

Oficina Internacional del Trabajo – Oficina Panamericana de la Salud

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

ESTUDIO DE CASO

**Seguro del Agricultor
Distrito de Sama – Las Yaras**

Tacna - Perú

*Elaborado por:
IPES – Instituto de Promoción de la Economía Social*

*Lima, Perú
Julio 1999*



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de la Seguridad Social**

PRESENTACIÓN

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevan adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud de la población excluida en América Latina y el Caribe.

Dentro de esta iniciativa se realizará una reunión del 29 de noviembre al 01 de diciembre 1999 en México sobre "La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de la población en América Latina y el Caribe". Uno de los objetivos de la reunión es discutir experiencias emprendidas por los sistemas de seguridad social y por otros sectores de la sociedad, orientadas a promover el acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.

En el marco de esta iniciativa, el Programa "Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza" (STEP) del Departamento de Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha realizado una serie de estudios de caso de sistemas de micro-seguros de salud. Dichos estudios de caso tienen como objetivo, entre otros, proveer material de base para el desarrollo de la reunión de México. Los mismos constituirán la base de un análisis de síntesis.

Los estudios de caso han sido realizados y estructurados en base a una Guía Metodológica elaborada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT y la OPS. Copias de esta Guía pueden obtenerse en la sede del Programa STEP en Ginebra.

El caso que hemos estudiado es el "Seguro del Agricultor", desarrollado en el pequeño distrito rural costero de Sama, ubicado en la provincia y departamento de Tacna, a 1,300km al sur de Lima y a menos de 80km de la frontera del Perú con Chile. Este sistema contó con la participación de tres actores importantes: el sector público de salud, la municipalidad distrital y la población organizada, entre los años 1995-1998.

El informe se elabora basándose en las pautas de una guía preparada para este fin por un equipo multidisciplinario de profesionales de OIT y OPS. El trabajo de campo en Tacna fue realizado del 13 al 19 de junio de 1999 y estuvo a cargo del antropólogo Emilio Rojas Rimachi del IPES y el economista Philippe Vanhuynegem de la OIT-Punto Focal del programa STEP (Estrategias y Técnicas contra la Exclusión social y la Pobreza) en el Equipo Técnico Multidisciplinario de los Países Andinos. El informe fue elaborado por Emilio Rojas, e incorporó los valiosos comentarios y observaciones de Philippe Vanhuynegem y el ingeniero Emilio Salomón de IPES.

Queremos agradecer la significativa, generosa y desinteresada colaboración prestada por la siguientes personas para el exitoso cumplimiento de nuestra misión:

-Dr. Renán Neyra	Ministerio de Salud/Región de Salud de Tacna/Director de Servicios Periféricos.
-Dra. Morayma Salazar	Médico-Jefe del Puesto de Salud de Sama
-Enf. Giovanna Rospigliosi	Enfermera del Puesto de Salud de Sama
-Sr. Wilson Bertolotto	Alcalde distrital de Sama
-Sr. Arturo Cahuana	Asesor del Alcalde distrital de Sama
-Sra. Milena Caqui	Secretaria Técnica - Programa de Servicios de Salud Primaria de la Municipalidad distrital de Sama.
-Sr. Carlos Meléndez	Contador de la Municipalidad distrital de Sama

Finalmente, de modo especial, a los pobladores de Sama que participaron con nosotros en las reuniones de trabajo y que nos proporcionaron sus opiniones y aportes.

INDICE

I.	Introducción	6
II.	Descripción resumida del sistema de seguro de salud	8
III.	Contexto en que funciona el sistema de seguro de salud	13
	1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS.....	13
	2. Aspectos económicos	14
	3. Aspectos sociales	17
	4. Indicadores de salud	18
	5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social ...	21
	6. Oferta de atención médica	23
	7. Protección social en materia de salud	24
IV.	Puesta en marcha del sistema de seguro de salud	27
	1. Origen del SIS	27
	2. Etapas de la puesta en marcha del SIS	30
	2.1 Identificación de necesidades y definición de los objetivos ...	30
	2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera	31
	2.3 Información del grupo destinatario	31
	2.4 Inicio de las actividades.....	31
	2.5 Liderazgo y toma de decisiones	32
	3. Funcionamiento durante el primer ejercicio	32
	3.1 Afiliados y otros beneficiarios	32
	3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	32
	3.3 Financiamiento	33
	3.4 Prestadores de atención médica	35
	3.5 Administración y gestión	36
	4. Asistencia técnica y formación	37
V.	Características del sistema de seguro de salud	38
	1. Grupo destinatario y beneficiarios	38
	1.1 Grupo destinatario	38
	1.2 Diferentes categorías de beneficiarios	38
	1.3 Número de afiliados, beneficiarios y evolución.....	39
	1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado	40
	1.5 Penetración del grupo destinatario	40

2.	Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS	40
2.1	Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	40
2.2	Pago de las prestaciones	42
2.3	Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios	43
3.	Aspectos financieros del funcionamiento del SIS	44
3.1	Fuentes de financiamiento del SIS	44
3.2	Costos	47
3.3	Excedentes y distribución de los excedentes	48
3.4	Fondos de reserva	48
4.	Prestadores de atención médica	48
4.1	Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS	48
4.2	Relaciones entre los prestadores y el SIS	49
4.3	Pago a los prestadores	51
5.	Administración y gestión del SIS	52
5.1	Estatutos y reglamentos	52
5.2	Organización de la gestión del SIS	52
5.3	Carácter democrático y participativo de la gestión	53
5.4	Gestión de las disponibilidades	54
5.5	Sistema de información e instrumentos de gestión	54
5.6	Función de control	55
5.7	Distribución de funciones	56
5.8	Equipamiento e infraestructura	59
6.	Actores en relación con el SIS	59
6.1	Estructuras de reaseguro y fondos de garantía	59
6.2	Estructuras de asistencia técnica	59
6.3	Movimientos sociales y organizaciones de la economía social	60
6.4	Otros actores	60
VI.	Indicadores de funcionamiento del sistema de seguro de salud	61
1.	Dinámica de afiliación	61
2.	Utilización de servicios	62
3.	Financiamiento y situación financiera	63
4.	Participación de los afiliados	64
VII.	Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro de salud	65
1.	Procesos de evaluación	65
2.	Punto de vista de los responsables	65
-	El período 1995-1997: el CLAS-PS Sama Las Yaras	65
2.1	Puesta en marcha del SIS	65
2.2	Dinámica de afiliación	66
2.3	Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores	67
2.4	Pago de las cotizaciones	67
2.5	Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios	67
2.6	Gestión de los riesgos vinculados con el seguro	67
2.7	Fraudes	67

2.8	Administración y la gestión	67
2.9	Relaciones entre el Estado y las colectividades locales	68
2.10	Funcionamiento global	68
-	El período 1998: la Municipalidad distrital	68
2.11	Dinámica de afiliación	68
2.12	Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores	69
2.13	Pago de las cotizaciones	69
2.14	Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios	69
2.15	Gestión de los riesgos vinculados con el seguro	69
2.16	Fraudes	70
2.17	Administración y la gestión	70
2.18	Relación entre el estado y las colectividades locales	70
2.19	Funcionamiento global	70
3.	Punto de vista de los beneficiarios	70
4.	Punto de vista de los prestadores de atención médica	70
VIII.	Conclusiones	72
Anexo N° 1	Lista de Control	75
Anexo N° 2	Disponibilidad y calidad de la información	81
Anexo N° 3	Lista de Cuadros	82
Anexo N° 4	Lista de Siglas y Abreviaturas	85
Anexo N° 5	Documentación del Seguro del Agricultor bajo la gestión del CLAS-P.S. Sama-Las Yaras	86
Anexo N° 6	Documentación del Seguro del Agricultor bajo la gestión de la Municipalidad distrital de Sama-Las Yaras	116

I. Introducción

El sistema que estudiamos aquí es el "Seguro del Agricultor", iniciativa generada en el distrito rural costeño de Sama -Las Yaras, ubicado en el valle del río Sama en la provincia de Tacna, en el departamento del mismo nombre, ubicado a 1,300 Km. al sur de Lima y a aproximadamente 75 Km. de la frontera del Perú con Chile.

El período en que surge este micro-seguro es el de una transición de las políticas nacionales de salud, que pasan de estar ubicadas como una de las estrategias de focalización del gasto público para el combate contra la pobreza hacia un nuevo marco donde la mejora de la equidad en el acceso a los servicios de salud para toda la población (principalmente la de más bajos ingresos), así como el incremento de los niveles de eficacia, eficiencia y calidad de estos servicios constituyen los desafíos principales. Al interior de estas nuevas políticas, la generación de mecanismos de participación de la población en la gestión local de la salud en el nivel primario es de importancia central.

Esta experiencia articula a tres actores locales: el Comité Local de Administración de Salud (CLAS)¹ ligado al Puesto de Salud (P.S., nivel operativo primario estatal de prestación de servicios de salud), la Municipalidad distrital de Sama-Las Yaras y la población organizada del distrito (en especial mujeres agrupadas en organizaciones de subsistencia alimentaria y pequeños productores agropecuarios). Esta articulación tiene como base un convenio de cooperación entre el CLAS-PS y la Municipalidad distrital de Sama, donde se expresan los compromisos comunes e individuales. La participación de la población local es canalizada a través del CLAS-PS.

El "Seguro del Agricultor" cubre beneficios de atención primaria en salud (consultas, curaciones, medicinas y evacuación - transferencia a niveles mayores de atención). Sus destinatarios son, inicialmente, los trabajadores agrícolas más pobres del distrito, extendiéndose rápidamente al conjunto de la población del mismo, observándose incluso réplicas de la experiencia en localidades vecinas durante el mismo período en que ésta funciona (el anexo del distrito de Sama denominado Vila Vila, en el litoral tacneño y el distrito vecino de Ite, en la provincia de Jorge Basadre, del mismo departamento de Tacna).

Este micro-seguro se inicia en 1995 y tiene dos etapas: la primera, hasta 1997, en que es administrado por el mismo prestador local de servicios de salud primaria, es decir, el CLAS-PS Sama-Las Yaras; la segunda, durante 1998, donde se convierte en un Programa de Servicios de Salud Primaria de la Municipalidad distrital de

¹ El CLAS es una asociación entre el sector estatal responsable de la salud y la población organizada en el ámbito local (vecinal, distrital o multidistrital) para formular, gestionar y evaluar la ejecución de planes locales de salud que atiendan las necesidades de salud de la población en el nivel primario. Tiene personería jurídica como asociación civil. Corresponde al modelo de administración compartida en salud adoptado por las políticas nacionales en este campo desde 1994.

Sama, quedando el CLAS-PS exclusivamente como prestador de servicios de salud, incorporándose además un nuevo prestador. En el presente año no se han renovado aún los convenios que estuvieron vigentes hasta diciembre de 1998 entre la Municipalidad y los prestadores de servicios de salud. Sin embargo, las partes involucradas han realizado algunas coordinaciones con el propósito de recuperar el servicio, sin que, hasta la fecha de realización del estudio, encontremos resultados en esa dirección².

² La Municipalidad ha enviado oficios a diversos prestadores solicitando sus tarifas, obteniendo respuestas de dos de ellos. Además ha preparado borradores de convenio con los prestadores.

II. Descripción resumida del sistema de seguro de salud

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una visión resumida del SIS, a través de la presentación de sus características generales, lo que ayudará al lector a entender y analizar la información contenida en el resto del estudio.

1. Nombre del sistema de seguro: **Seguro del Agricultor**
2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente):
 - **1995-1997: CLAS – Puesto de Salud Sama Las Yaras;**
 - **1998: Municipalidad distrital de Sama Las Yaras**
3. Dirección de la sede social del SIS:
 - **CLAS – Puesto de Salud Sama Las Yaras: Av. Los Héroes s/n, distrito de Sama – Las Yaras, provincia y departamento de Tacna, Perú**
 - **Municipalidad distrital de Sama Las Yaras: Av. Las Palmeras 101, Fono: +51.44.684.017, distrito de Sama, provincia y departamento de Tacna, Perú**
4. Fecha de creación del SIS (Concepción): **Diciembre 1994**
5. Fecha de inicio de las actividades del SIS (pago de las primeras prestaciones): **Marzo 1995**
6. Fecha de creación de la organización responsable del SIS (Si la misma fuera diferente de la fecha de creación del SIS):
 - **CLAS – Puesto de Salud Sama Las Yaras: Octubre 1994**
 - **Municipalidad distrital de Sama Las Yaras (creación del distrito): Enero 1820**
7. Organización responsable del SIS:
 - asociación
 - organización mutualista
 - organización cooperativa
 - otro tipo de organización comunitaria
 - prestador de servicios de salud con fines de lucro
 - prestador de servicios de salud sin fines de lucro: **CLAS-PS: 1995-1997**
 - sindicato
 - otros: **Municipalidad distrital: 1998**
8. Personería jurídica del SIS:
 - Posee:
 - No posee

9. Otras actividades de la organización responsable del SIS:

- ninguna
- seguro de fallecimiento
- prevención, educación para la salud
- seguro de invalidez
- ahorro y crédito
- pensión
- actividades de tipo sindical
- educación/alfabetización
- otras formas de seguro: objeto
- otros servicios sociales: objeto
- otras actividades: **Municipalidad distrital:**
 - **Planificación del desarrollo distrital**
 - **Servicios básicos: agua, electrificación, saneamiento, limpieza pública, y infraestructura**

10. Tipo de afiliados:

- personas a título individual
- grupos
- otros

11. Beneficiarios:

- familia
- otras personas a cargo
- personas indigentes
- otros

12. Adquisición del carácter de afiliado:

- voluntario
- automático
- obligatorio

13. Número actual de afiliados del SIS clasificados por edad:

Cuadro N°1: Número de afiliados del SIS en 1998 por sexo según categorías

Categoría/sexo	Hombres	Mujeres	Total
Activos	45	30	75
Jubilados	5	3	8
Total	50	33	83

Fuente: Cédulas de Registro y Afiliación al Seguro del Agricultor 1998

14. Número actual de beneficiarios del SIS: (no hay datos referidos a la edad de los afiliados):

Cuadro N°2: Número de beneficiarios del SIS en 1998 por sexo según grupos de edad

Edad/sexo	Hombres	Mujeres	Total
0 –5 años	19	24	43
6 – 18 años	43	37	80
19 - 65 años	26	41	67
Más de 65 años	4	12	16
Total	92	114	206

Fuente: Cédulas de Registro y Afiliación al Seguro del Agricultor 1998

15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS: **Ninguno**

16. Zona residencia de afiliados y beneficiarios:

- Zona rural: Porcentaje aproximado: **43%**
 Zona urbana: Porcentaje aproximado: **57%**³
 Zona peri-urbana

17. Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):

- sin relación entre los afiliados
 miembros de una misma empresa
 miembros de un mismo sector ocupacional
 miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica
 miembros de un mismo grupo étnico
 miembros de una misma cooperativa
 miembros de una misma mutual
 miembros de una misma organización sindical
 miembros de una misma asociación
 otros

18. Situación económica de los afiliados:

85% de afiliados trabajan en el sector informal (incluida la agricultura de subsistencia) (estimación por aproximación).

15% de afiliados que trabajan en el sector formal (estimación por aproximación).

³ Los datos que consignamos son los oficiales (INEI Censo de Población 1993). Sin embargo, de acuerdo a lo que hemos podido observar se trata de un distrito con una población mayoritariamente rural, pero que se ubica en pequeños anexos relativamente concentrados y con infraestructura básica de servicios.

19. Restricciones a la posibilidad de afiliación:

- según edad
- según sexo
- según riesgos de enfermedad
- según lugar de residencia
- según religión
- según raza y/o grupo étnica
- según ingresos
- no pertenencia a una organización particular (empresa , cooperativa, sindicato etc.)
- otros

20. Zona geográfica cubierta por el SIS: **Distrito de Sama, provincia y departamento de Tacna, Perú**

21. Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:

- servicios ambulatorios
- atención hospitalaria (internación)
- medicina especializada
- prevención y promoción de la salud
- farmacia
- atención del parto
- exámenes de laboratorio
- radiología
- vacunaciones
- otros

22. Monto total de prestaciones en el último ejercicio (ultimo año en su defecto):

**S/. 15,290.85 Nuevos Soles (moneda local) por el periodo anual de 1998.
Equivalente en US\$ 5,383.80 (tipo de cambio promedio anual 1US\$ =
S/. 2.84).**

23. Modalidades de financiación del seguro de salud:

- cotizaciones de afiliados
- otras cotizaciones
- contribuciones del Estado (nacional, subnacional, local)
- transferencia de las utilidades (ganancias procedentes) de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS
- contribuciones y subvenciones de otros actores
- rendimiento financiero de las reservas
- otros

24. Tipo de cotizaciones:

- cuota fija diferenciada según la categoría (edad, sexo, etc.) del afiliado
- cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado
- porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado
- porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado
- en relación con los riesgos personales del afiliado
- otros

25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año:

S/.42.00 (equivalente a US\$ 14.78)

26. Prestadores de servicios autorizados:

- sector público nivel **1** número **1**
- sector privado con fines de lucro nivel _____ número _____
- sector privado sin fines de lucro nivel **1** número **1**
- organización responsable del SIS nivel _____ número _____

27. Nivel de participación de los afiliados en la administración:

- gestión democrática por los afiliados (asamblea general)
- gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados
- gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados

28. Proceso de gestión del SIS:

- no asalariados únicamente
- no asalariados y gestores asalariados
- exclusivamente asalariados del SIS
- gestión confiada a una institución pública o privada
- participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones

29. Asistencia técnica:

- se beneficia de asistencia técnica continua
- beneficia de asistencia técnica con carácter periódico
- beneficia de asistencia técnica puntual
- no beneficia de asistencia técnica

30. Participación en un sistema de reaseguro:

- si
- no

31. Participación en un fondo de garantía:

- si
- no

32. Otros actores que desempeñan un papel en el funcionamiento: **No existen**

III. Contexto en que funciona el sistema de seguro de salud

El objetivo de esta parte es presentar una visión del contexto local en el que el SIS desarrolla sus actividades. Se realizan comparaciones de la situación distrital, regional y nacional, así como series temporales, cuando los datos son accesibles.

1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

Según datos del último Censo Nacional de Población y Vivienda realizado (1993), el distrito de Sama-Las Yaras contaba con 2,017 habitantes. Las proyecciones de población para el distrito en 1997, elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), estimaban en 2,311 el número de habitantes. La tasa de crecimiento poblacional del distrito en el año 1993 era de 2.4%, más elevada que la tasa nacional, que se encuentra en el 2.0%, aunque inferior a la tasa de la provincia a la que pertenece (Tacna): 3.6%.

La población del distrito presenta dos rasgos que la diferencian de la media nacional: primero, es una población más "adulta" (41% tiene menos de 20 años, cuando a nivel nacional estos grupos de edad se encuentran ligeramente por encima del 50%) y, segundo, los varones representan un porcentaje algo mayor al de las mujeres (cuando a nivel nacional representan un porcentaje relativamente menor). Este es un rasgo común a la población de la región de Tacna, de acuerdo a las cifras del Censo. En 1993 la distribución de la población del distrito por grupos de edad y sexo era la siguiente:

Cuadro N°3: Sama - Tacna: Población total por sexo según grupos de edad 1993

Edad/sexo	Hombres	Mujeres	Total
0 –4 años	118	95	213 (10.5%)
5 – 19 años	362	267	629 (31.2%)
20 – 64 años	610	436	1046 (51.9%)
Más de 64 años	80	49	129 (6.4%)
Total	1170 (58%)	847 (42%)	2017 (100%)

Fuente: Estadísticas del distrito de Sama INEI-DNEID 1997

La densidad poblacional del distrito (personas por km²) era de 1.75 en 1993 y de 2.01 en 1997. La distribución de la población por área de residencia era: 56.6% en el área urbana y 43.4%⁴ en el área rural, aunque en este caso "urbano" es igual a residencia en un centro poblado menor, relativamente concentrado y con infraestructura urbana mínima. Este es un distrito con un perfil más bien rural en una provincia (Tacna) con un 94% de población urbana en 1996 y con una tendencia al incremento de la población urbana, con una tasa intercensal (1981-1993) del 4.0%, mientras que en la población rural la tasa es del 0.6%.

