

# **Resultados del monitoreo sanitario desde la sociedad civil, Perú 2007-2011. Seguimiento nacional con énfasis en Arequipa y Piura “Promoviendo el Derecho a la Salud de los más Pobres”**

Margarita Petrerá  
Coordinadora del Proyecto  
[www.observatorio.cies.org.pe](http://www.observatorio.cies.org.pe)

## **ÁMBITOS Y BASE DE DATOS**

La “Matriz de Indicadores Sanitarios desde la Sociedad Civil” que hoy se publicita en los medios muestra la evolución de los indicadores durante el periodo 2007-2011. Incluso algunos de éstos tienen un periodo de seguimiento mayor. Se ha hecho particular énfasis con la población en condición más vulnerable, en aspectos vinculados a la condición de pobreza, género y edad.

En cuanto al área geográfica se distingue, además del ámbito nacional, el urbano y el rural. En la medida de lo posible, y lo es para la mayoría de los indicadores, se diferencia a Lima Metropolitana del resto urbano, y se separa costa, sierra y selva en sus ámbitos urbano y rural.

En esta presentación, el comunicador encontrará también un especial interés en los departamentos de Arequipa y Piura, lo que ocurre en razón de que el proyecto focalizó también sus actividades en dichas regiones.

Este seguimiento no hubiera sido posible sin el procesamiento de las bases de datos de las Encuestas producidas por el Instituto Nacional de Demografía e Informática: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) y Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) para los periodos de estudio. Además, han aportado información diversas instancias del MINSA, ForoSalud, Mesa de Lucha contra la Pobreza, entre otras instituciones.<sup>1</sup>

## **PRINCIPALES HALLAZGOS DEL MONITOREO**

1. Una primera apreciación que se deriva del seguimiento de los determinantes económicos y sociales lleva a reflexionar que el desarrollo y la inclusión social han

---

<sup>1</sup> El procesamiento de la ENAH fue realizado por el Economista Eduardo Jiménez, mientras que los otros datos fueron proporcionados directamente por las instituciones respectivas

estado bastante por debajo del crecimiento económico e, incluso, de la disminución de la pobreza. Esta última se redujo, entre los años 2007 y 2011, del 46.4 al 27.8% de la población nacional, como parte de una tendencia que comenzó a inicios de la década muy asociada al crecimiento económico, y descendió la desnutrición en poblaciones objetivo como menores de 5 años y mujeres en edad fértil<sup>2</sup>, Sin embargo, los indicadores de crecimiento de infraestructura pública sanitaria y los de anomia social tuvieron un pobre desempeño. En la sierra urbana, el porcentaje de hogares con agua en la vivienda se mantuvo entre 64-65% y con desagüe en la vivienda pasó sólo del 58 al 61%. El embarazo adolescente (15 a 19 años) se mantuvo en el 13-14%<sup>3</sup> y, la violencia física de la pareja contra la mujer entre el 13-14%. Estos hallazgos plantean no sólo un problema de falta de presencia del Estado en las áreas/grupos más vulnerables, sino también un severo problema al interior de los hogares y de las demás instituciones que son parte del proceso de socialización de las personas.

<b>Pobreza por área geográfica. Perú 2007-2011</b>					
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Pobre Extremo	11.2%	10.9%	9.5%	7.6%	6.3%
Pobre no extremo	31.2%	26.5%	24.0%	23.1%	21.5%
No Pobre	57.6%	62.7%	66.5%	69.2%	72.2%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Urbana</b>					
Pobre Extremo	2.9%	2.7%	2.0%	1.9%	1.4%
Pobre no extremo	27.2%	22.7%	19.3%	18.2%	16.6%
No Pobre	69.9%	74.6%	78.7%	80.0%	82.0%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Rural</b>					
Pobre Extremo	32.7%	32.4%	29.8%	23.8%	20.5%
Pobre no extremo	41.3%	36.5%	36.9%	37.1%	35.6%
No Pobre	26.0%	31.2%	33.3%	39.0%	43.9%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Arequipa</b>					
Pobre Extremo	2.5%	2.3%	2.2%	1.9%	1.4%
Pobre no extremo	20.5%	12.8%	15.4%	11.7%	10.1%
No Pobre	77.1%	84.8%	82.5%	86.4%	88.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Piura</b>					
Pobre Extremo	13.3%	11.3%	9.3%	9.6%	8.3%
Pobre no extremo	40.8%	38.2%	33.1%	34.7%	26.8%
No Pobre	45.8%	50.6%	57.6%	55.7%	64.8%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
Fuente: ENAHO 2007 - 2011					
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES ( <a href="http://www.observatorio.cies.org.pe">www.observatorio.cies.org.pe</a> )					
( <a href="http://observatorio.cies.org.pe">observatorio.cies.org.pe</a> )					

<sup>2</sup> Aunque en el 2011 en el ámbito rural quedan todavía el 37% de niños con desnutrición crónica, 39% con anemia y 19% de mujeres en edad fértil con anemia.

<sup>3</sup> En su gran mayoría producto de violación de personas del entorno cercano a la joven.

