita  
pepe1803@gmail.com

**Recibido:** 29 de enero 2019

**Aceptado:** 17 de febrero 2019

**Publicación en línea:** 28 de junio 2019

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

**Fuente de financiamiento:** Agencia Belga de Desarrollo

**Citar como:** Cabrejos-Pita J, Geysels L. Fortalecimiento de las oficinas de atención al asegurado del Seguro Integral de Salud – SIS. *An Fac med.* 2019;80(2):229-33. DOI: <https://10.15381/anales.802.15782>

### Resumen

Hasta la década pasada, el derecho a la salud de los peruanos estuvo restringido por barreras de acceso y débiles mecanismos de cautela. El 2009 se instituyó la Política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS). El 2013 se dispuso la implementación de oficinas de atención al asegurado (OAA) del Seguro Integral de Salud (SIS), para velar por el cumplimiento del acceso, calidad y gratuidad de las atenciones a sus afiliados. Entre el 2015 y 2018, el SIS y el Programa SISTEC ejecutaron un proyecto en 5 regiones del país que contribuyó al fortalecimiento de los procesos de atención al asegurado. El proyecto ha generado evidencia sobre la contribución de las OAA al AUS. Se requiere consenso y articulación entre las instancias involucradas para la configuración de un sistema para la atención del usuario de servicios de salud y la protección de sus derechos.

**Palabras clave:** Derecho a la Salud; Derechos del Paciente; Defensa del Consumidor; Cobertura Universal de Salud; Seguro de Salud (fuente: DeCS BIREME).

### Abstract

Until the last decade, access barriers and weak mechanisms of caution restricted the right to health of Peruvians. In 2009, the policy of Universal Health Insurance (AUS) was instituted. In 2013, the National Health Insurance Agency (SIS) Offices for health insurance consumer assistance (OAA) were set up to ensure compliance with the access, quality and gratuity of care for its affiliated. Between 2015 and 2018, the SIS and the SISTEC Program executed a project in five regions of the country that contributed to the strengthening of processes of assistance to the affiliated to SIS. The project has generated evidence on the contribution of the OAA to the AUS. There is a need for consensus and articulation between the sectorial organizations involved to the configuration of a system for the health consumer assistance and protection of their health rights.

**Keywords:** Right to Health; Patient Rights; Consumer Advocacy; Universal Health Coverage; Insurance, Health (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

El reconocimiento del derecho a la salud es reciente. La constitución vigente consagra el derecho a la protección de la salud; sin embargo, el enfoque programático peruano ha resultado en restricciones al ejercicio de este derecho por barreras de acceso al sistema, mecanismos de exclusión orientados a la contención de costos, así como por un escaso desarrollo de mecanismos de cautela. Esta situación ha afectado particularmente a la población socialmente vulnerable<sup>1</sup>.

El Seguro Integral de Salud (SIS) fue creado el 2002 con el objetivo de administrar fondos para el financiamiento de prestaciones individuales a la población en situación de pobreza y extrema pobreza. Entre el 2013 y 2014 se dispuso la implementación de oficinas de atención al asegurado del SIS (OAA) en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de mayor capacidad resolutoria, como instancias responsables de velar por el cumplimiento del acceso, calidad y gratuidad de las atenciones de salud a sus afiliados.

El 2009 el Estado peruano propuso un enfoque inclusivo basado en el derecho pleno y progresivo de todo residente en el territorio nacional a la seguridad social en salud. En este marco, el 2015 se establecieron los cinco grupos de derechos de las personas usuarias de servicios de salud y el 2016 se modificó el reglamento para la atención de reclamos y quejas de los usuarios de IPRESS, instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) y unidades de gestión de IPRESS (UGIPRESS). En esta norma se reitera la obligación instituida el 2011, de contar con una plataforma de atención al usuario en salud (PAUS) como canal para la tramitación de consultas y reclamos. Sin embargo, más allá de establecer requisitos generales en cuanto a espacio físico, recursos humanos y capacitación, se deja la definición de los procesos de atención y respuesta a cada instancia causante de la insatisfacción.