⁴ De acuerdo a las cifras oficiales del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1993.

El distrito contaba en 1993 con 611 hogares, lo que da un promedio de 3.3 personas por hogar.

Para el período 1988-1993 la tasa de migración neta de la provincia de Tacna fue de 30.8, la tasa de inmigración 51.2 y la de emigración 20.4, lo que la caracteriza como una provincia que atrae población, pero fundamentalmente a la capital de la provincia y del departamento, es decir, la ciudad de Tacna, que constituye un polo importante de actividades de comercio y transformación del sur del Perú, principalmente por su condición fronteriza y las implicaciones históricas, geopolíticas y económicas de tal condición para la ciudad y el conjunto de la región.

2. Aspectos económicos

El departamento de Tacna, a pesar de lo referido anteriormente, tiene una reducida participación porcentual en el Producto Interno Bruto del país, que se encuentra entre el 1.1% y el 1.4% de 1992 a 1996⁵. En la estructura porcentual del PIB constante departamental de 1996 las actividades económicas más importantes son: la explotación minera (28.2%), otros servicios (22.8%), comercio, restaurantes y hoteles (17.7%) y la agricultura (8.9%).⁶

De acuerdo a cifras oficiales⁷ se aprecia una evolución favorable de la economía de la región, ya que a fines de 1995 el PIB se incrementa en un 30% respecto a 1990, a una tasa anual del 5.3% por encima del crecimiento poblacional (3.5%) del mismo período. El PIB per cápita se incrementa, recuperando los niveles en los que se encontraba a fines de la década del 80, pero distante de los niveles promedio de los años 70-80.

Estos cambios se explican en cierta medida por la generación en la periferia de la ciudad de Tacna de uno de los dos CETICOS (Centro de Transformación, Industrialización, Comercialización y Servicios) que tiene el Perú hasta la fecha⁸. Este marco ha impulsado el comercio local de bienes finales importados y un conjunto de servicios de apoyo a negocios (comunicaciones, banca, hoteles, restaurantes, transporte, etc.). Toda esta dinámica opera dejando de lado a actividades extractivas como la agricultura, ganadería y pesca artesanal.

En el ámbito de Sama las actividades económicas fundamentales son: la agricultura, la ganadería y la pesca, ocupando a las 2/3 de su Población Económicamente Activa (PEA). En el caso de la agricultura y ganadería se puede inferir (a partir de

⁵ De acuerdo al *Compendio Estadístico departamental de Tacna 1996-1997 del INEI*.

⁶ *Idem*.

⁷ *Conociendo Tacna. INEI. 1997 (copia)*.

⁸ Los CETICOS son centros de actividades empresariales diversas (concentradas todas ellas en un mismo espacio) que cuentan con un paquete de beneficios comerciales y tributarios que funcionan como incentivo para su emplazamiento y operaciones. Entre otros y particularmente, el régimen de arancel especial (10%), que ha incrementado el comercio exterior y ha convertido a la región en un polo de atracción de inversiones en el sur del Perú.

las cifras sobre la PEA) la importancia de los pequeños productores agropecuarios, a los que le siguen los trabajadores agrícolas asalariados, mientras que en la pesca lo que predomina es el artesanado. En tal sentido, predomina en el distrito la informalidad económica, entendida como la difundida presencia de unidades económicas de pequeña escala de recursos y operación. Las únicas excepciones a esta caracterización las constituyen dos empresas de fabricación de explosivos ubicadas en la parte baja del valle.

En ámbitos así conformados, donde predomina la pequeña producción y/o el trabajo independiente, el desempleo es reducido (alcanza en este caso el 4.5%).⁹

El siguiente cuadro permite una visión de conjunto de la población económicamente activa del distrito, en cuanto a la distribución por condición de actividad, por sector de actividad económica y por categorías ocupacionales dentro de las actividades económicas principales:

Cuadro N°4: Distrito de Sama: Características de la Población Económicamente Activa 1993

1. Distribución de la población de 6 años y más por condición de actividad:

- Población económicamente activa	:	818	
Ocupada	:	781	(95.4%)
Desocupada	:	37	(4.6%)
- Población económicamente no activa	:	944	

2. Distribución de la PEA de 6 años y más por sector de actividad económica:

- Extracción (Agricultura, Pesca)	:	545	(76.4%)
- Transformación	:	39	(5.4%)
- Servicios	:	129	(18.2%)

siendo 364 los vinculados a las actividades de agricultura y ganadería y 181 a la pesca

3. Categorías ocupacionales al interior de las actividades económicas principales:

- Agricultura - Ganadería: patronos 114 (34.4%), trabajadores independientes 120 (36.3%) y obreros 97 (29.3%).
- Pesca: patronos 10 (6.2%), trabajadores independientes 145 (89.5%) y obreros 7 (4.3%).

Fuente: Estadísticas del Distrito de Sama-Tacna INEI-DNEI 1997.

⁹ Como referencia, la tasa de desempleo urbano a escala nacional oscila entre el 7.0 y el 7.9 en el período 1995-1997. No existe medición sistemática y especializada del empleo rural en el Perú.

Podemos entonces ver lo atípico de la conformación demográfico - económica de este distrito: es un distrito más bien rural en una provincia y departamento de predominio urbano; es un distrito agrícola, pecuario y pesquero en un departamento donde la minería, el comercio y los servicios tienen el aporte más significativo a la generación de riqueza.

En la agricultura los principales productos del distrito y del valle del Sama son la alfalfa y el maíz chala, que son cultivos dedicados al forraje para ganado vacuno principalmente; en la actividad pecuaria el producto es la leche y en la pesca la totalidad de la misma se dirige al consumo humano directo, sea fresco, congelado o en conserva.

No existen estadísticas elaboradas (data procesada para su difusión) respecto al gasto de los hogares en el rubro salud para esta zona¹⁰. Como referencia ilustrativa, según cifras de 1997, en el área rural -a escala nacional- el 72.8% de la población que padeció alguna enfermedad o accidente incurrió en gastos de salud. La estructura del gasto de la población en salud dentro del área rural muestra que el 80.6% del mismo corresponde a medicinas, mientras que en el área urbana es de 67.5% lo que corresponde al mismo rubro. De acuerdo a la misma fuente¹¹, el gasto promedio en salud a escala nacional por persona enferma o accidentada en el área rural en 1997 fue de S/. 15.6 (equivalente a US\$ 5.88) mientras que en el área urbana fue de S/. 34.1 (equivalente a US\$ 12.86).

Tampoco están procesadas estadísticas regionales acerca del ingreso medio por habitante y la distribución del ingreso. Por lo tanto (ya que la información sobre ingresos es básica para esta medición) tampoco existe información sobre subempleo en el ámbito regional.

Para ilustrar el nivel de ingresos de la población se ha incluido la Remuneración Mínima Vital Mensual (RMVM) dispuesta por el Ministerio de Trabajo y Promoción Social a nivel nacional¹², indicando que asumimos que un porcentaje significativo de la PEA local distrital se encontraría percibiendo este nivel de ingresos, dadas las características de baja productividad e inestabilidad de los ingresos que tienen las actividades económicas extractivas, de pequeña escala y carente de servicios de apoyo (asistencia técnica, crédito, infraestructura) como las que predominan en este distrito¹³.

¹⁰ Según el documento oficial del Ministerio de Salud "*Política de Salud 1995-2000*", de Setiembre de 1995 (p. 18), el gasto de bolsillo en salud a escala nacional en 1994 alcanzó los S/. 42'900,000.00 (equivalentes a US\$ 20'428,571.42), para una población estimada de 23'100,000 habitantes.

¹¹ "*Perú: Demanda de Atención de Servicios de Salud*" INEI-Programa MECOVI-PERU, pp. 101-107.

¹² La Remuneración Mínima Vital es fijada por el gobierno sin participación empresarial o laboral a través de un decreto de urgencia o decreto supremo.

¹³ Como complemento a la información sobre ingresos, los pobladores nos informaron que un peón agrícola (trabajador asalariado temporal) percibe la cantidad de S/. 12.00 (US\$ 3.63) por jornal (remuneración por día), lo que en el mejor de los casos significa S/. 360.00 mensuales (US\$ 108.9). Un pequeño productor ganadero puede llegar a percibir en promedio S/. 900.00 (US\$ 272.73) al mes

Cuadro N°5: PERU: Remuneración Mínima Vital 1995-1998 (en Nuevos Soles y Dólares N.A.)

Año	RMVM (S/.)	US\$
1995	132	66
1996	215	88
1997	345	130
1998	345	116

Fuente: Informe Estadístico Mensual del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, años 1995 - 1998

3. Aspectos sociales

Los niveles de educación alcanzados por la población del distrito de Sama revelan las deficiencias de calificación de los recursos humanos de la localidad, en comparación a los niveles departamental y nacional.

Cuadro N°6: Distrito de Sama - Tacna: Niveles Educativos de la Población de 5 años y más en 1993 (comparados con el Departamento y el Total Nacional)

Nivel Educativo	Sama N° de habitantes	%	Tacna (Dpto.)	Perú (Nac.)
- Sin educación	208	11.5	6.9	5.6
- Primaria	906	50.2	33.0	42.5
- Secundaria	585	32.5	38.6	37.0
- Superior	105	5.8	21.5	14.9

Fuentes: Estadísticas del distrito de Sama INEI-DNEI 1997. Tacna: Compendio Estadístico Departamental 1996-1997.

La tasa de analfabetismo era de 10.9 y la de inasistencia escolar era de 3.9 en 1993. En cuanto al analfabetismo la población de Sama se encuentra en niveles similares a los del conjunto de la provincia de Tacna. Sin embargo, su tasa de inasistencia escolar es la más baja de la provincia¹⁴.

El distrito cuenta con dos Centros de Educación Inicial (atienden a niños en edad pre-escolar, 3 a 5 años) y dos Centros Educativos de nivel Primario y Secundario.

En cuanto al nivel de servicios de la vivienda tenemos que en 1993 el 77.36% de las mismas no contaba con agua potable a través de la red pública, el 89.26% no

por la venta de leche a la agro-industria láctea de la región sur (a S/. 0.40 el litro, con una producción de 90 litros diarios).

¹⁴ De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda de 1993.

contaba con desagüe, el 43.31% no disponía de electricidad y al 61.16% de las viviendas se les consideraba precarias por el tipo de material de construcción.

En el año 1993, de los 2,017 habitantes del distrito eran considerados pobres extremos 502, es decir, el 24.9% de los pobladores del distrito, según el enfoque de necesidades básicas insatisfechas.¹⁵

De otro lado, en el distrito de Sama existen organizaciones sociales de base que agrupan a sus integrantes según diferentes tipos de actividad y afiliación. Las más representativas son:

- la Junta de Regantes del río Sama, que agrupa a los pequeños productores agropecuarios de la parte baja del valle; esta organización es la que maneja la distribución del recurso agua, asociado a las dependencias estatales.
- los Clubes de Madres, que son organizaciones de mujeres pobres que se agrupan con el fin de acceder al apoyo asistencial estatal y privado, además de realizar algunas actividades generadoras de ingreso y formas de autoayuda.
- los Comités de Vaso de Leche, son también organizaciones de mujeres agrupadas para participar en el programa estatal del mismo nombre, el cual distribuye a través de las municipalidades este alimento como insumo para ser administrado y preparado por madres de familia a nivel de base.
- el Comité Distrital de Artesanos y las organizaciones religiosas, son también entidades con presencia local.

Los peones o jornaleros agrícolas no se encuentran agrupados en organización alguna. La cobertura total de las organizaciones anteriores respecto al conjunto de la población distrital no es muy amplia, sin embargo conforman el tejido organizativo básico de la vida comunal.

4. Indicadores de salud

Vista como región la situación de salud de la población de Tacna se encuentra en mejores niveles que la del país como conjunto, en particular, si observamos los indicadores de mortalidad general e infantil. Las causas de esta mortalidad son diferentes a las del conjunto del país, dado que en la región las primeras causas son los traumatismos, envenenamientos y tumores, mientras que en el nivel nacional continúan siéndolo las enfermedades del aparato respiratorio y digestivo. En otras palabras, se ha logrado un mayor control de las enfermedades predecibles. Incluso, la esperanza de vida al nacer también presenta niveles superiores al conjunto del

¹⁵ Según el enfoque de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) los hogares que no tienen acceso al agua potable, el jefe de hogar es analfabeto y tienen condiciones de vivienda precarias se encuentran en situación de pobreza extrema. De acuerdo a la variación de estas NBI se ubicará el hogar como pobre extremo o pobre no extremo.

país, dado que en 1996 ésta era de 73.0 años en Tacna, mientras que en el Perú era de 68.6 años¹⁶.

Esta mejor situación de la salud, paradójicamente, no se refleja en la población del distrito de Sama, específicamente en lo que se refiere a la mortalidad infantil. Esto se debe en parte a la carencia de servicios básicos que sufre la mayor parte de los hogares del distrito, como ya ha sido indicado. Además ésta es una característica de los distritos rurales del departamento, tanto de la costa como de la sierra.

Presentamos a continuación los principales indicadores de morbi-mortalidad general e infantil del distrito de Sama y como referencia su relación con los mismos indicadores nacionales y regionales.

Cuadro N° 7: PERU – TACNA - SAMA: Comparación de Indicadores de Salud 1994-1998

AÑOS	TBMG ⁽¹⁾ x 1000 Hab.			TBMI ⁽²⁾ x 1000 NV.			TN ⁽³⁾ x 1000 Hab.		
	PERU	TACNA	SAMA	PERU	TACNA	SAMA	PERU	TACNA	SAMA
1994	7.33	4.22	3.9	71.72	29.23	-	30.20	22.88	11.2
1995	7.12	3.82	4.1	69.85	27.24	-	29.60	20.85	5.9
1996	6.93	3.52	2.6	68.09	21.49	66.7	28.90	19.66	6.5
1997	6.80	3.55	3.5	66.40	22.9	50.0	28.30	17.39	8.6
1998	6.64	3.35	3.8	64.86	21.3	-	27.7	16.3	7.2

Fuente: INEI - Región de Salud Tacna / Oficina Ejecutiva de Planificación

Nota: (1) TBMG: Tasa Bruta de Mortalidad General
(2) TBMI: Tasa Bruta de Mortalidad Infantil
(3) TN: Tasa de Natalidad

Cuadro N°8: Primeras Causas de Mortalidad General, Región de Salud Tacna, Año 1998

N° ORDEN	DAÑO PROGRAMATICO	TASA x 10, 000 Hab.
1°	Traumatismos y Envenenamientos	5.73
2°	Tumores	5.05
3°	Enfermedades del Aparato Respiratorio	4.97
4°	Enfermedades del Aparato Circulatorio	4.13
5°	Tuberculosis	2.29
6°	Enfermedades de otras partes del Aparato Digestivo	2.25
7°	Disentería y Gastroenteritis	1.18
8°	Enfermedades del Aparato Génito Urinario	1.07
9°	Diabetes Mellitus	0.95
10°	Enfermedades del Sistema Nervioso y de los sentidos	0.72
	Todos las demás	5.08
	TOTAL	33.5

Fuentes: (1) Oficina de Estadística e Informática

(2) Oficina Ejecutiva de Planificación/Dirección Regional de Salud de Tacna DRST

¹⁶ Según cifras del Consejo Nacional de Población, publicadas en el anuario estadístico "Perú en Números 1997" del Instituto Cuánto de Lima.

Cuadro N°9: Primeras Causas de Mortalidad Infantil, Región de Salud Tacna, Año 1998

N° ORDEN	DAÑO PROGRAMATICO	TASA x 1000 Hab.
1°	Enfermedades del Aparato Respiratorio	8.90
2°	Anomalías congénitas	3.27
3°	Ciertas afecciones originadas en el Periodo Perinatal	3.04
4°	Disenterías y Gastroenteritis	2.34
5°	Inmaturidad	1.63
6°	Traumatismos y Envenenamientos	1.17
	Todas las demás Enfermedades	0.93
	TOTAL	21.3

Fuentes: (1) Oficina de Estadística e Informática
(2) Oficina Ejecutiva de Planificación/DRST

Cuadro N°10: Primeras Causas de Morbilidad General, Región de Salud Tacna, Año 1998

N° ORDEN	DESCRIPCION	TASA x 1000 Hab.
1°	Enfermedades del Aparato Respiratorio.	260.7
2°	Enfermedades de la Cavidad Bucal, de las Glándulas Salivales y de los Maxilares.	117.4
3°	Disenterías y Gastroenteritis.	85.7
4°	Enfermedades del Aparato Génito Urinario	61.4
5°	Traumatismos y Envenenamientos	58.6
6°	Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo	47.7
7°	Enfermedades de otras partes del Aparato Digestivo	45.0
8°	Enfermedades del Sistema Nervioso y de los sentidos.	34.3
9°	Signos, Síntomas Y Estados Morbosos mal definidos.	22.4
10°	Enf. Del Sistema Oseo, Musc. y del Tejido Conjuntivo.	22.2
	Todas las demás enfermedades.	103.6
	TOTAL	859.31

Fuentes: (1) Oficina de Estadística e Informática. /DRST
(2) Oficina Ejecutiva de Planificación /Oficina de Planes y Programas /DRST

Cuadro N°11: Primeras Causas de Morbilidad Infantil, Región de Salud Tacna, Año 1998

N° ORDEN	DAÑO PROGRAMATICO	TASA x 1000 Hab.
1°	Enfermedades del Aparato Respiratorio	1724.3
2°	Disenterías y Gastroenteritis	764.4
3°	Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo.	354.8
4°	Enfermedades de otras partes del Aparato Digestivo.	187.6
5°	Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Sentidos	122.1
6°	Signos, Síntomas y Estados Morbosos mal definidos	94.5

7°	Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal	82.1
8°	Micosis	60.9
9°	Anomalías congénitas	56.9
10°	Deficiencia de la Nutrición	49.3
	Todas las demás Enfermedades	192.4
TOTAL		3689.8

Fuentes : (1) Oficina de Estadística e Informática/DRST
(2) Oficina Ejecutiva de Planificación /Oficina de Planes y Programas/DRST

Sólo el 22.6% de las viviendas de Sama tiene acceso directo al agua potable por la red pública, siendo el acceso a través de camiones cisterna o directamente del río o manantial las modalidades más comunes. Al nivel de la región, el 46% de las viviendas tiene acceso a la red pública de agua potable, principalmente en la ciudad de Tacna.

El número total de atenciones en los establecimientos de salud de la Región de Salud de Tacna en 1998 fue de 592,774. Para una población total de 269,255 personas en ese mismo año significa un promedio de 2.2 atenciones anuales por habitante. Debe señalarse, sin embargo, que la cifra de población total en Tacna está influida fuertemente por el flujo de turistas y comerciantes, es decir, población flotante.

5. Articulaciones con la política nacional de salud y seguridad social

En 1994 se produce una transición en las políticas nacionales de salud: se pasa de un marco de "Focalización del gasto público en salud" (como parte de los programas de alivio a la pobreza) a una orientación de "Mejora del acceso y de la calidad de los servicios de salud", que tiene como una de sus principales estrategias al "Programa de Administración Compartida", el que sustenta un modelo participativo de gestión local de las políticas de salud para el nivel de atención primaria, basado en la asociación entre el sector público responsable de salud y la comunidad organizada para el diseño, ejecución y evaluación de planes locales de salud.