En las regiones de Arequipa y Piura entre los años 2007 y 2011 ocurrieron fenómenos similares: la pobreza disminuyó a un ritmo mucho mayor que la mejora en el desarrollo y la inclusión social. La pobreza se redujo en Arequipa por encima del promedio nacional: la pobreza extrema del 2.5 al 1.4% y la no extrema del 20.5 al 10.1% mientras que el porcentaje de hogares urbanos con conexión de agua dentro de la vivienda subió del 70.5 al 76.9% y del desagüe conectado a la red pública a la vivienda mejoró sólo del 68.5 al 70%. A diferencia de Arequipa, en Piura la disminución de la pobreza fue menor al promedio nacional: la pobreza extrema disminuyó del 13.3 al 8.3% y la no extrema lo hizo del 40.8 al 26.4%, lo que muestra, todavía niveles preocupantes de pobreza. Aún así la red pública en agua dentro de la vivienda sólo pasó del 82.0 al 85.2% y el desagüe dentro de la vivienda del 62.2 al 68.7%. No obstante y con información regional tanto el embarazo adolescente como la violencia doméstica mantuvieron niveles altos, por encima del promedio nacional.

<b>Saneamiento</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Saneamiento Urbano Agua /desague</b>					
Promedio urbano					
Red pública agua en vivienda	75.5%	75.8%	77.7%	78.7%	79.9%
Desague red pública en vivienda	70.0%	71.7%	73.5%	74.8%	75.7%
Urbano Sierra					
Red pública agua en vivienda	64.1%	63.7%	63.7%	63.4%	65.0%
Desague red pública en vivienda	57.5%	57.6%	58.9%	59.6%	61.3%
Arequipa					
Red pública agua en vivienda	70.5%	74.6%	75.1%	79.7%	76.9%
Desague red pública en vivienda	68.5%	71.5%	71.4%	76.1%	70.0%
Piura					
Red pública agua en vivienda	82.0%	83.6%	82.1%	82.8%	85.2%
Desague red pública en vivienda	62.2%	64.2%	64.3%	67.8%	68.7%
<b>Saneamiento Rural: combustible para cocinar en vivienda</b>					
Leña para cocinar	66.4%	67.3%	67.6%	64.1%	59.3%
Gas (GLP)	7.6%	7.9%	8.8%	10.0%	11.4%
Otro (*)	24.8%	23.5%	22.5%	24.8%	28.4%
(*) Usualmente bosta					
Fuente ENAHO 2007-2011					
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES					
(www.observatorio.cies.org.pe)					

	Prevalencia Embarazo adolescente					Prevalencia Violencia física de pareja contra la mujer(%)			
	2000	2004-8	2009	2010	2011	2004-8	2009	2010	2011
Nacional	13.0	13.0	13.7	13.5	12.5	14.9	14.2	13.9	12.6
Urbano	9.2	9.9	10.6	11.3	10.0	15.2	14.3	14.0	13.2
Rural	21.7	20.6	22.2	19.3	19.7	14.3	13.8	13.7	11.3
Lima-Callao	8.1	9.4	8.5	10.8	8.2	12.4	12.8	12.9	12.0
Arequipa	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Piura	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Fuente: INEI, ENDES

\* Coeficientes de variación altos en la medición de la variable impiden la presentación de los valores  
(www.observatorio.cies.-org.ope)

2. Un reto importante a considerar es la modificación en la estructura poblacional debido al crecimiento de la población adulta y adulta mayor. De acuerdo al INEI en el año 2020 estos grupos de edad, que son los más expuestos a enfermedades crónicas y catastróficas, pasarán de ser el 33% (1993) al 47% (2020). Esto demanda un importante reto a la oferta sanitaria MINSA, consistente en la reestructuración del primer nivel de atención y redes de referencia, que desde la todavía actual vocación materna-infantil deben migrar hacia el manejo de enfermedades más complejas.

Grupos de edad	1993	2007			2010	2020
	Total	Total	Urbana	Rural	Total	Total
0 - 14	37.0	30.5	28.2	37.8	29.0	26.0
15 - 30	30.2	29.4	30.3	26.6	28.0	27.0
31 - 59	25.8	31.0	32.5	26.2	33.5	36.0
60 a +	7.0	9.1	9.0	9.4	9.5	11.0
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Censos nacionales 1993, 2007; INEI-Perú  
Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050.  
Boletín Demográfico N° 35.  
(www.observatorio.cies.-org.ope)

3. El presupuesto público (vía Tesoro Público sin considerar los recursos directamente recaudados) ejecutado en salud a nivel nacional, MINSA y los gobiernos regionales creció en 61% entre los años 2007 y 2011, lo que posibilitó un aumento en la cobertura de atención, aunque no ha hecho evidente una mejora en la efectividad percibida por la población. Entre dichos años, a la pregunta sobre solución del problema de salud por el que consultaron, se han mantenido básicamente los porcentajes de las personas que indican solución total, parcial o ninguna. Pequeñas diferencias parecen sugerir cierta mejora en centros y puestos de salud urbanos, mientras ocurre cierto deterioro en aquellos ubicados en áreas rurales: No obstante las diferencias no son estadísticamente significativas. Posiblemente, el plantear que buena parte del incremento presupuestal fue en obras de infraestructura aún no operativas, contribuya a explicar la baja efectividad.