A diferencia del Perú, sistemas de salud de algunos países en América Latina incorporan mecanismos de participación ciudadana en el marco de la protección del derecho universal a la salud. En Colombia, la Ley 100 (1993) que originó la reforma sanitaria, incluyó el derecho de

los ciudadanos a participar de las decisiones en salud y crea canales de queja ante la insatisfacción por la atención recibida. El sistema único de salud (SUS) creado en Brasil con la promulgación de la nueva Constitución Federal (1988) determina consejos de salud a diferentes niveles de la estructura del sistema que participan de las decisiones en salud, incluidas las relacionadas con el gasto. La “red de participación social del sector salud” puesta en marcha por el Ministerio de Salud de Chile (1995) derivó en la creación de consejos consultivos y de desarrollo constituidos por representantes de usuarios, organizaciones de la comunidad y de los trabajadores de salud, como instancias interlocutoras con la dirección de hospitales y consultorios de atención primaria. En el marco de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud (CNCSS, 2001), México inició la implementación la estrategia del aval ciudadano: persona, grupo o institución académica elegida por su reconocimiento y prestigio social para vigilar el proceso de mejora de los servicios de salud.

## DESARROLLO DEL TEMA

Entre el 2015 y 2018, el SIS y el Programa SISTEC ejecutaron un proyecto en 5 regiones del país (Cajamarca, Huancavelica, Junín, Piura y San Martín) que contribuyó a la mejora de los procesos de atención a la población asegurada del SIS, con énfasis en la prevención de la vulneración de sus derechos. Con el objeto de identificar las lecciones aprendidas más relevantes de esta experiencia, se desarrolló el proceso de su sistematización que incluyó entrevistas a una muestra por conveniencia de funcionarios y representantes del nivel central y desconcentrado del SIS en las regiones Cajamarca y Piura, la Intendencia Macro Regional Norte de SUSALUD, así como funcionarios del Gobierno Regional de Cajamarca y personal de salud de 3 IPRESS de la misma región.

### Metodologías, instrumentos, capacidades que deben desplegarse para fortalecer los procesos de atención al afiliado del SIS

Las oficinas de seguros son dependencias de las IPRESS responsables de la ges-

tión de los expedientes para el pago de las prestaciones por parte de las IAFAS. No cuentan con las condiciones óptimas para la atención al público; sin embargo, asumen en particular la responsabilidad del proceso de afiliación debido a la demanda existente que de otra forma sería absorbida por los canales del SIS, menos asequibles a los usuarios de servicios de salud.

El proyecto consideró la instalación y adecuación física así como equipamiento de OAA en las IPRESS con las que el SIS suscribió convenios de cooperación interinstitucional a partir del 2015, descritas en la tabla 1. El equipamiento se adquirió en base a un estándar, pero teniendo en cuenta necesidades específicas. Producto de este proceso fueron instaladas 14 OAA. En promedio, el espacio físico facilitado por las IPRESS fue de 20 m<sup>2</sup>. Cada OAA requirió una inversión promedio de S/. 59 569 (aproximadamente US\$ 18 000); el acondicionamiento físico y ambientación representó el 52% de la inversión (S/. 31 127/m<sup>2</sup> o S/. 1 556/m<sup>2</sup>), el 29% correspondió a equipos de cómputo (S/. 17 140), el 13% a mobiliario (S/. 7 703) y el 6% restante a equipos de aire acondicionado y televisor (S/. 3 599).

Se definieron también las funciones de las diferentes instancias del SIS para la operación de las OAA, los procesos a desarrollar, así como la conformación y responsabilidades complementarias de su equipo mínimo (Asesor de Servicios, Gestor de IPRESS y Responsable de la OAA). El proyecto facilitó la formulación de un diagnóstico inicial que arrojó evidencia sobre la baja institucionalización de la atención a los asegurados y la protección de sus derechos<sup>2</sup>.

La Gerencia del Asegurado del SIS (GA) inició un monitoreo continuo y análisis de reportes que posibilitó la identificación y la mejora de algunos procesos críticos<sup>3</sup>:

- a. **Fortalecimiento de competencias del personal del SIS:** se organizó un programa de inducción para el personal de las OAA y se ejecutaron actividades de capacitación sobre los procesos de la GA y de fortalecimiento de competencias para la atención al usuario (habilidades blandas).
- b. **Optimización y automatización en línea del registro de atenciones:** actividad clave desde que el SIS carece de un instrumento que le permita: i)

Tabla 1. Oficinas de atención al asegurado implementadas en el SIS con apoyo del Programa SISTEC entre los años 2015 y 2018.