Así surgen los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), como asociaciones civiles sin fines de lucro, con participación del Estado y de la comunidad, con autonomía administrativa y económica, facultados a captar recursos adicionales a los que el Estado está obligado a aportar, para así poder atender mejor a las necesidades locales de la población en materia de salud. Los CLAS funcionan básicamente a escala distrital y constituyen el organismo que localmente dirige y evalúa las acciones de promoción de la salud en el nivel primario que realizan las unidades operativas del sector (Puesto de Salud, Centro de Salud)¹⁷.

¹⁷ La base legal del Programa de Administración Compartida se encuentra en el Decreto Supremo N° 01-94-SA "Disposiciones destinadas a mejorar la Prestación de Servicios de Salud en el Nivel Básico de Atención"; la Resolución Ministerial N° 451-94-SA/DM que aprueba la Directiva Base N° 01-SA/DM-94, que norma las actividades del Programa de Administración Compartida. En ellas se

Sus objetivos principales son dos: primero, asegurar que los recursos humanos, financieros y equipamiento de los establecimientos de salud que administran ofrezcan eficientes servicios de salud a la comunidad; segundo, que los planes de salud local que ejecuten atiendan las reales necesidades de la población.

El CLAS tiene una Asamblea General, que está compuesta por siete personas, tres de las cuales son elegidas por la comunidad y otras tres designadas por las autoridades regionales de salud. El Jefe del establecimiento es un miembro nato de la Asamblea General, así como del Consejo Directivo del CLAS y además su Gerente General.

Las principales funciones de la Asamblea General del CLAS son: aprobar el Programa de Salud Local, su presupuesto anual y nombrar al Consejo Directivo. Las principales funciones del Consejo Directivo son: participar en la formulación del Programa de Salud Local, su presupuesto anual, además de supervisar y evaluar su cumplimiento.

La participación de la comunidad se da a través de las organizaciones locales que tengan algún nivel de intervención en la problemática de la salud y/o de desarrollo local en general, dentro de un criterio amplio y flexible.

También en la normativa vigente se contempla que varios establecimientos de salud puedan ser administrados por un solo CLAS, en cuyo caso nos encontraríamos frente a una Red de establecimientos y servicios, así como varios CLAS están facultados para convenir la ejecución de un solo Programa de Salud Local.

En el caso de la Región de Salud de Tacna este modelo tuvo un gran impulso desde sus inicios y, de acuerdo a las percepciones de diversos actores involucrados en esta problemática, ha mostrado resultados positivos, especialmente en el "empoderamiento" de la población respecto a los servicios de salud que brinda el Estado a nivel local, dadas las nuevas y diversas atribuciones que tienen en estas políticas a escala local. Dentro de este sistema el rol de la Red de Servicios Periféricos de la Dirección Regional de Salud de Tacna es muy importante en términos de orientaciones, asistencia técnica y recursos para estas nuevas organizaciones.

Esta dinámica se ha expresado en las zonas urbanas y rurales, como es el caso de los distritos de Sama e Ite, por ejemplo.

Los mecanismos de control de calidad de los servicios de salud en el ámbito local se dan entonces por dos vías: el CLAS, como organización con representación de la población y la Dirección de Servicios Periféricos de la Dirección Regional de Salud de Tacna, como ente estatal responsable. Desde esta unidad se desarrolla un

faculta a los CLAS a tomar diversas iniciativas que puedan mejorar los resultados de los Programas de Salud Local a su cargo.

sistema de monitoreo y evaluación de indicadores de desempeño y resultados de los Puestos y Centros de Salud que integran la Red de Servicios Periféricos de la Región.

En el ámbito distrital de Sama se encuentran un pequeño segmento de trabajadores formales que tienen la cobertura del Sistema de Seguro Social de Salud, ESSALUD (los trabajadores de las empresas de fabricación de explosivos, de aduanas, el magisterio y municipales). Pero los establecimientos del Seguro Social se encuentran en la ciudad de Tacna. No existe articulación alguna entre este último sistema y el del Ministerio de Salud, que permita, por ejemplo, que los afiliados a la Seguridad Social, en tanto tales, accedan directamente a las prestaciones del sector salud.

6. Oferta de atención médica

La proporción de profesionales de la salud por habitante en la región de Tacna es superior a la nacional, mientras que la infraestructura y el equipamiento mínimo se encuentran dentro de los niveles promedio nacionales. Mostramos a continuación algunos indicadores comparados acerca de la oferta de atención médica:

Cuadro N°12: PERU -TACNA: Cuadro Comparativo de Oferta de Atención Médica 1996

Indicador	Total PERU	Dpto. TACNA
Población total (miles)	23946.8	246.1
Recursos (x 10,000 hab.)		
Establecimientos de salud	3.1	3.3
Número de camas	17.9	15.8
Médicos	4.0	5.6
Odontólogos	0.5	1.7
Enfermeras	3.8	10.0

Fuente: Ministerio de Salud/Oficina de Estadística e Informática

La infraestructura de salud pública en 1998 en la región de Tacna era de 128 médicos, 232 enfermeras profesionales y 525 técnicos de salud para una población total departamental estimada de 269,255 habitantes. Ésta era atendida por: un Hospital General, 16 Centros de Salud y 54 Puestos de Salud¹⁸. Todos estos establecimientos se distribuyen por toda la región, de acuerdo a la nueva política nacional de salud.

Los profesionales de la salud pública de la región expresan que la cobertura de los servicios ofrecidos está en niveles satisfactorios, mientras que permanece muy limitado el equipamiento de los establecimientos de salud¹⁹.

¹⁸ Estos datos aparecen en el *Plan Operativo Institucional 1999* de la Región de Salud de Tacna del Ministerio de Salud.

¹⁹ De acuerdo a entrevistas realizadas a los Médicos-Jefe y Enfermeros de tres Puestos de Salud.

No existe información regional sistematizada acerca de la proporción de prestadores de atención médica que pertenecen a los distintos sectores (público, seguridad social, privado con o sin fines de lucro).

7. Protección social en materia de salud

La seguridad social en el Perú se rige por el marco legal (Ley 27056 y Decreto Supremo 002-99/TR) que creó el Sistema de Seguro Social de Salud, denominado ESSALUD. Su finalidad es dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que correspondan al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgo humanos.

Sus funciones principales son:

- Administrar el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud y otros seguros de riesgo humano.
- Recaudar, fiscalizar, determinar y cobrar las aportaciones y demás recursos establecidos por la ley, pudiendo delegar o conceder tales funciones, en forma total o parcial, en entidades del Estado o privadas, según las normas legales vigentes.
- Desarrollar programas de prevención de la salud ocupacional y riesgos profesionales; programas especiales orientados al bienestar social, en especial del adulto mayor y las personas con discapacidad, en las condiciones que establezca el reglamento.
- Desarrollar programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos.
- Apoyar a la población afectada por siniestros y catástrofes.

Las prestaciones que otorga ESSALUD son las siguientes:

1. Prevención y promoción de la salud, que comprenden la educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones.
2. Recuperación de la salud, que comprende la atención médica, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles y servicios de rehabilitación.
3. Maternidad, que consiste en el cuidado de la salud de la madre y la atención del parto, extendiéndose al periodo del puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

4. Prestaciones de bienestar y promoción social, que comprenden actividades de proyección, ayuda social y rehabilitación para el trabajo.
5. Prestaciones económicas así como programas de extensión social que comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones de sepelio.
6. Planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los riesgos humanos que ofrezca ESSALUD dentro del régimen de libre contratación.

Los recursos que administra ESSALUD son intangibles, no pueden ser destinados a fines distintos a los de su creación y están constituidos por: los aportes y contribuciones de los afiliados, incluyendo los intereses y multas provenientes de su recaudación; sus reservas y el rendimiento de sus inversiones financieras; los ingresos provenientes de la inversión de sus recursos; los ingresos por los seguros de riesgo humano y las prestaciones de salud a no asegurados.

Dichos recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala el reglamento, en el que se establecen los correspondientes procedimientos administrativos.

El Seguro Escolar es otro mecanismo de protección social en materia de salud de alcance nacional, que abarca un conjunto de atenciones de salud para los niños desde los 3 hasta los 17 años matriculados en el sistema educativo estatal, en todos sus niveles. El Estado cubre el 100% del costo de las siguientes atenciones: emergencias accidentales, atención ambulatoria, hospitalización, cirugía y sepelio. Está vigente desde 1997. Se financia con un fondo público estatal, el que debe ser incrementado con aportes de diferentes sectores.

Además, el Seguro Materno-Infantil Perinatal es un mecanismo de protección social en materia de salud, de aplicación más reciente y todavía a nivel piloto. A través de él las mujeres afiliadas y sus hijos hasta los dos años y once meses, por una cotización reducida y accesible reciben todas las atenciones de salud necesarias durante todo el ciclo prenatal, intranatal y postnatal (control de embarazo, parto, puerperio, control del niño sano, vacunas, etc.). Está vigente desde 1998 en los departamentos de San Martín (selva norte) y Tacna.

En el distrito de Sama las formas tradicionales de solidaridad con las que la población hace frente a problemas de salud son las denominadas "juntas", que son pequeñas colectas de dinero a nivel familiar o vecinal para ayudar a los familiares del enfermo a solventar los gastos de atención de problemas que revisten cierta gravedad. También se acude a la ayuda de organizaciones religiosas, sea de los fieles de alguna iglesia o a las iglesias mismas.

Estas prácticas han sido difundidas entre la población en décadas anteriores, aunque se encuentran hoy en franco declive, al considerarse el problema de salud más bien de orden "privado", además de los escasos recursos económicos de la población para poder contribuir.

IV. Puesta en marcha del sistema de seguro de salud

Este apartado se ocupa de la creación y puesta en marcha del SIS. Pone énfasis en la descripción del proceso de creación, proporcionando una visión fotográfica del funcionamiento al término del primer ejercicio.

1. Origen del SIS

En el distrito de Sama existía hasta julio de 1994 un Puesto de Salud (PS) en Las Yaras (la capital del distrito) y otro en Vila Vila (zona litoraleña del distrito, alejada de las actividades del valle de Sama), ambos como prestadores de servicios de salud de carácter público sin fines de lucro y primer piso en la escala de atención a la población en el nivel primario. Hasta aquella fecha el PS Las Yaras contaba como equipo de profesionales con una Enfermera y un Técnico en Enfermería. A partir de agosto del mismo año el PS Las Yaras, como parte de los cambios de política nacional y su implantación en el nivel local (programa de focalización del gasto social y CLAS), cuenta adicionalmente con un médico profesional y una obstetrix; además obtiene recursos para mejorar y ampliar su infraestructura y equipamiento.

El PS, como parte del sistema de salud pública, depende formalmente de un Centro de Salud, pero en este caso (por razones administrativas y geográficas) responde directamente al nivel inmediato superior: la Dirección de Servicios Periféricos de la Dirección Regional de Salud de Tacna.

Como parte de los servicios de salud existentes en este ámbito es de relativa importancia el ejercicio de la medicina tradicional, lo que se conoce como curanderismo. La población acude a estas prácticas para el tratamiento de algunas afecciones sico-somáticas y traumatológicas.

Los recursos con los que contaba el PS provenían del presupuesto público del Sector Salud y de sus ingresos propios.

Al ingresar el Programa de Administración Compartida en 1994 se generó el modelo CLAS, siendo este organismo el que pasa a definir las metas y acciones en salud pública en el ámbito local. El PS depende del CLAS para la realización de sus actividades, en tanto es el encargado de ejecutar el plan local de salud definido por el CLAS.

Los destinatarios originales del SIS²⁰, que incluso le dan su nombre, eran los peones agrícolas y los pequeños productores agropecuarios del distrito. Sin embargo, casi en el nacimiento mismo del SIS el CLAS-PS de Sama Las Yaras decide extender sus beneficios al conjunto de la población distrital, prácticamente sin restricciones, lo que incluye a trabajadores que tienen la cobertura de la Seguridad Social (como los de aduana, maestros, trabajadores municipales, etc.).

²⁰ Sistema de Micro-seguro de Salud

La significativa acogida del Seguro del Agricultor motivó que seis meses después se creara un "Seguro del Pescador", de características similares, para el anexo (zona) del distrito de Sama llamado Vila Vila, constituido por una pequeña población litoral, dedicada a la pesca artesanal.

En otras palabras, el CLAS-PS genera un Seguro para todos los vecinos (2,017 según el Censo Nacional de 1993) de la parte baja del valle del río Sama, población considerada principalmente rural, con base en la pequeña producción de cultivos forrajeros y la ganadería lechera, con bajos e inestables ingresos, con limitado acceso a servicios básicos e infraestructura y prácticamente inexistente protección social en materia de salud en el período en el que el SIS se origina. Ciertamente el foco de atención del Seguro eran los trabajadores del campo más pobres, pero buscó incorporar a todos.

Hasta mediados de 1994 las principales dificultades a las que debían hacer frente los miembros del grupo destinatario para acceder a los diferentes tipos de atención médica eran dos principalmente: en primer lugar, la oferta elemental y de baja calidad a la que podían acceder en el mismo PS del distrito, por lo que debían de trasladarse a la ciudad de Tacna, distante a 44 km. de Sama; en segundo lugar, a pesar de tratarse de la oferta de salud pública, las tarifas de la misma son inaccesibles para los trabajadores rurales y urbanos más pobres, por lo que la mayoría de ellos debían de solicitar su atención en los establecimientos de salud pública en calidad de indigentes. Lo que no siempre era factible.

Estas dificultades de acceso a la salud para estos trabajadores rurales se explican principalmente por la situación de la actividad agro-pecuaria, con problemas vinculados a los precios declinantes de sus productos (forrajes y leche), la inexistencia de servicios financieros y de asistencia técnica, para poder incrementar su productividad, etc.

Por ello los miembros del grupo destinatario original no contaban con protección social alguna antes de la creación del SIS. Tampoco disponían de experiencia anterior en materia de seguros ni existían otras experiencias en seguro de salud en la zona.

El nivel de organización de los miembros del grupo destinatario antes de la creación del SIS era básico. Las organizaciones existentes (Junta de Regantes, Clubes de Madres, Comité del Vaso de Leche, el Comité de Artesanos y las organizaciones religiosas) presentaban cierta estructuración y actividad regular. Sin embargo, ninguna de ellas estaba en capacidad de generar y sostener por sí misma un SIS, principalmente por su debilidad.

Por ello, cuando se inicia en la región de Tacna el Programa de Administración Compartida el CLAS resulta siendo la organización indicada para el lanzamiento de la iniciativa de puesta en marcha del SIS. En el caso de Sama Las Yaras se consigue involucrar a las organizaciones sociales del distrito y comprometer el

aporte de la Municipalidad distrital. El CLAS, a su interior, tiene ya la representación de la comunidad organizada, junto a la representación del sector salud.

Este cambio de modelo de gestión de las políticas y acciones de salud a nivel local contempla la facultad del CLAS de generar recursos adicionales al presupuesto público, a través de una política de ingresos propios que pudieran incrementar los recursos a ser aplicados en los Programas de Salud Local.

Un objetivo explícito del CLAS en su primer Programa de Salud Local era el mejorar los niveles y la calidad de atención de salud primaria con que contaba el PS de Sama Las Yaras. Esto implicaba la mejora de la oferta existente (por ejemplo, ampliando el equipamiento del establecimiento de salud) dentro del mismo nivel de atención primaria, captando recursos económicos adicionales. Este propósito se alcanzó de dos maneras: primero, se obtuvo el aporte económico de la Municipalidad distrital; segundo, el aporte de la población a través de sus cotizaciones. Todo ello formalizado en un Convenio entre el CLAS-PS Sama Las Yaras y la Municipalidad distrital de Sama.

Se constituye así una doble lógica en la gestión del CLAS-PS de Sama-Las Yaras: la de prestador de servicios de salud y la de administrador responsable de un seguro de salud. De un lado, la lógica del establecimiento de salud pública, interesado en ampliar la cobertura de atención y servicios de salud para la población; de otro, la lógica de seguro, interesado en que exista un cierto equilibrio de ingresos y gastos, a favor de los primeros, con una orientación hacia la sostenibilidad económica.

Este es el origen preciso del “Seguro del Agricultor”: la decisión por parte del CLAS de Sama Las Yaras (al parecer, en consulta con la población) de generar ingresos suficientes para la adquisición de una camioneta rural, a ser acondicionada como ambulancia, para el PS, en un plazo de dos años, aprovechando las ventajas existentes en Tacna para la adquisición de unidades de ese tipo, como Zona de Tratamiento Especial para el Comercio Exterior.

La identificación de la necesidad de contar con una ambulancia es justificada por los responsables del PS debido a la dispersión de la población rural de Sama (8 anexos o secciones del distrito), como a la distancia hasta el centro hospitalario más cercano (Tacna, 44 km.), para casos de emergencia. De hecho, consideramos que están presentes otros elementos, como los de tipo simbólico y subjetivo (prestigio y aspiraciones a escalar en el nivel de establecimiento de salud, por ejemplo).

Los miembros del grupo destinatario, antes de la creación del SIS y del CLAS, no tenían implicación alguna en la administración de la oferta de atención médica ni en el funcionamiento del sector salud. Esta iniciativa surgió en el período de gestación del CLAS, en las reuniones de trabajo sostenidas entre los directivos y funcionarios del CLAS, con las autoridades y organizaciones sociales de la localidad, a fines de 1994, sin que ninguno de los actores participantes tuviera experiencia previa en el tema.

2. Etapas de la puesta en marcha del SIS

2.1 Identificación de necesidades y definición de los objetivos

La Médico-Jefe del PS de Sama Las Yaras y, en tal condición, Gerenta del CLAS fue quien llevó a cabo los procesos de identificación de necesidades y de definición de objetivos del SIS, junto a algunos miembros del CLAS, contando con la participación del Alcalde distrital. Este proceso duró desde diciembre de 1994 hasta febrero de 1995 y fue previo al inicio del funcionamiento del SIS.

Los miembros del grupo destinatario fueron consultados para la identificación de necesidades y la definición de objetivos del SIS a través de asambleas vecinales por cada anexo distrital. La investigación acerca de las principales expectativas y temores de los miembros del grupo destinatario frente a la constitución del SIS indicó que, en cuanto a las primeras, la principal era el de poder contar con un servicio accesible, de calidad y barato de atención primaria de salud; en cuanto a los segundos, el que una vez logrado esto no fuera sostenible, inclusive, muchos dudaron que fuera posible su misma existencia.

Al momento de creación del SIS se contó con el apoyo de las autoridades sanitarias de la Región de Salud de Tacna, de las autoridades locales (principal y fundamentalmente del Alcalde distrital) y de los líderes comunales. La Región de Salud incentivó la experiencia y comprometió recursos adicionales una vez que fueran dados los primeros pasos²¹. El Alcalde comprometió una partida del presupuesto municipal de 1995 para cubrir el gasto de medicamentos de los afiliados y beneficiarios del SIS. Los líderes comunales contribuyeron con su apoyo para motivar a la población a afiliarse al Seguro.

Las necesidades identificadas fueron de dos tipos: primero, el abaratar el acceso a la atención primaria de salud, especialmente a la población más pobre; segundo, ampliar la disponibilidad de recursos con los que contaba el CLAS para mejorar la oferta de servicios de salud primaria.