Nombre del Hospital	Región	Área (m <sup>2</sup> )	Inversión (S/.)	Firma de convenio	Inicio de actividades
Hospital de Emergencias Pediátricas	Lima	18 m <sup>2</sup>	25 110 00	3 julio 2014	Junio 2014
Hospital de Apoyo María Auxiliadora	Lima	20 m <sup>2</sup>	106 829 32	14 mayo 2015	15 marzo 2016
Hospital de Huaycán	Lima	20 m <sup>2</sup>	90 866 35	02 julio 2015	27 junio 2016
Hospital II-1 Juanjuí	San Martín	7 m <sup>2</sup>	40 445 00	21 julio 2015	01 diciembre 2015
Hospital II-1 Tocache	San Martín	20 m <sup>2</sup>	41 237 00	21 julio 2015	01 diciembre 2015
Hospital Regional de Cajamarca	Cajamarca	18 m <sup>2</sup>	45 181 73	30 junio 2015	octubre 2015
Hospital Jose Soto Cadenillas – Chota	Chota	13,25 m <sup>2</sup>	32 328 00	30 junio 2015	28 diciembre 2015
Hospital de Santa María de Cutervo	Cutervo	18 m <sup>2</sup>	73 104 49	30 junio 2015	28 diciembre 2015
Hospital General de Jaén	Jaén	50 m <sup>2</sup>	45 736 00	30 junio 2015	01 diciembre 2015
Hospital de la Amistad Perú Corea	Piura	12,84 m <sup>2</sup>	50 537 59	30 junio 2015	28 diciembre 2015
Hospital de Apoyo II – Sullana	Piura	22 m <sup>2</sup>	88 975 39	21 julio 2015	15 agosto 2016
Hospital de Pampas – Tayacaja	Huancavelica	18 m <sup>2</sup>	68 258 00	02 julio 2015	01 diciembre 2015
Hospital Félix Mayorca de Tarma	Junín	18 m <sup>2</sup>	38 986 00	30 junio 2015	01 diciembre 2015
Hospital D. A. Carrión – Huancayo*	Junín		5 220 00		
Hospital Regional de Huancavelica	Huancavelica	23 m <sup>2</sup>	86 377 00	15 agosto 2016	01 abril 2017
Hospital de Satipo**	Junín	12 m <sup>2</sup>	11 465 35	1 agosto 2017	
TOTAL			869 367 22		

\* Corresponde sólo a la instalación de un módulo móvil de informes

\*\*Aún en implementación.

Fuente: Documentación administrativa del Programa SISTEC e informes de gestión de las OAA – GA.

recoger información homogénea y sistematizable, ii) clasificar y cuantificar de manera correcta las atenciones realizadas y iii) compartir información con los gobiernos regionales, UGIPRESS e IPRESS para una toma rápida de decisiones en diferentes niveles de gestión. Ello requirió la revisión y mapeo de los procesos vigentes de la GA y generó un formato único de registro para todos los canales de atención a sus asegurados (FURA).

c. **Señalización de las OAA** e implementación con un “paquete de bienvenida”.

d. **Diseño e implementación de un “kit de empoderamiento”**: el proyecto apoyó en el diseño e implementación de un kit que contiene material educativo y lúdico para el desarrollo de técnicas participativas en información, educación y comunicación orientadas a usuarios de servicios de salud y población en general.

#### Rol de las OAA en el marco del AUS

El proyecto generó evidencia sobre la contribución de las OAA en la implementación de la política de AUS. En particular en relación a:

#### 1. Proceso de afiliación:

- Las OAA facilitan la afiliación al SIS de la población con menor acceso a servicios y sin seguro de salud que acuden a los hospitales, posibilitando su atención o garantizando la continuidad de la misma y reduciendo su riesgo de gasto catastrófico.
- Las OAA brindan información y promueven la afiliación ciudadana a los regímenes de financiamiento subsidiado o semicontributivo de aseguramiento según corresponda.

#### 2. Protección de los derechos en salud de los afiliados del SIS, a través de dos acciones:

- Una acción reactiva para la resolución rápida de problemas relacionados al proceso prestacional. Las OAA, a través de los Gestores de IPRESS, desarrollan y potencian acciones orientadas a preservar el derecho de los afiliados al SIS cuando este se ha vulnerado.
- Una acción preventiva a través de sesiones informativas grupales e individualizadas dirigidas a usuarios internos y externos de los servicios de salud con el objeto de reducir asimetrías de información respecto a los procesos del SIS y derechos y responsabilidades en salud.

#### 3. Mejora de la experiencia del usuario de servicios de salud:

si bien se requiere mayor análisis, se ha evidenciado que las OAA generan una percepción de protección al usuario de servicios de salud. Ello podría contribuir a una mejora en la experiencia que se encuentra relacionada a una mayor adherencia a los servicios de salud; y por tanto, a mejores resultados sanitarios<sup>4,5</sup>.