En el documento “Seguro de Atención Primaria de Salud”, elaborado por el personal del PS de Sama-Las Yaras, se dan cuenta de los objetivos determinados para el “Seguro del Agricultor” (véase también el anexo 6.9):

- a) ampliar la cobertura de atención de salud primaria
- b) mejorar la calidad de los servicios de salud primaria
- c) impartir una educación sanitaria integral en la comunidad
- d) unificar los esfuerzos del CLAS-PS, la Municipalidad distrital y la población para mejorar los niveles de salud de la comunidad

²¹ La Región de Salud financió la remodelación de la camioneta rural para su uso como ambulancia.

2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera

En tanto las condiciones de su origen no lo hicieron necesario, no se realizó un estudio del contexto dentro del que se creó el SIS. Tampoco uno de factibilidad financiera, salvo los cálculos necesarios para estimar si las cotizaciones de un número determinado de afiliados durante dos años permitían cubrir el costo de la ambulancia.

Los paquetes de beneficios fueron determinados simplemente sobre la base de la oferta de servicios de salud primaria existente en el momento de creación del SIS. Las cotizaciones fueron inicialmente determinadas basándose en el costo de una consulta médica, como el monto mínimo de gasto posible al tomar los servicios del PS²².

Al ser ésta una experiencia pionera no existían “modelos” de los cuales aprender lecciones de éxitos y fracasos.

2.3 Información del grupo destinatario

Durante el mes de febrero de 1995 se realizaron asambleas vecinales en cada uno de los 8 anexos del distrito de Sama, informando acerca del proyecto del “Seguro del Agricultor”, que ya contaba con la aprobación de la Asamblea del Concejo Distrital de la Municipalidad de Sama. En aquellas asambleas se informó y motivó a la población a apoyar la propuesta, logrando amplia aceptación. No se produjo material informativo.

Las reacciones iniciales de los miembros del grupo destinatario frente a la creación del SIS fueron una combinación de aceptación con escepticismo, según sus creadores, pero no se presentaron obstáculos explícitos frente a la adhesión.

2.4 Inicio de las actividades

La constitución del SIS fue finalmente decidida en el marco de la suscripción del Convenio entre el CLAS-PS y la Municipalidad distrital, el 28 de Febrero de 1995, con la asistencia de las autoridades locales y la población local. Las primeras afiliaciones, pago de cotizaciones y pago de prestaciones se dieron a partir del 1° de Marzo de 1995.

Durante el primer mes el ritmo de afiliaciones fue bastante rápido alcanzando el número de 147 afiliados, lo que representó más del 60% del total de afiliados del primer año y algo más del 25% del total de afiliados posibles en la localidad.

²² La tarifa de consulta médica fue de S/. 2.00, equivalente a un dólar norteamericano de marzo de 1995.

2.5 Liderazgo y toma de decisiones

El CLAS-PS asumió la responsabilidad de la creación y el diseño del SIS. Su gerente (a la vez Médico-Jefe del PS por la normatividad de los CLAS) asumió el liderazgo durante el proceso de creación. Fue acompañada en esto por el personal del PS.

Las decisiones más importantes en cuanto a los servicios cubiertos y los paquetes de beneficios, las cotizaciones, las condiciones de afiliación y de cobertura de otros beneficiarios, la organización interna y las modalidades de administración fueron tomadas exclusivamente por el equipo técnico del CLAS. No se recibió asistencia técnica externa para apoyar la adopción de decisiones.

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

3.1 Afiliados y otros beneficiarios

El SIS permitió la afiliación de personas a título individual, teniendo como beneficiarios a sus familiares consanguíneos. La afiliación era voluntaria y no existía una cuota de afiliación. Se permitía la afiliación de un titular, su cónyuge y sus hijos menores de 18 años. Además de los padres del titular y/o cónyuge si se demostraba que éstos mantenían a aquellos. Excepcionalmente, los hijos mayores de 18 podían ser considerados como beneficiarios²³. Era requisito indispensable residir o laborar en el distrito de Sama. No se aplicaron más restricciones.

Al comienzo los afiliados eran los peones agrícolas y los pequeños productores del valle de Sama. Rápidamente se extendió al conjunto de la población del distrito.

Al finalizar el primer ejercicio el número de familias afiliadas era de 245 y el de beneficiarios de 1,156. Se esperaba poder contar con 315 familias afiliadas como meta (lo que representaba la mitad de las familias del distrito). Las causas de dicha diferencia se encuentran probablemente en la inexistente cultura de aseguramiento, aunque igualmente se evalúa como exitosa la respuesta de la población.

3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

En el cuadro siguiente se resume el paquete de beneficios del SIS durante el año 1995. Se decidió establecer un único paquete de beneficios. Los principales factores que determinaron la elección del paquete de beneficios fueron la disponibilidad de servicios de atención primaria en la localidad y la capacidad contributiva de los afiliados.

²³ Esta norma se manejaba de modo más bien informal.

Cuadro N°13: Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

Servicios	Personas cubiertas	Co - pago	Límite de Cobertura	Período de Espera	Derivación obligatoria ⁽¹⁾
Intervenciones quirúrgicas no programadas	NO CUBIERTO				
Todas					
Atención del parto	B	NO	NO	0	N/A
Todas					
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas	NO CUBIERTO				
Todas					
Intervenciones quirúrgicas programadas	NO CUBIERTO				
Todas					
Atención ambulatoria programada	B	NO	NO	0	N/A
Todas					
Atención preventiva	B	NO	NO	0	N/A
Atención ambulatoria no programada	B	NO	NO	0	N/A
Todas					
Medicamentos	B	NO	NO	0	N/A
Todos					
Transporte/evacuación	B	NO	NO	0	N/A
Laboratorio/radiología	NO CUBIERTO				

Fuente: Convenio CLAS-PS Sama-Las Yaras y Municipalidad de Sama 1995.

Notas: (1) No había cobertura del segundo nivel de atención de salud

(2) B = Beneficiario, incluyendo el afiliado

El afiliado pagaba su cotización mensual al CLAS-PS para tener derecho a recibir las prestaciones. No se estableció ningún tipo de co-pago, para ninguna de las prestaciones.

El CLAS-PS remitía un informe a la Municipalidad de las atenciones realizadas y de los gastos de medicina (estos últimos debían ser cubiertos por el fondo del presupuesto municipal destinado para este fin, de acuerdo al convenio suscrito). El seguimiento de las prestaciones figuraba en el reporte mensual de atenciones, curaciones e inyectables (clasificados de esta misma manera) que el CLAS-PS remitía a la Municipalidad. Este constituía un sistema de seguimiento muy simple que se decidió emplear²⁴.

3.3 Financiamiento

Los recursos del SIS tienen tres fuentes básicas: el CLAS-PS, la Municipalidad distrital y los afiliados, en ese orden. El CLAS-PS es parte del presupuesto del sector estatal de salud, financiado por el Tesoro Público. La Municipalidad distrital de Sama recibe sus principales recursos del Fondo de Compensación Municipal, el

²⁴ En este mecanismo se aprecia una inclinación clara hacia una lógica de prestador de servicios de salud, que busca el reembolso del gasto de medicamentos y no una lógica de seguro orientada a la racionalización de los costos de la atención médica.

Canon Minero y las rentas de Aduana. Ambos subvencionan el costo de los beneficios de atención médica del SIS. El CLAS-PS la infraestructura, equipamiento y los servicios profesionales de atención médica. La Municipalidad cubre el costo de los medicamentos. Los afiliados financian la adquisición de una ambulancia.

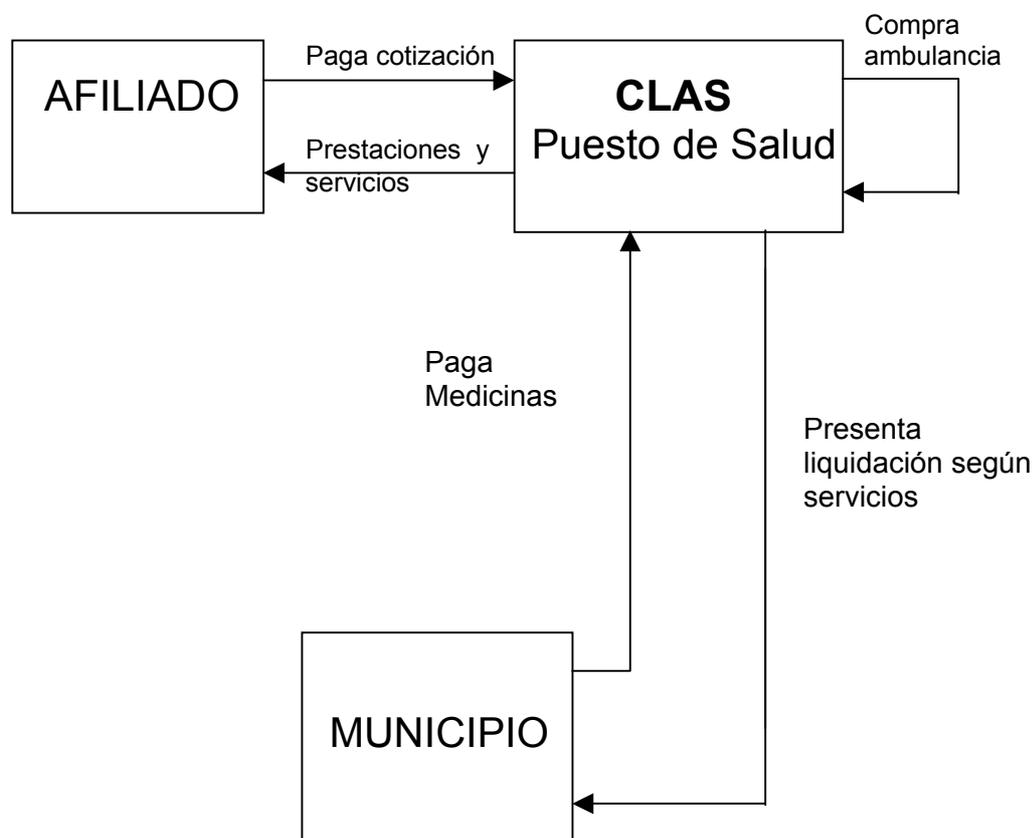
Presentamos a continuación los fondos totales con los que contó el CLAS-PS durante 1995, año en el que empieza a operar el SIS, con parte importante de aquellos fondos:

Cuadro N°14: Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio

Fuente	Monto US\$	Propósito	Tipo (subvención, crédito, cotizaciones, etc.)
Municipalidad	7,646.00	Medicamentos	Subvención (por reembolso)
Presup. Salud Tesoro Público	38,946.00	CLAS-PS	Subvención del prestador
Afiliados	2,263.00	Prestaciones (Ambulancia)	Cotización

Fuente: *Informe Anual del CLAS-PS Sama-Las Yaras 1995*

El gráfico siguiente resume el mecanismo operativo del SIS en el primer año:



La cotización definida fue de S/. 2.00 (equivalente en aquel año a un dólar norteamericano) como pago único mensual por afiliado. El monto de la cotización era independiente del número y características de los beneficiarios. La cotización debía ser pagada a partir del mes de afiliación y dentro de los primeros cinco días útiles de cada mes²⁵.

No hubo un monto de reservas o fondo inicial.

3.4 Prestadores de atención médica

El prestador de atención médica era el mismo PS de Sama Las Yaras, característica que durante todo el tiempo de funcionamiento del “Seguro del Agricultor” mezcló en uno solo los roles de administrador del Seguro y prestador de servicios de salud²⁶.

²⁵ Esta norma no se cumplía de manera frecuente, al menos en cuanto a los pagos dentro del plazo estipulado.

²⁶ Donde la lógica del prestador se manifestaba de modo más nítido; esto se expresa también en el destino de las cotizaciones de los afiliados, orientados al refuerzo del equipamiento del PS de Sama: el primer año una ambulancia, el segundo el equipo odontológico.

3.5 Administración y gestión

a) **Estatutos y reglamentos**

El SIS tuvo sustento legal en el Convenio suscrito entre el CLAS-PS y la Municipalidad distrital, que le dio origen. No tuvo personería jurídica propia, ni estatutos. Solamente unas normas de funcionamiento que informan sobre su cobertura, requisitos, beneficios para el asegurado, obligaciones del asegurado, sanciones, circunstancias de pérdida de los beneficios del seguro, normas sobre balance económico enviado a la municipalidad. Se los definió en común acuerdo entre el CLAS-PS y la Municipalidad.

b) **Organización de la gestión**

El CLAS-PS estuvo a cargo de la gestión global del SIS, a través de dos personas: su gerente, la Médico-Jefe del Puesto de Salud y la Enfermera del mismo. Sus responsabilidades consistían en la gestión total del Seguro: inscripción de afiliados, control de cotizaciones y prestaciones, elaboración de informes, cobranzas a la Municipalidad, etc.

El aseguramiento y la gestión de servicios tenían gestiones independientes, incluyendo la separación de cuentas.

Cuadro N°15: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Categoría	Número	Empleador	Porcentaje de tiempo dedicado al SIS
Médico - Jefe del Puesto de Salud (Gerente del CLAS)	1	CLAS	30%
Enfermera	1	CLAS	30%

Fuente: Informe del CLAS-PS Sama-Las Yaras 1995. Entrevista con la Médico-Jefe del PS Sama

c) **Sistema de información**

Desde el primer año de funcionamiento del SIS se introdujeron los siguientes documentos:

- registro de afiliados
- tarjeta de identificación de afiliados
- registro de pago de cotizaciones

Se estableció un sistema de contabilidad para el primer ejercicio, consistente en un registro de ingresos y egresos.

4. Asistencia técnica y formación.

Si bien el personal del SIS no recibió capacitación ni asistencia técnica específica sobre la gestión de seguros durante la fase de creación ni durante el primer ejercicio, pudo contar con la opinión de algunos especialistas profesionales en administración de servicios de salud, solicitada informalmente.

V. Características del sistema de seguro de salud

En este apartado se exponen los elementos constitutivos del SIS tal como operaban hasta el último período de su funcionamiento. Las características del grupo destinatario, el paquete de beneficios, los aspectos financieros y administrativos, los actores involucrados, son los temas a presentar²⁷.

1. Grupo destinatario y beneficiarios

1.1 Grupo destinatario

En diciembre de 1998 (último período efectivo de funcionamiento del SIS, desde ese último año bajo administración municipal) el grupo destinatario continuaba siendo el mismo que se definió en la puesta en marcha, es decir, el conjunto de la población del distrito de Sama, con excepción del anexo de Vila Vila, ubicado en el litoral.

1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

No se han dado cambios en las condiciones de afiliación al SIS desde su puesta en marcha. El SIS permite la afiliación de personas adultas a título individual en condición de titulares y de sus familiares directos como beneficiarios: cónyuge, hijos menores de 18 años, padres del titular y/o cónyuge si se demuestra que dependen de éstos. También se acepta a titulares solos.

Excepcionalmente a personas dependientes del titular que no posean algún vínculo de parentesco. Esta última es una opción que constituye un cambio respecto a las categorías definidas en el primer año del SIS, la cual considera el modo de conformación y la estructuración de las familias en el ámbito local, no solamente integradas por parientes consanguíneos.

La afiliación es voluntaria, no existe una cuota de afiliación y el único requisito exigido es el de residir y/o laborar en el distrito. Por ello el vínculo de vecindad de residencia o de trabajo es adicional al de afiliado al SIS.

Los pasos para obtener la afiliación son: acudir a la oficina del Programa de Servicios de Salud Primaria de la Municipalidad distrital de Sama, con los documentos de identificación del titular y los beneficiarios, completar la "Cédula de Registro y Afiliación" del SIS a modo de solicitud y una vez que es aceptada ésta se abona(n) la(s) primera(s) cotización(es).

Las demandas de afiliación son recibidas por la Secretaria Técnica del Programa, quien verifica la información proporcionada por el solicitante y la remite al Concejo

²⁷ La situación actual del SIS puede ser definida como de "suspensión", en la medida que no existen prestaciones desde diciembre de 1998 y en el mes de mayo y junio la Municipalidad de Sama realizaba coordinaciones formales con prestadores de servicios de salud.

Municipal para su aprobación. No se firma contrato alguno, solamente se completa una ficha del afiliado y beneficiarios, una vez que es aceptada la solicitud, según el texto del formulario de la "Cédula", el que alude a la Ordenanza Municipal que crea el SIS. Además se emite un carnet o tarjeta de identificación del asegurado. La afiliación se renueva cada año.

La posibilidad de afiliación no está limitada a un período de tiempo determinado ni está restringida a una época determinada del año.

Existe un registro de afiliados que consigna los nombres completos del afiliado y los beneficiarios, su identificación, edad, lugar de nacimiento y el grado de parentesco con el afiliado.

Prácticamente no existen restricciones adicionales fuera de las ya señaladas (dígase, por ejemplo: número máximo de personas, vínculos de parentesco con el afiliado, edad máxima, etc.) y la única condición requerida es estar al día en las cotizaciones para tener derecho a las prestaciones del SIS.

Los afiliados y los otros beneficiarios deben presentar sus tarjetas de identificación cada vez que cotizan y solicitan una atención médica o una prestación.

1.3 Número de afiliados, beneficiarios y evolución

Cuadro N°16: Número de afiliados del SIS en 1998 por sexo según categorías

Categoría/sexo	Hombres	Mujeres	Total
Activos	45	30	75
Jubilados	5	3	8
Total	50	33	83

Fuente: Cédulas de Registro y Afiliación al Seguro del Agricultor 1998

Cuadro N°17: Número de beneficiarios del SIS en 1998 por sexo según grupos de edad

Edad/sexo	Hombres	Mujeres	Total
0 - 5 años	19	24	43
6 - 18 años	43	37	80
19 - 65 años	26	41	67
Más de 65 años	4	12	16
Total	92	114	206

Fuente: Cédulas de Registro y Afiliación al Seguro del Agricultor 1998

Cuadro N°18: Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios del SIS

	Año 1995	Año 1996	Año 1997	Año 1998
Número total de afiliados	247	185	161	84
Número total de beneficiarios	1124	1012	886	206

Fuente: Fichas de afiliados y beneficiarios del SIS 1995-1998

Se aprecia una reducción paulatina en el número de afiliados, que se hace más pronunciada en el último año. Esto se relaciona de modo inverso con el incremento anual en el monto de la cotización mensual (1996: S/. 3.50; 1997: S/. 5.00 y 1998: S/. 10.00). El descenso se hace mayor cuando el incremento es del 100%, esto ocurre al pasar el SIS a ser administrado por la Municipalidad distrital, como consecuencia, el factor de confianza del afiliado en el responsable del manejo del SIS es decisivo también para entender la dinámica de (des)afiliación.

1.4 Causas de pérdida del estatuto de afiliado

Los factores que llevan a la pérdida del estatus de afiliado son: la morosidad en las cotizaciones (más de tres meses sin cotizar) y el cambio de domicilio fuera del área del distrito. Se reporta la situación al Concejo Municipal. Dichos factores no han sido modificados desde la puesta en marcha del SIS, como causales. Se ha agregado en 1998 una penalidad monetaria equivalente a una cotización mensual para quienes tuviesen más de tres meses sin cotizar y desearan recuperar su condición de afiliado.

Algunos afiliados fueron excluidos por la morosidad en las cotizaciones. La decisión fue tomada por el Concejo.

1.5 Penetración del grupo destinatario

La proporción del grupo destinatario cubierta por el SIS en 1998 fue de 10.4%. Su evolución durante los últimos tres años ha sido decreciente, en especial en 1998. En la actualidad no hay proyecciones realizadas por los responsables del SIS respecto a la captación de afiliados.

2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS

2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

La selección de los paquetes de prestaciones que propuso finalmente el SIS fue realizada en base a los siguientes elementos: servicios de atención primaria de salud disponibles en la localidad de Sama y en la ciudad de Tacna, afecciones más comunes y la capacidad contributiva de los afiliados. Las decisiones principales al respecto fueron tomadas por el Concejo Municipal.

Éstas se expresan en la Ordenanza Municipal N° 001-97 de la Municipalidad distrital de Sama-Las Yaras, que da origen y norma el Programa de Servicio de Salud Primaria-Seguro de Salud, como nueva denominación del SIS.

Los cambios que tuvo el paquete de beneficios respecto al período de inicio de las actividades del SIS fueron tres: acceso a consulta con médicos especializados (pediatra y odontólogo), ambulancia para evacuaciones de emergencia y servicio de

laboratorio. Estos cambios se lograron cuando el SIS pasó a administración municipal y se contrataron los servicios del Centro Médico de la Obra Kolping²⁸, como prestador de servicios de salud, además del CLAS-PS (a fines de 1997).

La causa explícita de esos cambios fue la demanda de un sector de los afiliados por una ampliación de beneficios, en particular la atención médica especializada. La decisión provino del propio Concejo Municipal. Representaron un incremento del 50% en el monto de cotización de los afiliados.

El cuadro siguiente presenta de modo esquemático el único paquete de beneficios del SIS vigente en 1998, indicando los servicios cubiertos y los no cubiertos (la notación "B" indica que el conjunto de beneficiarios pueden acceder a la prestación correspondiente).

Cuadro N°19: Beneficios ofrecidos por el SIS

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de Espera	Derivación obligatoria ⁽¹⁾
Intervenciones quirúrgicas no programadas	NO CUBIERTO				
Todas					
Atención del parto	B ⁽²⁾	NO	-	2 meses	N/A
Todas					
Hospitalizaciones medicalizadas no programadas	NO CUBIERTO				
Todas					
Atención ambulatoria programada	B	NO	-	2 meses	N/A
Todas					
Atención preventiva	B	NO	-	2 meses	N/A
Todas					
Atención ambulatoria no programada	B	NO	-	2 meses	N/A
Todas					
Medicamentos	B	NO	-	2 meses	N/A
Todos					
Transporte/evacuación	B	NO	-	2 meses	NO
Laboratorio/radiología	B	NO	-	2 meses	NO
Sepelio	B	NO	1 anual	2 meses	NO

Fuente: Municipalidad distrital de Sama, Ordenanza Municipal 001-97 Programa de Servicios de Salud Primaria "Seguro del Agricultor"

Notas: (1) No había cobertura del segundo nivel de atención de salud
(2) B = Beneficiario, incluyendo el afiliado

Existe un único paquete de beneficios para todos los afiliados y beneficiarios. Mediante el pago de las cotizaciones correspondientes todos los afiliados del SIS tienen la posibilidad de asegurarse para el mismo paquete de beneficios, de forma

²⁸ La Obra Kolping es una organización católica que opera además como una asociación de promoción al desarrollo, con acciones dirigidas a poblaciones en situación de pobreza.

inmediata. El SIS informa a los afiliados en cuanto a los servicios cubiertos a través de un panel ubicado en sus oficinas dentro de la Municipalidad.

Se utiliza un sistema de evacuación, solo en casos de emergencia, hacia el Hospital General. El médico del PS es quien decide derivar el enfermo a un nivel superior.

Sin embargo, no existe una cobertura para los gastos no relacionados con los servicios médicos, (transporte, alimentación, alojamiento, etc.) que los beneficiarios deban asumir para obtener el tratamiento.

Los encargados de la gestión del SIS no efectúan arbitrajes para decidir la cobertura de los beneficiarios.

Cuadro N°20: Número de prestaciones otorgadas con más frecuencia durante los cuatro últimos ejercicios:

N°Prest.\Años	1995	1996	1997	1998
Consultas	1536	1724	1281	69
Inyectables	729	642	376	13
Curaciones	270	713	375	26
TOTAL	2535	3079	2032	108

Fuente: Informes mensuales y anual del CLAS-PS Sama Las Yaras 1995-1998

2.2 Pago de las prestaciones

El SIS para otorgar las prestaciones al afiliado emplea la modalidad de pago a cargo de terceros (el prestador le cobra directamente al seguro). La fórmula de pago no difiere según el tipo de servicio cubierto, pero sí el pago al servicio diferenciado según el prestador.

En el caso del CLAS-PS se emplea un modelo de pago "per cápita" del SIS al prestador, cancelándose S/. 2.00 por consulta, medicamentos según tarifario, S/. 2.00 por curación simple, S/. 5.00 por curación mayor y S/. 0.50 por inyectable. En el caso del Centro Médico de la Obra Kolping la consulta incluye la medicina, pero la tarifa de la misma es variable (de S/. 4.00 hasta S/. 10.00), según la afección que se trate.

Las facturas de los prestadores son controladas a través de una revisión de la documentación presentada por éstos, verificando que exista concordancia entre los informes y los comprobantes entregados, así como examinando algunos casos con más detalle.

Cuando el afiliado no está al día en el pago de sus cotizaciones, hasta por un plazo de tres meses se le suspenden los derechos y para reincorporarse debe cancelar los meses adeudados y una cotización mensual como multa²⁹. Esta disposición, sin embargo, expresada como norma, no figura en documento alguno ni tampoco se

²⁹ Al inicio esta penalidad fue impuesta informalmente, luego quedó estipulada en la Ordenanza.

cumple. Por ello existe un grado importante de arbitrariedad frente a las sanciones a aplicar frente a los incumplimientos de los afiliados.

El SIS emplea un cuaderno para registrar las prestaciones otorgadas por tipo de servicio.

El modo como se organiza la información en el SIS no permite conocer rápidamente si los pedidos de prestaciones son proporcionalmente más importantes para algún sub-grupo particular de afiliados.

2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

a) *Otros servicios financieros en el ámbito de la salud*

El SIS no pone a disposición de los afiliados ningún sistema de crédito para gastos de salud para los servicios no cubiertos, ni de ahorro para la salud. Tampoco lo ha considerado.

b) *Oferta de atención médica*

El SIS no provee servicios médicos directamente, del modo como funcionaba en el año 1998, último año de sus operaciones, ya que la Municipalidad se encargaba de contratar a prestadores de servicios de salud.

c) *Prevención y educación para la salud*

El SIS no participa en actividades de prevención y/o educación para la salud, lo que ocurre es que la Municipalidad como tal coordina con el CLAS-PS para estas actividades. Las principales realizadas en este ámbito durante los tres últimos años han sido las campañas contra el cólera y de potabilización del agua.

La determinación de los objetivos y de los temas abordados durante dichas actividades es realizada por el CLAS-PS, quien solicita luego la colaboración de la Municipalidad distrital. Son campañas vinculadas en cierto modo a los servicios de salud primaria cubiertos por el SIS. Las acciones se dirigen a toda la población de la zona y son conducidas por el CLAS-PS.

d) *Otro tipo de servicios*

La Municipalidad distrital, como gobierno local, tiene la responsabilidad de brindar un conjunto de servicios a la población que se encuentra en su jurisdicción: saneamiento ambiental y limpieza pública, infraestructura, agua y desagüe, electrificación, promoción educativa y de la salud.

Los vínculos entre dichos servicios, la dinámica de afiliación al SIS y el funcionamiento del mismo han sido gravitantes para su permanencia. Es posible

apreciar el descenso drástico de afiliaciones cuando se pasa a la administración municipal del SIS. Además del incremento de la cotización en un 50% en el tránsito 1997-1998, parece existir un problema de credibilidad y confianza en una adecuada gestión del SIS por parte de la Municipalidad distrital, de acuerdo a las expresiones de algunos ex afiliados.

3. Aspectos financieros del funcionamiento.

3.1 Fuentes de financiamiento del SIS

a) Cotizaciones

La cotización mensual en el período anual de 1998 ascendió a S/. 10.00, pagadera en efectivo. Es una cuota fija, que debe pagarse dentro de los primeros días de cada mes. No se fijan montos diferentes según la categoría de afiliados (edad, sexo, estado de salud, etc.); es independiente del ingreso familiar y de los riesgos personales de salud del afiliado. Solamente los afiliados aportan cotizaciones.

Excepcionalmente puede exonerarse a algunos afiliados o beneficiarios del pago de cotizaciones. Solamente en casos de extrema carencia económica. Esta exoneración es solicitada y aprobada por el Alcalde³⁰.

El monto de la cotización fue establecido sobre la base de tres criterios: a) las tarifas de los servicios de salud primaria en los establecimientos del Estado b) la cotización del trabajador respecto a sus ingresos en la Seguridad Social y c) la capacidad de pago de los potenciales afiliados. Fue propuesto y sustentado ante el Concejo Municipal por el asesor del Alcalde y aprobado finalmente en sesión de Concejo.

Las cotizaciones de los afiliados son abonadas en efectivo a inicios de cada mes³¹ y son pagadas en la tesorería de la Municipalidad, entregando ésta como comprobante un recibo de uso exclusivo del SIS. La forma mensual de pago de las cotizaciones coincide hasta cierto punto con la percepción mensual de ingresos de determinados segmentos de afiliados.

En caso de atraso en el pago de las cotizaciones el SIS reclama a los afiliados directamente, es decir, por la vía de una comunicación personal, de modo informal, no sistemático.

³⁰ Lo cubre la Municipalidad distrital, no el SIS realmente.

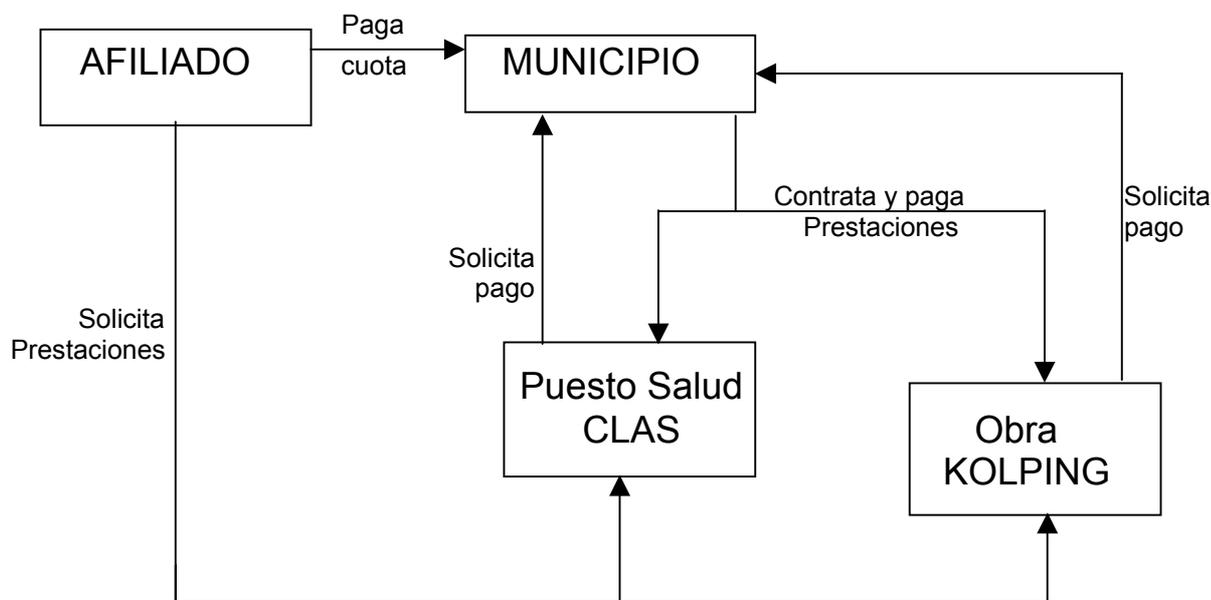
³¹ No se respetó esta disposición en la práctica, pues los pagos de las cotizaciones se realizaban en cualquier momento.

Cuadro N°21: Monto total de las cotizaciones recibidas por el SIS 1996-1998

Origen	Monto total					
	Ejercicio 1996		Ejercicio 1997		Ejercicio 1998	
	S/.	\$	S./	\$	S/.	\$
Cotizaciones recibidas de los afiliados	4,510	1,840.8	4,435	1,667.3	3,550	1,258.9

Fuentes: (1) Informes anuales del Plan Local de Salud del CLAS-PS Sama-Las Yaras
 (2) En1998 Informe resumen anual de la Secretaría del Programa de Servicios de Salud Primaria de la Municipalidad de Sama.

El siguiente gráfico presenta el modo cómo se da el flujo de recursos y funcionamiento del SIS durante el último ejercicio (1998), cuando el SIS mantiene convenios con dos prestadores de salud:



El monto de la cotización está sujeto a una revisión y ajuste anual. Esta labor se encuentra a cargo del asesor administrativo del Alcalde. Se utiliza para ello la información generada por las prestaciones y sus respectivos costos.

En el período 1995-1997 el monto de la cotización estaba inicialmente en función de la tarifa de la consulta médica, pero también de los requerimientos para financiar la adquisición de la ambulancia (posteriormente del equipo odontológico) y del nivel de ingresos del grupo destinatario. En 1998 se incorporan otros criterios, como se ha explicado antes.

Cuadro N°22: Cambios efectuados en el monto de las cotizaciones anuales desde el inicio de las actividades del SIS

Cotización\Año	1995	1996	1997	1998
Monto (S/.)	2.00	3.50	5.00	10.00
Monto (US\$) (equivalente)	1.00	1.4	1.9	3.5

Fuente: (1) Informes anuales del Plan Local de Salud del CLAS-PS Sama-Las Yaras
(2) En 1998 Informe resumen anual de la Secretaría del Programa de Servicios de Salud Primaria de la Municipalidad de Sama.

Las causas de dichos cambios fueron el incremento de costos de servicios de asistencia médica. Fueron decididos por los administradores del SIS respectivos (1995-1997, el CLAS-PS; 1998, la Municipalidad distrital). Implicaron modificaciones de los paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS, pues a partir de 1996 el PS contó con una ambulancia para evacuaciones de emergencia y en 1998 una cobertura de asistencia médica especializada y servicios de laboratorio³².

b) *Cuota de afiliación, parte del capital social.*

Para afiliarse al SIS no es necesario pagar cuota de afiliación.

c) *Contribuciones financieras del Estado (instituciones de derecho público, por ejemplo, regiones, provincias, municipalidades, etc.) y de las colectividades locales*

El Estado, a través de la Municipalidad distrital, aportó contribuciones financieras todos los años de funcionamiento del SIS, inicialmente (1995-1997) a través de un subsidio a los medicamentos, para posteriormente cubrir una parte de los costos de asistencia médica y los medicamentos básicos.

Cuadro N°23: Contribuciones financieras del Estado al SIS 1996-1998

Origen	Monto total					
	Ejercicio 1996		Ejercicio 1997		Ejercicio 1998	
	S/.	\$	S/.	\$	S/.	\$
Contribuciones recibidas de la Municipalidad	7,827	3,194.7	9,187	3,453.8	15,580	5,524.8

Fuente: (1) Informes anuales del Plan Local de Salud del CLAS-PS Sama-Las Yaras
(2) En 1998 Informe resumen anual de la Secretaría del Programa de Servicios de Salud Primaria de la Municipalidad de Sama.

La Municipalidad destinó en 1995 dentro de su presupuesto la cantidad de S/. 15,000 (aproximadamente US\$ 7,500) para cubrir los gastos de medicamentos de los afiliados, de acuerdo al Convenio suscrito en aquel momento con el CLAS-PS. En los años siguientes (1996 y 1997) se destinó una cantidad similar, pero los gastos en medicamentos no alcanzaron este límite. Se trataba de contribuciones

³² Como referencia, una consulta en la ciudad de Tacna en 1998, en consultorio privado, estaba en no menos de S/. 10.00, equivalente a US\$ 3.5

regulares por año. Este vínculo y el carácter de la contribución fueron modificados en 1998, como consecuencia del nuevo Convenio donde la administración del SIS pasaba a manos de la Municipalidad y el CLAS-PS a ser un prestador de servicios de salud exclusivamente³³.

Este pago se financiaba con diversas fuentes de ingresos del presupuesto municipal (Fondo de Compensación Municipal, Aduana, Transferencias, etc.) las cuales no siempre estaban disponibles oportunamente, generando retrasos en el pago a los prestadores de salud.

El SIS no ha recibido otras formas de contribución, explícitas o implícitas, del Estado.

d) *Donaciones y subvenciones provenientes de otros contribuyentes*

No se recibieron subvenciones o donaciones provenientes de otros contribuyentes.

e) *Préstamos y créditos*

El SIS no solicitó préstamos ni créditos de ningún tipo para su funcionamiento.

f) *Transferencia de fondos de la parte de la organización responsable del SIS*

El financiamiento del SIS (contabilidad, tesorería, gestión) no está separado de las otras actividades de la Municipalidad. No se prevén cambios en este aspecto.

La Municipalidad no transfirió otros fondos al SIS.

g) *Otros*

No existen otras fuentes de financiamiento importantes del SIS.

3.2 Costos

Visto en conjunto, el monto de las prestaciones pagadas fue descendiendo en los tres últimos años, aunque a un ritmo distinto del descenso de la afiliación. A pesar de lo anterior, las prestaciones de medicamentos continuaron con tendencia a incrementarse.

³³ La información acerca del monto del SIS en el presupuesto municipal de Sama entre 1995-1997 nos fue proporcionada por el asesor del Alcalde distrital. En el documento del presupuesto municipal de 1998 que sí hemos consultado figura el "Programa de Servicios de Salud Primaria-Seguro del Agricultor y Seguro del Pescador" con un monto total de S/. 40,000.00 (aproximadamente US\$ 14,184.4 en 1998) a ser distribuido entre los dos seguros.

De otro lado, tanto en 1996 como en 1997 la Municipalidad y el CLAS-PS continuaron operando el seguro sin renovar el convenio formalmente, es decir, con una renovación automática y basada en la palabra y en un vínculo de confianza.

Cuadro N°24: Monto de las prestaciones pagadas por el SIS durante los tres últimos ejercicios

Prest. Pagadas\Año	1996		1997		1998	
	S/.	\$	S/.	\$	S/.	\$
Medicamentos	7,827	3,194.7	9,187	3453.8	12,159	4,311.7
Consultas, inyectables, curaciones	7,953	3,246.1	7,014	2636.8	2,826	1,002.1
Sepelio	0	0	0	0	595	211.0
TOTAL	15,780	6,440.8	16,201	6090.6	15,580	5,524.8

Fuentes: (1) Informes anuales CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1997

(2) Informe Anual 1998 del Programa de Servicios de Salud Primaria de la Municipalidad distrital de Sama.

No existe un cálculo preciso de los costos de administración. Se estima en alrededor de S/. 3,000.00 para el año 1998 (US\$ 1,063.8). No están disponibles cifras para los años anteriores. Los componentes más importantes son: remuneraciones (25% del salario de los empleados), formatos e impresiones, útiles de oficina, trámites, pasajes y viáticos³⁴.

Otros costos de operación son los de promoción: afiches y movilidad.

3.3 Excedentes y distribución de los excedentes

El estatus jurídico del SIS durante 1995-1998, a pesar del cambio de responsable, lo define como un servicio subsidiado, sin fines de lucro por lo tanto. En tal sentido, si comparamos ingresos y egresos en cada ejercicio lo que tendremos es un monto de egresos siempre superior a los ingresos.

3.4 Fondos de reserva

Según el presupuesto municipal 1998 del distrito de Sama el Programa de Servicios Básicos de Salud y Suministro de Medicina (que comprende el Seguro del Agricultor y el Seguro del Pescador) dispone de S/. 40,000.00 para su ejecución. No se señala la existencia de un fondo de reserva.

4. Prestadores de atención médica

4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS.