El rol de las OAA descrito líneas arriba guarda correlación con los motivos más frecuentes de atención a los usuarios de servicios ambulatorios de las IPRESS donde se ubican las OAA: consulta sobre el estado la afiliación (49%), afiliación (23%), presentación de un reclamo (10%). En principio, los reclamos presentados por los usuarios en las OAA están relacionados a insatisfacciones atribuibles a los procesos de atención o a acuerdos con la clasificación socioeconómica en el padrón general de hogares del SISFOH (lo que impide su afiliación al régimen de financiamiento subsidiado).

En algunas IPRESS la presentación de un reclamo constituye la primera causa de atención en las OAA, resultado que expresa el alto grado de vulnerabilidad de los derechos en salud de los afiliados

del SIS; sin embargo, en contraste con los hallazgos previamente descritos, el número de reclamos, cobros indebidos y devoluciones reportados por la GA en sus informes trimestrales es poco significativo tal como se muestra en la tabla 2. Esta inconsistencia sugiere un registro de información inadecuado o una relativa menor identificación de las OAA como instancia que afronta activamente la vulneración de los derechos de los usuarios de servicios de salud (normativamente bajo responsabilidad de las PAUS).

A diferencia del Perú, países como Colombia y México han desarrollado sistemas únicos para la atención de los usuarios de servicios de salud y la protección de sus derechos (Sistema de Información y Atención al Usuario y Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud, respectivamente). Mientras que los modelos peruano y colombiano promueven una participación tutelada y no se preocupan por fortalecer la posición de la población frente a la oferta de servicios; el modelo mexicano promueve el empoderamiento ciudadano.

### Valoración de las OAA

En las instancias desconcentradas del SIS la valoración de las OAA es positiva. Por un lado, se considera que las OAA han permitido la implementación de acciones

orientadas al respeto de los derechos de los usuarios; y por otro, se estima como importante la información que puede obtenerse directamente de la población usuaria de los servicios de salud. Por ello, consideran que la estrategia de las OAA es potencialmente sostenible y debe ser extendida en el nivel nacional. Esta valoración a nivel de la alta dirección del SIS ha sido inestable debido a la constante renovación de los equipos de gestión; en particular luego de su crisis institucional en octubre del 2016, por lo que se hace menos evidente una posición sólida respecto a su extensión y sostenibilidad.

A nivel de las IPRESS y sus instancias administradoras, la percepción es variable; en muchos casos se valora a las OAA como instancias con mayor capacidad para la atención al usuario, fundamentalmente para el desarrollo de los procesos de afiliación y protección de los derechos de los asegurados. Para algunos funcionarios de las direcciones regionales de salud, la presencia de OAA y PAUS no sólo es ineficiente, sino que también afecta la propia atención a los usuarios de los servicios de salud debido a la confusión de roles y conflictos entre ambas instancias. También se identifica que algunos directores y equipos de las IPRESS que cuentan con OAA, particularmente de aquellas que muestran mayor riesgo de vulneración de los derechos de los usuarios de servicios de salud, las distinguen como órganos fiscali-

zadores del SIS y por tanto muestran una posición negativa hacia ellas. En relación a ello, se reconoce el riesgo que las IPRESS no renueven los convenios de cooperación interinstitucional para la instalación y funcionamiento de las OAA dada la corta temporalidad de los mismos (3 años) y el cambio frecuente de los directores médicos de las IPRESS.

### CONCLUSIONES

La experiencia en la operación de las OAA ha permitido un cambio paradigmático en el modelo de atención a la población afiliada del SIS; de uno basado en la administración burocrática y el cumplimiento de sus procesos institucionales, a otro centrado en el asegurado como ciudadano sujeto de derechos. En este sentido, antes de la implementación de las OAA, los asegurados del SIS no podían distinguir entre esta institución como IA-FAS, de los establecimientos donde recibían las prestaciones. Se han identificado como facilitadores de ese nuevo paradigma a la propia demanda ciudadana, la cercanía física de estas instancias del SIS a los usuarios de servicios de salud, y la posibilidad de dar una respuesta rápida a la necesidad percibida sobre todo en el caso de la afiliación.

De igual forma, se han identificado factores que lo dificultan: débil proceso

Tabla 2. Producción de las oficinas de atención al asegurado implementadas en el SIS con apoyo del Programa SISTEC, 2016-2018 (segundo trimestre).