Los beneficiarios pueden recurrir únicamente a los prestadores designados por el SIS. La Municipalidad informa a los beneficiarios sobre los prestadores a los cuales pueden acudir a través de comunicaciones verbales en las reuniones con los afiliados y en sus oficinas en alguno de los pizarrines con que cuenta la Municipalidad.

³⁴ Este monto aproximado proviene del 25% de la remuneración anual de la Secretaria Técnica del SIS en 1998 (igual a S/. 2,040.00, equivalente US\$ 723.4) y de alrededor de S/. 960.00 en útiles de oficina.

Cuadro N°25: Prestadores autorizados por el SIS

Nombre/Identificación Prestadores	Localización	Tipo	Nivel	Tipo servicios ofrecidos	Fecha de autorización
PS Sama-Las Yaras	Dist. de Sama	Estata Minist. Salud	Prim.	Medicina general, Consultas Curación Cirugía menor	Marzo de 1995
Centro Médico Obra Kolping	Tacna(ciudad)	ONG	Prim.	Medicina general Consultas Curación Cirugía menor Pediatria Odontología Laboratorio	Febrero de 1998

Fuentes: (1) Convenios de la Municipalidad distrital de Sama con el CLAS-PS de Sama Las Yaras
(2) La Obra Kolping

Existe otro prestador del mismo nivel en la zona de implementación del SIS (en realidad, en la ciudad de Tacna, donde pueden acceder los beneficiarios del SIS): Centro Médico "Cristo Rey", perteneciente a una ONG. No existen prestadores autorizados en situación de monopolio con respecto a los afiliados del SIS.

Los criterios adoptados para elegir a los prestadores autorizados fueron los siguientes: que el prestador sea una entidad sin fines de lucro, las tarifas económicas y el buen trato a los afiliados. La selección fue hecha por el Concejo Municipal, a propuesta del asesor del Alcalde. Los prestadores autorizados acuerdan precios con el SIS, en una negociación entre administradores de las entidades respectivas, las cuales se materializan posteriormente en convenios.

Existen algunos problemas de disponibilidad de medicinas en ocasiones en que se retrasan los pagos al prestador. Para ello se busca tomar algunas previsiones financieras para hacer frente a esos problemas.

4.2 Relaciones entre los prestadores y el SIS

El SIS ha firmado convenios cada uno de los prestadores, donde se estipulan los derechos y obligaciones de cada una de las partes para otorgar los servicios del seguro, así como las acciones comunes. El asesor administrativo del Alcalde es quien está a cargo de la negociación de los acuerdos con los prestadores. En los convenios se especifican los términos de los acuerdos entre el SIS y los prestadores. A continuación exponemos de manera resumida los compromisos

compartidos entre el SIS y los prestadores, así como los que son específicos de cada convenio.

En cuanto a las acciones compartidas entre el SIS y los prestadores tenemos:

- a) Proporcionar atención de salud primaria y medicamentos.
- b) Promover y organizar acciones de medicina preventiva.
- c) Construir y equipar centros de atención de primeros auxilios.
- d) Realizar programas de saneamiento rural y control de epidemias.

En el caso específico del Convenio del CLAS-PS y la Municipalidad distrital se indica además que son acciones compartidas las siguientes:

- e) Desarrollar programas de educación ambiental.
- f) Normar y controlar el aseo, la higiene y la salubridad de establecimientos públicos y privados.
- g) Realizar programas de prevención, educación sanitaria y profilaxis local.

La Municipalidad de Sama, como responsable del SIS, se compromete en ambos convenios a:

- a) Registrar y afiliar al asegurado, llevando el control de las cotizaciones y prestaciones.
- b) Proporcionar al asegurado su carnet de identificación.
- c) Cancelar al prestador por los servicios de atención médica.
- d) Emitir la relación mensual de asegurados habilitados.
- e) Ceder en uso equipamiento, infraestructura y bienes a favor del prestador.
- f) Gestionar ante entidades públicas y privadas donaciones, transferencias y activos a favor del seguro.

En el caso específico del convenio con el CLAS-PS éste se compromete a:

- a) Dar servicio médico primario a los asegurados habilitados en medicina general, obstetricia, enfermería, cirugía menor, curaciones, inyectables y otros.
- b) Servicio de ambulancia.
- c) Poner a disposición del asegurado todos los servicios del establecimiento.
- d) Presentar en forma mensual el informe de atención y prestaciones a los asegurados, con la documentación sustentadora.

En el caso específico de la Obra Kolping, ésta se compromete a:

- a) Dar servicio médico a los usuarios habilitados del seguro en medicina general, obstetricia, odontología, enfermería, cirugía menor, curaciones, inyectables, laboratorio y otros.
- b) Presentar en forma mensual el informe de atención y prestaciones a los asegurados, con la documentación sustentadora.

Los prestadores autorizados conceden ventajas particulares para el SIS y sus beneficiarios. Las ventajas otorgadas con respecto a las tarifas consisten en una reducción de algunas tarifas desde un 30% hasta en un 50%, según el servicio. En cuanto a la calidad de servicio se da al asegurado un trato especial en cuanto a recepción y espera para su atención médica.

No se han resuelto los convenios con ningún prestador.

Los prestadores verifican el derecho a la prestación del asegurado a través de su carnet de identificación, que registra las cotizaciones abonadas.

El SIS no dispone de un mecanismo ni actividades particulares para recoger sistemáticamente la opinión de los beneficiarios en cuanto a la calidad de los servicios. Los responsables del funcionamiento del SIS toman conocimiento de esta opinión de modo pasivo, es decir ante la iniciativa de algún afiliado que acude a la oficina respectiva de la Municipalidad.

No se organizan reuniones regulares entre los prestadores y el SIS. Sólo ocasionalmente, sin que se trate de un procedimiento formal, cuando se requiere revisar asuntos del funcionamiento del SIS que deben ser tratados especialmente.

Los beneficiarios o los responsables del SIS no participan en la gestión de las actividades de los prestadores, la cual es una tarea que éstos asumen con carácter exclusivo.

Tampoco se encuentra en el SIS medidas orientadas a incrementar los niveles de desempeño de los profesionales de la salud vinculados laboralmente a los prestadores, como por ejemplo incentivos (premios, formación, etc.) al personal del cuerpo médico, como parte de los mecanismos de funcionamiento del SIS.

4.3 Pago a los prestadores

La modalidad de facturación que utilizan los prestadores de atención médica es Cápita mensual por atenciones y medicinas. Este modo de facturación ha permanecido igual en el curso de los últimos años. No se realiza un control de la pertinencia de la facturación de los prestadores, es tan solo una verificación administrativa.

El procedimiento seguido por el SIS para el pago a los prestadores es el siguiente: la Secretaría Técnica recibe el informe mensual del prestador y lo revisa. Elabora un informe de conformidad a Tesorería de la Municipalidad. Esta gira dos cheques, uno por atenciones y otro por medicamentos. El prestador emite una boleta de venta (comprobante de pago) por cada ítem.

Sin embargo, el plazo medio de pago a los prestadores se encuentra entre las tres semanas y los tres meses, cuando por convenio no debe pasar de dos semana. No existen diferencias importantes según los prestadores; sí en cuanto al período del

año, dado que en el primer trimestre la Municipalidad suele tener problemas de liquidez. De modo ocasional en otro período del año³⁵.

5. Administración y gestión del SIS

5.1 Estatutos y reglamentos

El SIS no tiene una personería jurídica propia ni tampoco posee estatutos. Las disposiciones en el plano fiscal y en materia de control, relacionadas con el estatus legal del SIS son las que corresponden al conjunto de las acciones de la municipalidad.

El SIS fue creado por una ley municipal, que le da origen y norma su funcionamiento, expresado en la Ordenanza 001-97 de la Municipalidad distrital de Sama, de setiembre de 1997. Fue elaborada por el asesor administrativo del Alcalde junto a la Comisión de Salud y Bienestar Social y presentada a sesión de Concejo Municipal para su aprobación.

Los principales puntos de su contenido se refieren a la finalidad del Programa de Servicios de Salud Primaria - Seguro de Salud, alcance, principios que lo sustentan, del Seguro como tal, registro y afiliación, aportes (cotizaciones), coberturas, recursos y patrimonio, administración, prestadores de salud y asegurados (afiliados y beneficiarios).

5.2 Organización de la gestión del SIS

Formalmente, un Comité de Administración (integrado por el Alcalde, dos regidores y un delegado de los asegurados) está a cargo de la gestión global del SIS. Todos son varones. El Comité es nombrado por el Concejo y su responsabilidad es hacer cumplir lo dispuesto en la Ordenanza y proponer las modificaciones necesarias para el mejor funcionamiento del Seguro.

El Comité cuenta con una Secretaría Técnica como apoyo administrativo, por lo que tiene a su cargo las tareas operativas de rutina del Programa.

Los órganos de gestión del SIS son el Comité de Administración y la Secretaría Técnica. Estos órganos son exclusivos para el SIS. Dependen políticamente del Concejo Municipal, quien designa a los responsables de dichos órganos. Estos utilizan los servicios de Tesorería de la Municipalidad.

³⁵ Las municipalidades en el Perú financian su presupuesto sobre la base de diferentes contribuciones del gobierno central, otras de carácter regional y también con algunos ingresos propios. En el caso del distrito de Sama el 50% de su presupuesto de 1998 provenía del Fondo de Compensación Municipal, Rentas de Aduana y Canon Minero, siendo solamente el 38% proveniente de recursos directamente recaudados. El retraso en estas transferencias ocasiona dificultades serias en la ejecución de los planes de las municipalidades.

El aseguramiento y los servicios de asistencia médica tienen gestiones independientes.

Cuadro N°26: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Título del puesto	Asalariado/ Benévolo	Fecha de creación del puesto	Calificación del titular actual	Principales tareas
Secretaría Técnica	Asalariado (25% de su tiempo)	1997	Técnica en Secretariado	- Registro de cotización - Control prestaciones - Difusión e informes

Fuente: Entrevista con Secretaría Técnica del Programa Municipal de Servicios de Salud Primaria de Sama

Cuadro N°27: Otro personal asalariado, no empleado por el SIS o voluntario

Categoría	Número	Organización responsable	Porcentaje de tiempo de trabajo consagrado al SIS	Principales tareas
Asesor del Consejo Municipal	1	Municipalidad	20%	- Negociación con prestadores - Propone normas
Contador	1	Municipalidad	10%	- Pago a prestador

Fuente: Entrevista con Secretaría Técnica del Programa Municipal de Servicios de Salud Primaria de Sama

5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión

Al momento de inscribirse los nuevos afiliados son informados verbalmente sobre sus derechos y obligaciones y sobre el funcionamiento del SIS por la Secretaría Técnica del Programa. La única información que se suministra a los afiliados sobre el funcionamiento del SIS es la relativa a las prestaciones, a través de comunicaciones verbales y hojas impresas. No se comprueban esfuerzos para que la información sobre el funcionamiento del SIS sea accesible a los afiliados.

El papel previsto en la Ordenanza para los afiliados al SIS es el de informar al Comité de Administración acerca de la calidad de servicios que los prestadores brindan, así como presentar propuestas y sugerencias al mismo órgano de gestión.

Uno de los afiliados participa dentro del Comité, pero es designado por el Concejo y no por los afiliados.

En términos reales los afiliados están al margen de las principales decisiones: selección del paquete de beneficios, el monto de las cotizaciones, las modalidades de pago de las cotizaciones, la selección de los prestadores, la selección de los responsables, la evaluación del funcionamiento del SIS.

El SIS no dispone de un dispositivo en particular para responder a los pedidos de información y los reclamos de los afiliados. Cuando estos ocurren son atendidos y tramitados por la Secretaría Técnica.

5.4 Gestión de las disponibilidades

Una vez que la entidad prestadora remite su informe y la Secretaría Técnica verifica la documentación, ésta informa y solicita el pago para el prestador a la Tesorería de la Municipalidad. El Comité de Administración autoriza los gastos corrientes efectivos.

El SIS dispone de una cuenta bancaria. El Alcalde y el Tesorero de la Municipalidad tienen la firma de los cheques y de los giros. El banco no es de fácil acceso para el SIS, se encuentra en la ciudad de Tacna, a 44 km. de distancia.

Se reciben las cotizaciones en efectivo y se paga a los prestadores con cheque.

5.5 Sistemas de información e instrumentos de gestión

a) Registro contable

El SIS no dispone de una contabilidad propia, solamente un libro de ingresos y egresos.

b) Información sobre afiliaciones, cotizaciones y prestaciones

El SIS utiliza los siguientes documentos:

- Registro de afiliados, que consiste en un archivo de las "Cédulas de Registro y Afiliación" al SIS, completados por los titulares y firmados por el Alcalde.
- Tarjeta de identificación del afiliado, que cada afiliado posee para acreditar su condición de tal, así como para registrar el pago de sus cotizaciones.
- Ficha de pago de cotizaciones, donde el SIS lleva el control de los pagos efectuados por cada afiliado.

c) Instrumentos de gestión

Se establece con carácter periódico (anual): un presupuesto, un estado de resultado y algunos indicadores de funcionamiento básicos. El sistema de información del SIS es manual y solamente permite disponer de forma rápida de datos sobre la recaudación de las cotizaciones. No hay operaciones o registros realizados mediante procesos informáticos. No se elaboran informes de actividad del SIS de modo regular y a exclusividad, se incluyen normalmente dentro de la memoria anual de la Municipalidad. En determinadas ocasiones el Comité de Administración solicita a la Secretaría Técnica del Programa algunos informes específicos.

d) Formalización de los procedimientos de gestión

Los formularios utilizados para el funcionamiento corriente del SIS son:

- Cédula de Registro y Afiliación.
- Ficha del afiliado.
- Carnet de identificación y registro de cotizaciones.
- Padrón de afiliados.
- Recibo de pago de cotizaciones.

5.6 Función de control

Los controles internos practicados son:

- Control de caja
- Control del derecho a cada prestación (por el CLAS-PS)
- Control de facturación de las prestaciones

Estos controles no se efectúan en forma regular. Tampoco se realiza auditoría externa al SIS.

5.7 Distribución de funciones

Cuadro N°28: Distribución real de funciones en la administración municipal del SIS

	Organos del SIS Comité de Administrac.	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
Gestión de prestaciones					
¿Quién decide los paquetes de beneficios?	X				
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?	X				
¿Quién decide la derivación de un enfermo a un nivel superior?			X		
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (frecuencia por servicio cubierto, costo promedio, etc.)			X		
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones					
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?	X				
¿Quién actualiza los registros de afiliados?	X				
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?	X				
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	X				
¿Quién calcula el monto o porcentaje de las cotizaciones?	X				
¿Quién decide el monto o porcentaje de las cotizaciones?	X				
¿Quién recauda las cotizaciones?	X				

	Organos del SIS Comité de Administrac.	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?	X				
Gestión de relaciones con los prestadores					
¿Quién elige a los prestadores?	X				
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?	X				
¿Quién retira la autorización a un prestador?	X				
¿Quién decide el pago a los prestadores ?	X				
Contabilidad y gestión financiera					
¿Quién efectúa los registros contables?	X				
¿Quién prepara el presupuesto?	X				
¿Quién elabora el sistema de administración contable?	X				
¿Quién elabora los estados de resultado?	X				
¿Quién establece el balance?	N/A				
¿Quién calcula los indicadores financieros?	N/A				
¿Quién propone la distribución del excedente?	N/A				
¿Quién decide la distribución del excedente?	N/A				
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?	X				
¿Quién cobra las créditos?	N/A				

	Organos del SIS Comité de Administrac.	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién decide las inversiones financieras?	N/A				
¿Quién autoriza los gastos?	X				
¿Quién administra la caja?	N/A				
Control					
¿Quién controla la caja?	X				
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?	X				
¿Quién controla a los beneficiarios?	X				
¿Quién controla el pago de cotizaciones?	X				
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?	X		X		
¿Quién controla la facturación de los prestadores?	X				
¿Quién efectúa el control médico?	N/A				
¿Quién sanciona los fraudes?	X				
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?	X				
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario					
¿Quién decide convocar la asamblea general?	N/A				
¿Quién organiza la asamblea general?	N/A				
¿Quién designa a los responsables?	X				

	Organos del SIS Comité de Administrac.	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto a los paquetes de beneficios?	X				
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?	X				
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?			X		

Fuente: Ordenanza Municipal 001-97 Municipalidad distrital de Sama; Convenios de la Municipalidad de Sama con los prestadores de servicios de salud en 1998: CLAS-PS Sama Las Yaras y Obra Kolping; informes del CLAS-PS 1998 y entrevistas con la Secretaría Técnica del "Seguro del Agricultor" y la Médico-Jefe del PS Sama Las Yaras.

5.8 Equipamiento e infraestructura

La Municipalidad tiene un área pequeña de oficinas administrativas, semi-independientes, donde se ubica la Secretaría Técnica, entre otras dependencias ediles. El Comité de Administración no tiene una oficina exclusiva, tampoco la Secretaría Técnica. Es un pequeño apartado de 2 x 2 metros dentro de un área más amplia, al interior del local de la Municipalidad.

El SIS no emplea equipo informático. Cuenta con el teléfono y fax de la Municipalidad, como medios de comunicación.

No existe un equipamiento propio del SIS, se emplean el vehículo, la fotocopidora y otros de la Municipalidad. La ambulancia adquirida en 1996 fue inscrita como propiedad del CLAS-PS Sama Las Yaras.

6. Actores en relación con el SIS

6.1 Estructura de reaseguro y fondos de garantía

El SIS no participa en un mecanismo de reaseguro ni tampoco en un fondo de garantía.

6.2 Estructuras de asistencia técnica

El SIS no recibe ni ha recibido asistencia técnica de ningún tipo.

6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social

El SIS no ha establecido relaciones con sindicatos, asociaciones, mutuales ni cooperativas que brinden servicios similares.

6.4 Otros actores

El SIS tampoco sostiene relaciones con algún otro tipo de actores.

VI. Indicadores del funcionamiento del sistema de seguro de salud

En este apartado se presentan algunos indicadores que permiten ilustrar determinados aspectos del desempeño del SIS. Los indicadores elegidos fueron definidos en el documento "Guía para la realización de Estudios de Caso de Sistemas de Seguro de Salud (Micro-seguros)" preparado específicamente para este trabajo³⁶. Estos mismos indicadores no son utilizados en la gestión habitual del SIS, pero son útiles para poder apreciar mejor su funcionamiento.

1. Dinámica de afiliación

1.1 Relación entre el número de beneficiarios y el número de miembros del grupo destinatario.

Cuadro N°29: Relación entre el número de beneficiarios y el número de miembros del grupo destinatario

	1996	1997	1998
Benef/Grupo dest.	56.2	47.9	10.6

Fuentes: Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad. Censos de Población y Vivienda 1993 y proyecciones a 1997-1998.

Este indicador es un porcentaje de cobertura efectiva del SIS sobre el conjunto del grupo destinatario. Puede observarse cómo ésta se reduce drásticamente en 1998.

1.2 Tasa de crecimiento del número de afiliados.

Cuadro N°30: Tasa de crecimiento del número de afiliados

	1996	1997	1998
Tasa crecimiento	-9.7	-12.9	-47.8

Fuente: Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad de Sama.

Este indicador permite medir el ritmo anual de afiliaciones, relacionando año tras año el número total de afiliados. Como se observa, luego del primer año de funcionamiento (1995) la tasa de crecimiento de las afiliaciones fue siempre negativa.

1.3 Promedio de beneficiarios por afiliado.

Cuadro N°31: Número promedio de beneficiarios por afiliado

	1996	1997	1998
Promed Benef x Afil	5.4	5.5	2.5

Fuente: Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad de Sama

³⁶ En la Guía se muestran un número mayor de indicadores a los empleados acá, en la medida que todos los elaborados ahí no eran aplicables a este caso.

Este indicador nos muestra la carga familiar por afiliado y su evolución en los tres últimos ejercicios anuales. La razón de su importante reducción en 1998 fue la puesta en marcha del Seguro Escolar a escala nacional para los niños matriculados en las escuelas estatales, lo que motivó al SIS a excluir como beneficiarios a este segmento poblacional, para evitar duplicidades.

2. Utilización de servicios

2.1 Número promedio de utilización de servicios por los beneficiarios.

Cuadro N°32: Número promedio de utilización de servicios por los beneficiarios

	1996	1997	1998
Consultas	1.7	1.9	3.8
Inyectables	0.6	0.5	1.3
Curaciones	0.7	0.5	2.0

Fuente: Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad de Sama

Con este indicador podemos observar la intensidad en el uso de determinadas prestaciones o beneficios por parte de los beneficiarios y su evolución. Es significativo el incremento en 1998, a pesar de la reducción del número de afiliados y beneficiarios. Teniendo en cuenta el incremento del monto de la cotización se deduce que los afiliados decidieron utilizar más frecuentemente el seguro, justificando de ese modo el mayor desembolso por concepto de cotización que tuvieron que realizar.

2.2 Crecimiento del promedio anual del monto de prestaciones por beneficiario.

Cuadro N°33: Crecimiento del promedio anual del monto de prestaciones por beneficiario

	1996	1997	1998
Crecim. Promed.	-6.6	17.3	313.1

Fuente: Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad de Sama

A pesar que en el período 1995-1996 se consigue una cierta racionalización en el monto de las prestaciones por beneficiario, este logro no puede mantenerse y por el contrario se revierte totalmente en 1997-1998 poniendo altas exigencias a la sostenibilidad del Seguro.

3. Financiamiento y situación financiera

3.1 Excedente o déficit (ingresos y egresos).

Cuadro N°34: Relación entre Ingresos y Egresos del SIS

	1996	1997	1998
Excedente\Déficit	-11,270	-11,766	-12,030

Fuente: Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad de Sama

Como afirmáramos anteriormente, dado que el SIS es un servicio subsidiado, la relación negativa entre ingresos y egresos se cubre gracias a los aportes del CLAS-PS y la Municipalidad entre 1995-1997 y por la Municipalidad en 1998.

3.2 Porcentaje de cotizaciones recaudadas.

Cuadro N°35: Porcentaje de cotizaciones recaudadas

	1996	1997	1998
% cotizac. recaudad.	69.6	55.1	42.2

Fuente: Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad de Sama

Este indicador nos permite ver en qué medida las cotizaciones que se espera recaudar son efectivamente obtenidas. Se observa que en los tres últimos años el SIS vio caer sostenidamente su capacidad de recaudar las cotizaciones de los afiliados.

3.3 Relación prestaciones/cotizaciones devengadas.

Cuadro N°36: Relación prestaciones/cotizaciones devengadas

	1996	1997	1998
Prest./ Cotizac. dev.	3.5	3.6	4.4

Fuente: Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad de Sama

Esta relación indica en qué medida las cotizaciones son usadas para el pago de las prestaciones. En la medida que se aleje de la unidad y tienda a aumentar puede afirmarse que existirán desequilibrios financieros, causados probablemente por una subestimación de la cotización o un incremento descontrolado de las prestaciones.

3.4 Plazo de pago a los prestadores

Plazo promedio: 6 semanas, lo que ocasiona muchos problemas en la continuidad de las prestaciones.

4. Participación de los afiliados

4.1 Frecuencia de las Asambleas Generales o Reuniones

Cuadro N°37: Frecuencia de las Asambleas Generales o Reuniones

	1996	1997	1998
Frecuen. Asamblea	3	3	0

Fuente: *Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad de Sama*

4.2 Frecuencia de encuestas de opinión dirigidas a los afiliados por año

Cuadro N°38: Frecuencia de encuestas de opinión dirigidas a los afiliados por año

	1996	1997	1998
Frecuencia encuesta	0	0	0

Fuente: *Informes Anuales del CLAS-PS Sama Las Yaras 1996-1998 y de la Municipalidad de Sama*

VII. Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro de salud

Tal como se indica en la introducción, el objetivo de los estudios de caso no es realizar una evaluación del SIS. No obstante, es interesante recoger el punto de vista de los actores implicados en el funcionamiento del SIS (responsables del SIS, prestadores de servicios de salud y beneficiarios), en la medida que pueda ayudar a la comprensión del funcionamiento y evolución del mismo. En este apartado tomaremos conocimiento de estos puntos de vista, luego de exponer algunos aspectos acerca de los procesos de evaluación en la gestión del SIS.

1. Procesos de evaluación en la gestión del SIS

No se emplearon medios específicos para obtener la opinión de los beneficiarios en lo que se refiere al funcionamiento del SIS. Las reuniones que se realizaron tuvieron como objetivo informar a los afiliados y beneficiarios acerca de la marcha del SIS, sus procedimientos y mecanismos, requisitos y condiciones para acceder a los beneficios, absolver sus inquietudes e interrogantes, más que solicitar su aporte o contribución para un mejor desempeño del SIS, en especial, aunque no exclusivamente durante el período de la administración municipal.

Se realizaron evaluaciones anuales internas durante la gestión del CLAS. La presentación de informes anuales de gestión era la ocasión en que se planteaban las cuestiones a ser evaluadas. La Médico-Jefe del PS y gerente del CLAS estuvo a cargo de la preparación y de la realización de dichas evaluaciones.

Los principales elementos examinados durante esas evaluaciones son los servicios y cómo éstos llegan a los afiliados, los ingresos y egresos del SIS. La Médico-Jefe del PS y gerente del CLAS es quien analiza los resultados.

Los afiliados no están asociados al proceso de las evaluaciones. Se informa sobre dichas evaluaciones en determinadas reuniones con los afiliados.

2. Punto de vista de los responsables

En este punto haremos una distinción entre el punto de vista de los responsables del período 1995-1997 (El CLAS-PS de Sama-Las Yaras) y los de 1998 (la Municipalidad distrital).

El período 1995-1997: el CLAS-PS Sama Las Yaras

2.1 Puesta en marcha del SIS

De acuerdo a los responsables del CLAS en el proceso de puesta en marcha del SIS los elementos que pueden considerarse como principales factores de éxito son los siguientes:

- el hacer más accesible (más barato) el servicio de asistencia médica
- la ampliación del horario de atención
- los beneficios tangibles que proporciona el SIS
- la calidad de atención a los afiliados
- la consulta con la población la difusión de información
- la relación de confianza con el establecimiento de salud

De acuerdo a los mismos responsables, las principales dificultades encontradas:

- al inicio el afiliado no hacía un buen uso del seguro
- la afiliación de personas que no formaban parte del grupo destinatario, es decir, de personas con ingresos medios o relativamente altos respecto del conjunto y con capacidad de pago de los servicios de salud a nivel de establecimiento público.
- el retraso en los pagos por parte de la Municipalidad

Los responsables del CLAS-PS piensan que para evitar estas dificultades se hubiera necesitado mayor previsión, prevención, control y una campaña de afiliaciones más agresiva el año 1996.

2.2 Dinámica de afiliación

Los responsables del CLAS-PS afirman que se ha generado en la población una mentalidad de ahorro para la salud, de tomar previsiones respecto a los peligros de no tener una protección social de este tipo: *"De los afiliados el 100% ha asimilado este concepto, pero tan solo un 30% ha asimilado la noción de mutualidad y reciprocidad que contiene todo Seguro. El mecanismo sí ha sido aceptado."*

Los factores que limitaron la afiliación dentro del grupo destinatario fueron: el deterioro de la pequeña agricultura, la debilidad de la cultura de ahorro para la salud, la desconfianza de la población frente a lo novedoso y un exceso de optimismo en las proyecciones de crecimiento de afiliación al SIS.

Algunas personas no renovaron su afiliación porque sus ingresos no eran suficientes para asegurarse ni poseían la noción de aseguramiento. Buscaron, en todo caso, el ser considerados como "menesterosos" o "indigentes" y no estar obligados a pagar nada.

Los principales motivos de satisfacción de los beneficiarios fueron: la atención a domicilio, los medicamentos sin costo adicional, el amplio horario de atención. Los motivos de insatisfacción fueron: el incumplimiento de pago por parte de la Municipalidad y la escasez de medicamentos.

2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

Este acápite no corresponde puesto que el CLAS-PS es el mismo prestador de servicios de salud.

2.4 Pago de las cotizaciones

Los factores que explican el atraso en el pago de las cotizaciones son: la falta de recursos y de previsión. Las medidas que se tomaron para reducir el atraso en el pago de las cotizaciones fueron el relacionar las campañas de salud preventiva con la recolección de las cotizaciones.

2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

De acuerdo a los responsables del CLAS-PS el nivel de las cotizaciones en relación con los paquetes de beneficios fue apropiado para los más pobres, para los menos pobres fue una concesión excesiva, dado que estiman que un segmento de la población de Sama tiene recursos al menos para pagar las tarifas de los establecimientos de salud pública, que de por sí ya tienen un componente de subsidio.

2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

No se previeron medidas para limitar la selección adversa, al no considerar la existencia de ese riesgo, dado que este seguro es parte de la labor social del sector estatal de salud. En cuanto al riesgo moral las medidas adoptadas fueron la educación del asegurado y recetar medicamentos que se encuentran fuera de la disponibilidad de farmacia del CLAS-PS.

2.7 Fraudes

Fueron dos los tipos de fraude encontrados por el SIS a nivel de los beneficiarios: algunos afiliados falsificaron datos de la familia y mintieron respecto a su lugar de residencia. Las medidas tomadas para reducirlos fueron la verificación de datos mediante el cruce de información con otros listados, así como la visita domiciliaria.

2.8 Administración y la gestión

El nivel de participación de los afiliados en la gestión del SIS fue prácticamente inexistente, lo que resultaba insatisfactorio.

Existieron limitaciones en la capacidad de gestión administrativa y financiera del personal del SIS para la adecuada ejecución de las tareas. Los responsables del SIS fueron desbordados por tareas administrativas, en la medida que solamente la Médico-Jefe y la Enfermera debían cubrir estas tareas.

El sistema de información respondió a la necesidad de la gestión de los recursos, pero nada más.

2.9 Relación entre el estado y las colectividades locales

Reconocen la importancia del aporte del Estado a nivel local (Municipalidad) que apoyó el funcionamiento del SIS a través de recursos de su presupuesto anual, dentro de una partida para inversiones en salud.

El tipo de apoyo del Estado que deseaba recibir el SIS era el de donaciones o contribuciones de diferentes agencias estatales.

2.10 Funcionamiento global

Los principales puntos fuertes del SIS fueron: su accesibilidad, la calidez de la atención y su disponibilidad abierta.

Los factores que limitaron la eficacia del SIS: el manejo de información, los retrasos en los pagos de la Municipalidad y de las cotizaciones de los asegurados, la falta de insumos y medicamentos.

Las principales orientaciones a seguir para recuperar el funcionamiento del SIS son: la participación de los asegurados en la administración del mismo, mayor capacitación del personal, contar con un sistema de información y mejorar la comunicación con la Municipalidad.

El período 1998: la Municipalidad distrital

2.11 Dinámica de afiliación

El conocimiento del funcionamiento del SIS que poseen al día de hoy los beneficiarios y los otros miembros del grupo destinatario es limitado, ha faltado mayor difusión y explicación. Se le asocia sobre todo a un beneficio de bajo costo.

Los factores que limitan la afiliación dentro del grupo destinatario son: el alza de la cotización, la mayor cercanía con el CLAS-PS que tiene la población, la atención deficiente al afiliado en la Municipalidad, los temores respecto a la capacidad de la Municipalidad para cumplir con los beneficiarios, el comportamiento del CLAS-PS de crítica a la administración municipal del SIS.

Algunas personas no renuevan su afiliación por la existencia de los Seguros Escolar y Materno-Infantil, los cuales cubren a los que las familias consideran tienen mayor necesidad y prioridad en la atención de su salud: las madres con niños pequeños y los niños en edad escolar. Las necesidades de los adultos varones y las mujeres adultas no madres de niños pequeños pasan a un segundo plano.

Los principales motivos de satisfacción de los beneficiarios son la atención inmediata y el bajo costo; y de insatisfacción: la escasez de medicamentos.

2.12 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

De acuerdo a los responsables de la Municipalidad el SIS permitió mejorar el acceso de los beneficiarios a la atención médica al ampliar a dos el número de prestadores, dando por ello más opciones a los beneficiarios y ofreciendo un paquete de beneficios que corresponde a las necesidades prioritarias de salud primaria de los beneficiarios. Se afirma que la presencia del SIS ha mejorado la calidad de la atención médica porque la competencia entre prestadores incentiva un mejor servicio.

Lamentablemente, se reconoce que los beneficiarios no han demostrado interés en las actividades de prevención y de educación para la salud que fueron promovidas en conjunto con el CLAS-PS.

No existen problemas de acceso a los servicios cubiertos, a pesar de algunos inconvenientes como el retraso en el pago a los prestadores, que se presentaron en algunas ocasiones.

En cuanto a los procedimientos operativos los responsables del SIS afirman que no desean cambiar el modo de facturación de los prestadores y que las facturas de los prestadores no son cuestionadas con frecuencia por el SIS.

Los responsables del SIS confían en su poder de negociación frente a los prestadores, lo que les otorga posibilidades para obtener tarifas más económicas por sus servicios.

2.13 Pago de las cotizaciones

Para los responsables del SIS los factores que explican el atraso en el pago de las cotizaciones son los bajos e inestables ingresos de los afiliados. A pesar de ello, la única medida tomada para reducir el atraso en el pago de las cotizaciones ha sido la comunicación directa con los afiliados en situación de morosidad.

2.14 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

El nivel de las cotizaciones en relación con los paquetes de beneficios es relativamente adecuado en función de los bajos ingresos de la población.

2.15 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

No se han adoptado medidas adoptadas para limitar la selección adversa. Tampoco para limitar el riesgo moral.

El costo más fuerte es el de los medicamentos. Las medidas adoptadas para limitar el aumento de sus costos han sido la negociación con el CLAS-PS para que transfiera pacientes al Seguro Escolar, pero el prestador no acepta.

2.16 Fraudes

No se han encontrado comportamientos de fraude por el SIS a nivel de la gestión, ni en los prestadores ni en los beneficiarios.

2.17 Administración y la gestión

El personal responsable del SIS reconoce sus limitaciones en cuanto a su capacidad para la adecuada ejecución de las tareas del SIS y su perfeccionamiento.

El sistema simple de información existente responde a las necesidades que los responsables del SIS tienen.

El nivel de gastos de funcionamiento es satisfactorio.

2.18 Relación entre el estado y las colectividades locales

El Estado transfiere los recursos necesarios para ser aplicados en el funcionamiento del SIS.

2.19 Funcionamiento global

Se planea un paquete de beneficios adecuado para los que han quedado fuera de la cobertura del Seguro Escolar y el Materno-Infantil.

Los principales puntos fuertes del SIS: sus beneficios frente a un bajo costo.

Los factores que limitan la eficacia o ponen en peligro la existencia del SIS: la escasa confianza de la población en la administración municipal.

3. Punto de vista de los beneficiarios

En reuniones con la población se pudo recoger una opinión más inclinada a seguir contando con los beneficios de un seguro de atención primaria de salud, de acuerdo a la modalidad inicial de gestión por el prestador de servicios de salud. Aunque muchos son conscientes que las condiciones no son las mismas que en 1995 y que esa modalidad ya no puede ser reeditada. Algunos exafiliados manifestaron que correspondería a este momento una modalidad de gestión mucho más participativa o bajo el control directo de los afiliados, es decir, autogestionaria. De todos modos, es una corriente de opinión que no se ha impuesto, pero que puede tener perspectivas.

4. Punto de vista de los prestadores de atención médica

El SIS incide en la mejora de la salud de los beneficiarios, por el mayor acceso que alcanzan a los servicios de asistencia médica.

El SIS ha contribuido a cambiar la percepción que los beneficiarios tienen sobre sus problemas de salud. Han cambiado en el comportamiento respecto al consumo de agua, lo que ha evitado una mayor incidencia de enfermedades.

El aporte efectivo del SIS a los prestadores de atención médica es la oportunidad para el ejercicio profesional, ha sido una posibilidad de crecimiento y aprendizaje.

El SIS mejora la calidad de los servicios de atención de salud.

Las sugerencias de los prestadores al SIS para mejorar su funcionamiento e impacto consisten en incrementar su equipo de especialistas y tener personal administrativo exclusivo.

VIII. Conclusiones

1. El caso del "Seguro del Agricultor" en el distrito costero de Sama, ubicado en la parte baja del valle del mismo nombre, provincia y departamento de Tacna, en el extremo sur del Perú, constituye una experiencia de protección social en materia de salud para una población predominantemente rural y en situación de pobreza (pequeños productores agro-pecuarios y peones agrícolas), donde el diseño del sistema de seguro se encuentra de manera convergente con la implantación de nuevas políticas de gestión de la salud primaria a escala nacional.
2. A pesar de que la región de Tacna posee una mejor situación de salud que el promedio nacional, de acuerdo a sus indicadores de morbi-mortalidad, el ámbito rural de la región resulta marginal a esta condición, ya que está por debajo de estos niveles.

Sin embargo, en el caso de su zona rural costera (el caso de Sama), a diferencia de su zona rural andina, la relativa cercanía a la ciudad capital de la región proporciona algunas ventajas de accesibilidad física a los servicios de salud en todos los niveles.

3. Dos factores se combinan y refuerzan en el origen del "Seguro del Agricultor":
 - a) la implantación en la región de una política nacional: el Programa de Administración Compartida (Estado y población organizada) para la atención de la Salud Primaria, que tiene a los Comité Locales de Salud (CLAS) como su actor principal
 - b) un Puesto de Salud (PS), como primer escalón del sistema de atención de la salud pública, formalmente sólo debe contar con un Enfermero profesional y un Técnico en Enfermería; en el caso de Sama (como en algunos otros distritos costeros de la región) cuenta con un Médico General, lo que representa para las localidades y distritos pequeños un cambio significativo en el acceso a la atención de la salud.

Este último factor responde a una decisión estrictamente regional, sobre la base de su dotación de recursos humanos y materiales, así como al modo de ejecución local de las políticas nacionales.

4. El CLAS funciona con una lógica de ampliación y diversificación de sus fuentes de recursos, de acuerdo a la legislación que le da origen y norma su funcionamiento. El propósito de esta lógica es hacer sostenible su labor e incrementar la cobertura, variedad y calidad de sus servicios, de acuerdo a las necesidades de la población que debe atender.

La generación de un seguro de atención primaria de salud se inscribe en esta lógica de captación de nuevas fuentes de financiamiento, incremento de la

producción de servicios de salud y del equipamiento del establecimiento de salud.

5. Un factor clave en el funcionamiento del Seguro es la articulación del CLAS-PS con la Municipalidad distrital. Esta articulación implicó un acuerdo cooperativo de trabajo entre ambas entidades, que se debilitó al tercer año de operación. La ruptura de este acuerdo tiene como causa la percepción (finalmente sobre-estimada) del Seguro como una fuente consistente de recursos adicionales para la organización que lo administre. Esto lleva a un conflicto por el control del mismo, en la medida que una de las partes (la Municipalidad) comenzó a considerarse "perdedora" en el acuerdo cooperativo y la otra parte (CLAS-PS), luego del paso a la nueva administración, se percibió a sí misma como "despojada".

De otro lado el manejo adecuado del seguro por la organización responsable es una fuente de legitimidad social y política (en el sentido de la acción pública en beneficio del bienestar general), que se convierte también en un "recurso" a controlar.