Nombre del hospital	Región	Atenciones	Afiliaciones	Cobros indebidos identificados	Devoluciones
Hospital de Emergencias Pediátricas	Lima	48 044	6 079	15	8
Hospital de Apoyo María Auxiliadora	Lima	50 830	10 419	11	5
Hospital de Huaycán	Lima	53 074	6 366	0	0
Hospital II-1 Juanjuí	San Martín	6 232	2 201	1	1
Hospital II-1 Tocache	San Martín	13 254	3 231	12	12
Hospital Regional de Cajamarca	Cajamarca	14 185	3 277	80	67
Hospital Jose Soto Cadenillas – Chota	Chota	12 080	619	19	4
Hospital de Santa María de Cutervo	Cutervo	19 094	1 973	6	6
Hospital General de Jaén	Jaén	10 415	2 036	29	7
Hospital de la Amistad Perú Corea	Piura	19 438	2 849	33	2
Hospital de Apoyo II – Sullana	Piura	18 916	999	1	0
Hospital de Pampas – Tayacaja	Huancavelica	12 281	1 625	16	12
Hospital Félix Mayorca de Tarma	Junín	19 650	6 536	29	34
Hospital Regional de Huancavelica	Huancavelica	8 316	2 159	9	8
TOTAL		305 809	50 369	261	166

Fuente: Informes de gestión de las OAA – GA, 2016 – 2018 (segundo trimestre).

de inducción y capacitación a los trabajadores de la OAA; pobre acompañamiento y asistencia técnica por parte de las UDR, GMR y GA del SIS; registros inadecuados y pobre cultura de gestión de la información producida por las OAA; inestabilidad institucional del SIS respecto a la extensión y sostenibilidad de las OAA; y la duplicidad de funciones y confusión de roles con otras oficinas a cargo de la atención al usuario de servicios de salud y la protección de sus derechos, en particular, a partir de la creación de las plataformas de atención al usuario de servicios de salud (PAUS).

Aunque la gestión de la información relacionada a la atención de los asegurados del SIS es débil, se considera como muy importante que la UDR comparta esta información con los funcionarios regionales con el objetivo de acordar acciones para reducir el riesgo de vulneración de los derechos de sus asegurados. Si bien algunas UDR obtienen los datos manualmente a partir de los registros de las OAA, aún es necesario establecer y normar los procedimientos para hacerlo.

Se ha identificado duplicidad de funciones y confusión de roles entre las OAA y las PAUS. El personal del SIS, tanto en el nivel central como en el regional y local, perciben que las PAUS son instancias nacientes y heterogéneas en cuanto a procedimientos y recursos, lo que dificulta el cumplimiento de las funciones encargadas y los estándares definidos para la atención a la ciudadanía. La generación de un nuevo espacio físico en las IPRESS para desarrollar procesos complementarios de atención a la ciudadanía, sin un aprendizaje previo de lo experimentado por el SIS, es percibido como ineficiente e innecesario considerando que los recursos públicos son limitados. Frente a ello, surge la oportunidad de analizar la necesidad de un sistema único para la atención de los usuarios de servicios de salud y la protección de sus derechos, que incluya, además, mecanismos efectivos de participación ciudadana<sup>6,7,8</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quijano-Caballero O, Munares-García O. Protección de derechos en salud en el Perú: experiencia desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(3):529-34. DOI: 10.17843/rp-mesp.2016.333.2303
2. Reategui A. Análisis y documentación de la experiencia: Fortalecimiento de las Oficinas de Atención del Asegurado SIS. Lima: Programa SISTEC - Cooperación Técnica Belga; 2017.
3. Jhusey D, Torres C. Medición del efecto de los servicios de las Oficinas de Atención del Asegurado del SIS. Lima: Programa SISTEC - Cooperación Técnica Belga; 2016.
4. Browne K, Roseman D, Shaller D, Edgman-Levitan S. Analysis & commentary. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29 (5):921-925. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0238
5. George AS, Branchini C, Portela A. Do interventions that promote awareness of rights increase the use of maternity care services?. A systematic review. *PLoS One*. 2015;10(10): e0138116. DOI: 10.1371/journal.pone.0138116
6. De Roux G. Participación y Cogestión de la Salud. *Educ Med Salud*. 1993;27(1):50-60.
7. Frisancho A, Goulden J. Right-based approaches to improve people's health in Peru. *Lancet*. 2008;372(9655):2007-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61785-7
8. Gobierno Regional de La Libertad. Avaluos Liberteños: Defendiendo la salud. Experiencia exitosa regional en el marco del eje de trabajo de evaluación participativa de la política regional de salud. En: Sistematización de experiencias en promoción de la salud II. Lima: Ministerio de Salud; 2014.