En un ámbito tan escaso de recursos y de población en situación de pobreza como el distrito de Sama, resulta imprescindible la colaboración de estas dos entidades para hacer mínimamente sostenible un seguro de salud primaria de estas características. Ello se consigue sobre la base de un acuerdo que debe ser percibido como satisfactorio y equilibrado para las partes. En la medida que esto no ocurra es inviable su mantenimiento, como ocurre en la actualidad.

6. La participación de la población en la gestión del Seguro ha sido pasiva. Las organizaciones y líderes locales han respondido a las "consultas" cuando han sido convocados, pero no se perciben como gestores ni como propietarios o socios del Seguro. Su condición de afiliados les otorga solamente servicios y no derechos de intervención. En el conflicto por el control de la administración del Seguro entre la Municipalidad y el CLAS-PS la población es un público que ambos se disputan, en términos de aprobación.

Definitivamente, en ese conflicto la confiabilidad y credibilidad para la administración del Seguro del CLAS-PS frente a las de la Municipalidad resultan superiores. No se explica de otro modo el descenso drástico de las afiliaciones, a pesar de que era una tendencia observada desde el principio de las actividades.

En el caso de algunos líderes locales se aprecia que una opción de solución a esta confrontación se encuentra en hallar un modelo de gestión donde la población tenga mayor poder de decisión e intervención, lo que también tiene límites en el corto plazo, dado el reducido nivel de formación para la gestión que tienen los líderes locales más reconocidos y activos. De todos modos, no se puede dejar de considerar esta orientación.

7. Observamos, sin embargo, que el rol del prestador de servicios de salud se ha fusionado (o más bien, confundido) con el de administrador del Seguro, en el caso del CLAS-PS, produciéndose entonces un ocultamiento de la finalidad, responsabilidades, funciones y mecanismos del aseguramiento, especialmente para quienes no han accedido antes a ninguna forma o modalidad del mismo. Por ello, no encontramos activos los principios, conceptos y mecanismos de previsión, mutualidad y solidaridad, componentes esenciales del aseguramiento, en especial si se trata de una iniciativa local de base.

Más bien, encontramos en los administradores del Seguro (en las dos gestiones) el refuerzo a un comportamiento utilitario de la población, basado en el análisis de costo/beneficio ("tienes un seguro por el costo de una consulta al mes"), limitando de este modo la generación de una cultura de previsión y solidaridad en materia de gastos de salud. Aún así, es un primer paso hacia este objetivo (para quienes deban y decidan asumirlo como tal).

8. La reproducción de la experiencia y de su modelo ha sido una consecuencia importante de esta iniciativa pionera. En el caso del anexo Vila Vila, del mismo distrito de Sama, pero ubicado en el litoral, el modelo fue replicado apenas seis meses después de iniciado en Las Yaras, con las mismas características en cuanto a la participación de los diferentes actores en su conformación, en particular la Municipalidad y el CLAS-PS de Vila Vila. En el caso del distrito de Ite, en la provincia vecina de Jorge Basadre, la réplica se inició un año después, sin embargo la articulación Municipalidad y CLAS-PS es diferente y enmarcada en otro contexto de intercambios cooperativos entre estos actores. Sin embargo, las tres experiencias han tenido una trayectoria con tensiones y finales comunes, donde los lazos cooperativos terminan desembocando en algunos conflictos por el rol protagónico que un servicio público de este tipo permite a quien lo conduce. Sin embargo, esto es solamente parte de la explicación.
9. Un elemento favorable, pero que pone nuevas condiciones y exigencias para seguros o micro-seguros locales es la generación de dos nuevos seguros nacionales por parte del Estado: uno de ellos que ya funciona a escala nacional (Seguro Escolar Gratuito) y el otro momentáneamente a escala regional (Seguro Materno-Infantil). Ambos otorgan protección de salud a la población más vulnerable: los niños desde los cero años hasta los dieciocho y las madres gestantes y post-gestantes. Con ello, un componente importante del grupo destinatario pasa a estar cubierto sin costo alguno o a un costo muy bajo. Un "relanzamiento" del Seguro del Agricultor, deberá considerar entonces a la población que queda fuera de esta cobertura: la población mayor de 18 años, la masculina en su totalidad y la femenina que no tenga hijos menores de tres años.

Anexo n°1

Lista de control

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible	Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
B1	✓			C11	✓		
B2	✓			C12	✓		
B3	✓			C13	✓		
B4			✓	C14	✓		
B5	✓			C15	✓		
B6			✓	C16	✓		
B7			✓	C17	✓		
B8	✓			C18	✓		
B9	✓			C19	✓		
B10	✓			C20	✓		
B11	✓			C21	✓		
B12	✓			C22	✓		
B13	✓			C23	✓		
B14	✓			C24	✓		
B15	✓			C25	✓		
B16	✓			C26	✓		
B17	✓			C27	✓		
B18	✓			C28	✓		
B19	✓			C29	✓		
B20	✓			C30	✓		
B21	✓			C31	✓		
B22	✓			C32	✓		
B23	✓			C33	✓		
B24	✓			C34	✓		
B25			✓	C35	✓		
B26			✓	C36	✓		
B27	✓			C37	✓		
B28	✓			C38	✓		
B29	✓			C39	✓		
C1	✓			C40	✓		
C2	✓			C41	✓		
C3	✓			C42	✓		
C4	✓			C43		✓	
C5	✓			C44		✓	
C6	✓			C45		✓	
C7	✓			C46	✓		

Estudio de caso: Seguro del Agricultor

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
C8	✓		
C9	✓		
C10	✓		
C50	✓		
C51	✓		
C52	✓		
C53	✓		
C54	✓		
C55	✓		
C56	✓		
D1	✓		
D2	✓		
D3	✓		
D4	✓		
D5	✓		
D6	✓		
D7	✓		
D8	✓		
D9	✓		
D10	✓		
D11	✓		
D12	✓		
D13	✓		
D14	✓		
D15		✓	
D16	✓		
D17	✓		
D18	✓		
D19	✓		
D20	✓		
D21	✓		
D22	✓		
D23	✓		
D24	✓		
D25		✓	
D26		✓	
D27	✓		
D28	✓		
D29	✓		
D30		✓	

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
C47	✓		
C48	✓		
C49	✓		
D40		✓	
D41		✓	
D42	✓		
D43			✓
D44		✓	
D45		✓	
D46		✓	
D47		✓	
D48		✓	
D49		✓	
D50		✓	
D51		✓	
D52		✓	
D53	✓		
D54	✓		
D55	✓		
D56	✓		
D57	✓		
D58	✓		
D59	✓		
D60		✓	
D61		✓	
D62		✓	
D63	✓		
D64	✓		
D65	✓		
D66	✓		
D67	✓		
D68	✓		
D69	✓		
D70	✓		
D71	✓		
D72	✓		
D73	✓		
D74	✓		
D75	✓		
D76		✓	

Estudio de caso: Seguro del Agricultor

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D31	✓		
D32	✓		
D33	✓		
D34	✓		
D35	✓		
D36		✓	
D37		✓	
D38	✓		
D39	✓		
D86	✓		
D87	✓		
D88	✓		
D89	✓		
D90	✓		
D91	✓		
D92		✓	
D93		✓	
D94	✓		
D95		✓	
D96		✓	
D97	✓		
D98	✓		
D99	✓		
D100	✓		
D101	✓		
D102	✓		
D103	✓		
D104	✓		
D105	✓		
D106	✓		
D107	✓		
D108	✓		
D109	✓		
D110		✓	
D111	✓		
D112	✓		
D113	✓		
D114	✓		
D115	✓		
D116	✓		
D117	✓		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D77		✓	
D78		✓	
D79		✓	
D80	✓		
D81	✓		
D82	✓		
D83		✓	
D84		✓	
D85	✓		
D132	✓		
D133		✓	
D134	✓		
D135	✓		
D136	✓		
D137	✓		
D138		✓	
D139	✓		
D140		✓	
D141		✓	
D142	✓		
D143		✓	
D144		✓	
D145	✓		
D146	✓		
D147	✓		
D148	✓		
D149	✓		
D150		✓	
D151		✓	
D152	✓		
D153		✓	
D154	✓		
D155		✓	
D156	✓		
D157	✓		
D158		✓	
D159		✓	
D160		✓	
D161		✓	
D162		✓	
D163		✓	

Estudio de caso: Seguro del Agricultor

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D118	✓		
D119	✓		
D120	✓		
D121	✓		
D122	✓		
D123		✓	
D124	✓		
D125	✓		
D126	✓		
D127	✓		
D128	✓		
D129		✓	
D130	✓		
D131	✓		
E11	✓		
E12			✓
E13	✓		
E14			✓
E15	✓		
E16			✓
E17			✓
E18			✓
E19			✓
E20			✓
E21			✓
E22		✓	
E23	✓		
E24			✓
E25	✓		
E26		✓	
E27	✓		
E28	✓		
E29			✓
E30		✓	
F1	✓		
F2	✓		
F3	✓		
F4	✓		
F5		✓	
F6		✓	
F7		✓	

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D164		✓	
D165		✓	
D166		✓	
D167		✓	
E1	✓		
E2		✓	
E3	✓		
E4			✓
E5		✓	
E6		✓	
E7	✓		
E8	✓		
E9			✓
E10			✓
F26	✓		
F27	✓		
F28	✓		
F29	✓		
F30	✓		
F31		✓	
F32	✓		
F33	✓		
F34	✓		
F35	✓		
F36		✓	
F37		✓	
F38	✓		
F39	✓		
F40	✓		
F41		✓	
F42		✓	
F43	✓		
F44	✓		
F45		✓	
F46		✓	
F47	✓		
F48	✓		
F49	✓		
F50		✓	
F51		✓	
F52		✓	

Estudio de caso: Seguro del Agricultor

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
F8	✓		
F9	✓		
F10	✓		
F11	✓		
F12	✓		
F13	✓		
F14	✓		
F15	✓		
F16	✓		
F17	✓		
F18	✓		
F19	✓		
F20	✓		
F22	✓		
F23	✓		
F24	✓		
F25	✓		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
F53		✓	
F54		✓	
F55		✓	
F56		✓	
F58		✓	
F59		✓	
F60	✓		
F61	✓		
F62	✓		
F63	✓		
F64	✓		
F65	✓		

ANEXO N°2

Disponibilidad y calidad de la información

1. Fuentes de información y documentales utilizadas para realizar el estudio y personas que fueron consultadas.

Fuentes documentales

- a) Documentos de diagnóstico nacional y regional. Políticas nacionales de Salud.

- Política de Salud 1995-2000, MINSA, 1995.
- SAMA : Estadísticas del Distrito, INEI, 1997.
- Plan Operativo Institucional 1999, Dirección Regional de Salud de Tacna, MINSA.
- Compendio Estadístico Departamental Tacna 1996-1997, INEI, 1997.
- Normas técnico administrativas para la atención de la salud materno perinatal, MINSA, Dirección General de Salud de las Personas 1995.
- Marco Conceptual del Seguro Escolar, MINSA.
- El CLAS y su organización. MINSA 1994.
- Perú: Demanda de Atención en Servicios de Salud. INEI, 1998.
- Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. INEI, 1996.
- Base de datos del Censo de Población y Vivienda 1993. Departamento de Tacna. INEI.

- b) Documentos del CLAS - PS Sama

- Programas Locales de Salud 1994 y 1999.
- Memoria Anual del CLAS-PS Sama Las Yaras 1997
- Seguro de Atención Primaria de Salud, Sama. Tacna 1996.
- Sistema de Atención prepagado en Centros y Puestos de Salud de la zona rural de Tacna, 1997.
- Archivo anual del Seguro del Agricultor 1995, 1996, 1997 y 1998.
- Modelo y procesos de la reforma en Tacna: realidad y análisis prospectivo 1998-2000. (Mimeo, anónimo).

- c) Documentos de la Municipalidad de Sama

- Presupuesto Municipal 1998, Municipalidad distrital de Sama.
- Ordenanza N° 001-97, Municipalidad Distrital de Sama.
- Convenio entre la Municipalidad distrital de Sama y el CLAS-PS de Sama Las Yaras.

- Convenio entre la Municipalidad distrital de Sama y la Obra Kolping del Perú.
- Cédulas de Registro y Afiliación del Programa de Servicios de Salud Primaria "Seguro del Agricultor" de la Municipalidad distrital de Sama.

Personas Consultadas

- Dr. Renán Neyra. Director de Servicios Periféricos Región de Salud de Tacna.
 - Dra. Morayma Salazar. Médico-Jefe Puesto de Salud Sama - Las Yaras
 - Enf. Giovanna Rospigliosi. Enf. -PS Sama Las Yaras.
 - Sr. Arturo Cahuana Asesor de la Municipalidad de distrital de Sama.
 - Sra. Milena Caqui, Secretaria Técnica del Programa de Servicio de Salud Primaria de la Municipalidad de Sama.
 - Sr. Carlos Meléndez. Contador de la Municipalidad distrital de Sama.
 - Sr. Wilson Bertolotto. Alcalde de la Municipalidad distrital de Sama.
2. Aspectos del funcionamiento del SIS donde hubo dificultades para obtener la información requerida. Aspectos respecto de los cuales la disponibilidad de la información ha sido mejor.

La información económica (por ejemplo, las contribuciones estatales al SIS y los costos de las prestaciones) fue la de más difícil obtención, principalmente porque no se encontraba adecuadamente organizada o no había sido elaborada. Por esta razón en algunos casos hubo que reconstruirla con los mismos responsables, tanto con el CLAS-PS como con la Municipalidad.

Donde se pudo tener mejor disponibilidad de información fue con respecto a los convenios y los mecanismos normados de funcionamiento del SIS.

ANEXO N° 3

Lista de Cuadros

- Cuadro N°1:** Número de afiliados del SIS en 1998 por sexos según categorías.
- Cuadro N°2:** Número de beneficiarios del SIS en 1998 por sexo según grupos de edad
- Cuadro N°3:** Sama - Tacna: Población total por sexo según grupos de edad 1993
- Cuadro N°4:** Distrito de Sama: Características de la Población Económicamente Activa 1993
- Cuadro N°5:** PERU: Remuneración Mínima Vital 1995-1998 (en Nuevos Soles y Dólares N.A.)
- Cuadro N°6:** Distrito de Sama - Tacna: Niveles Educativos de la Población de 5 años y más en 1993 (comparados con el Departamento y el Total Nacional)
- Cuadro N°7:** PERU-TACNA-SAMA: Comparación de Indicadores de Salud 1994-1998
- Cuadro N° 8:** Primeras Causas de Mortalidad General Región de Salud Tacna Año 1998
- Cuadro N° 9:** Primeras Causas de Mortalidad Infantil Región de Salud Tacna Año 1998
- Cuadro N° 10:** Primeras Causas de Morbilidad General Región de Salud Tacna Año 1998
- Cuadro N° 11:** Primeras Causas de Morbilidad Infantil Región de Salud Tacna Año 1998
- Cuadro N°12:** PERU-TACNA: Cuadro Comparativo de Oferta de Atención Médica 1996
- Cuadro N°13:** Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio
- Cuadro N°14:** Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio

Cuadro N°15:	Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
Cuadro N° 16:	Número de afiliados del SIS en 1998 por sexo según categorías
Cuadro N°17:	Número de beneficiarios del SIS en 1998 por sexo según grupos de edad
Cuadro N°18:	Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios del SIS
Cuadro N°19:	Beneficios ofrecidos por el SIS
Cuadro N°20:	Número de prestaciones otorgadas con más frecuencia durante los cuatro últimos ejercicios:
Cuadro N°21:	Monto total de las cotizaciones recibidas por el SIS 1996-1998
Cuadro N°22:	Cambios efectuados en el monto de las cotizaciones anuales desde el inicio de las actividades del SIS
Cuadro N°23:	Contribuciones financieras del Estado al SIS 1996-1998
Cuadro N° 24:	Monto de las prestaciones pagadas por el SIS durante los tres últimos ejercicios
Cuadro N°25:	Prestadores autorizados por el SIS
Cuadro N°26:	Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
Cuadro N°27:	Otro personal asalariado, no empleado por el SIS o voluntario
Cuadro N°28:	Distribución real de funciones en la administración municipal del SIS
Cuadro N°29:	Relación entre el número de beneficiarios y el número de miembros del grupo destinatario
Cuadro N°30:	Tasa de crecimiento del número de afiliados
Cuadro N°31:	Número promedio de beneficiarios por afiliado
Cuadro N°32:	Número promedio de utilización de servicios por los beneficiarios
Cuadro N°33:	Crecimiento del promedio anual del monto de prestaciones por beneficiario
Cuadro N° 34:	Relación entre Ingresos y Egresos del SIS

- Cuadro N°35:** Porcentaje de cotizaciones recaudadas
- Cuadro N°36:** Relación prestaciones/cotizaciones devengadas
- Cuadro N°37:** Frecuencia de las Asambleas Generales o Reuniones
- Cuadro N°38:** Frecuencia de encuestas de opinión dirigidas a los afiliados por año

ANEXO N° 4

Lista de Siglas y Abreviaturas

1. CETICOS: Centro de Transformación, Industrialización, Comercialización y Servicios
2. CLAS: Comité Local de Administración de Salud
3. DRST: Dirección Regional de Salud Tacna - Ministerio de Salud
4. ESSALUD: Seguro Social de Salud
5. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática
6. MINSA: Ministerio de Salud
7. NBI: Necesidad Básica Insatisfecha
8. OPS: Organización Panamericana de la Salud
9. OIT-STEP: Organización Internacional del Trabajo - Programa de Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
10. PEA: Población Económicamente Activa
11. PS: Puesto de Salud
12. RMVM: Remuneración Mínima Vital Mensual
13. SIS: Sistema de Microseguro de Salud
14. TBMG: Tasa Bruta de Mortalidad General.
15. TBMI: Tasa Bruta de Mortalidad Infantil

ANEXO N° 5

Documentación del Seguro del Agricultor Bajo la gestión del CLAS-P.S Sama-Las Yaras Tacna – Perú

Estos documentos están disponibles
en el centro de documentación del Programa STEP

1. Convenio entre el CLAS-PS Sama Las Yaras y la Municipalidad distrital de Sama 1995.
2. Recibo de pago de la cotización del afiliado.
3. Receta médica para el afiliado.
4. Ficha de control de cotizaciones.
5. Carnet del afiliado.
6. Ejemplos de Fichas de afiliados.
7. Memoria Anual 1996 CLAS-PS Sama Las Yaras.
8. Informe Económico Administrativo y de implementación del Puesto de Salud Las Yaras 1997
9. Sistema de atención prepago en Centros y Puestos de Salud de la zona rural. Sub-Región de Salud de Tacna. 1997.

ANEXO N° 6

Documentación del Seguro del Agricultor Bajo la gestión de la Municipalidad distrital de Sama-Las Yaras Tacna – Perú

Estos documentos están disponibles
en el centro de documentación del Programa STEP

1. Ordenanza N° 001-97 Municipalidad distrital de Sama, que crea el “Programa de Servicios de Salud Primaria – Seguro de Salud”. Setiembre de 1997.
2. Carnet de Identidad del Afiliado.
3. Ficha de control de cotizaciones de los afiliados.
4. Recibo de pago de cotizaciones.
5. Cédula de Registro y Afiliación al Seguro de Salud.
6. Convenio entre la Municipalidad distrital de Sama y el CLAS-PS Sama Las Yaras 1998.
7. Convenio entre la Municipalidad distrital de Sama y la Obra Kolping del Perú 1998.
8. Hoja informativa del Programa de Servicios de Salud Primaria – Seguro de Salud del Agricultor 1998.
9. Informe Anual 1998 Programa de Servicios de Salud Primaria – Seguro de Salud del Agricultor.