<b>Gasto público ejecutado en salud</b>					
(Gasto nacional y regional)	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Gasto público salud (millones S/)	3,878	4,454	5,380	5,621	6,557
Poblacion (millones)	28.5	28.8	29.1	29.5	29.8
Gasto por cápita (S/)	136	155	185	191	220
Procesamiento: Javier Paulini					
(*) Comprende todas la fuentes de financiamiento excepto los Recursos Directamente Recaudados-RDR (pagos de los usuarios)					
Fuente: SIAF-MEF					
(www.observatorio.cies.org.pe)					

<b>Personas que consideran que les solucionaron totalmente su problema de salud en relación al total que consultó al MINSA</b>										
(%)										
	Lugar de atención									
	Primer nivel de atención MINSA					Hospital MINSA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Nacional	53.9%	53.6%	54.7%	53.9%	53.4%	34.3%	36.6%	38.0%	36.1%	37.0%
Urbano	51.3%	52.6%	55.1%	54.3%	53.7%	34.8%	36.9%	39.3%	36.9%	37.8%
Rural	56.7%	54.7%	54.3%	53.4%	53.0%	31.1%	34.4%	28.9%	30.8%	32.4%
Fuente: ENAHO 2007 - 2011										
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES										
<a href="http://www.observatorio.cies.org.pe">www.observatorio.cies.org.pe</a>										

4. El MINSA tiene una baja capacidad rectora en las regiones de salud, lo que posiblemente esté asociado a tareas no concluidas en el proceso de descentralización. Tomando como indicador de rectoría al porcentaje regional y nacional de establecimientos de salud del primer nivel (puestos y centros de salud) que cumplen con al menos el 80% de los estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal, se observa que entre los años 2008 y 2011 este porcentaje se encuentra entre el 39 y 42%. No obstante, existente restricciones metodológicas que sugieren una ampliación del tamaño de la muestra nacional y por región para tener mayor consistencia en los resultados.

Los datos para Arequipa y Piura en el año 2011 indican que sólo el 29% y el 40%, respectivamente de establecimientos de salud del primer nivel cumplen con al menos el 80% de los estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal.

<b>PS y CS con capacidad resolutive FONB mayor del 80%</b>				
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Nacional	41.1	20.4	39.0	42.0
Arequipa	36.4	11.5	54.5	28.6
Piura	36.4	22.2	33.3	33.3
Fuente: Dirección General de Salud de las Personas. MINSA				
<a href="http://www.observatorio.cies.org.pe">www.observatorio.cies.org.pe</a>				

5. Sobre el aseguramiento en salud. Desde el año 2000 al 2011 se ha modificado la composición de aquellos que declaran la tenencia de un seguro de salud, del 32% al 65% de la población nacional. Este crecimiento se ha basado casi exclusivamente en el aumento del Seguro Integral de Salud (SIS) el que en el 2011 agrupa al 36% de la población nacional; es decir, a un poco más de la mitad del total de asegurados: cerca de 11 millones de personas están afiliadas al SIS. De otro lado, la población asegurada a EsSalud ha tenido un lento crecimiento -agrupa a sólo el 24%- debido al lento proceso de formalización del empleo.

Tendencias de aseguramiento en salud. Perú, 2000-2011									
(porcentajes de población)									
Condición de aseguramiento	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Con seguro	32.3	37.3	36.2	38.2	42.1	53.7	60.5	63.5	64.5
EsSalud	19.7	17.4	17.3	18.5	19.6	20.1	21.2	21.6	22.7
EsSalud y seguro privado	0.4	0.9	0.5	0.6	0.9	0.9	1.0	0.8	1.0
Seguro privado	1.6	1.5	1.7	1.6	1.5	1.6	1.5	1.4	1.4
Fuerzas Armadas y policiales	1.3	1.7	1.8	1.5	1.9	1.8	1.8	1.7	1.9
SIS(*)	9.3	14.9	14.1	15.2	17	28.1	33.8	36.3	36.1
Otros		0.9	0.8	0.8	1.1	1.2	1.2	1.7	1.5
Sin seguro	67.7	62.7	63.8	61.8	57.9	46.3	39.5	36.5	35.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de población (millones)	25.7	27.5	27.8	28.2	28.5	28.8	29.1	29.5	29.8

(\*) Hasta el año 2000, se refiere al Seguro Escolar Obligatorio y a proyectos piloto del Seguro Materno-Infantil. Desde el 2002 se Fuente: ENNIV 2000, ENAHO 2004-2011; INEI. Perú: Estimaciones y proyecciones de poblaciones urbana y rural por sexo y edades quinquenales según departamento. 2000-2015. Boletín Especial N° 19. Lima, Diciembre 2009.

Elaboración Observatorio de la Salud-CIES  
(www.observatorio.cies.org.pe)

6. Dado que el Seguro Integral de Salud (SIS) es uno de los ejes de la Estrategia del Aseguramiento Universal en Salud, cabe destacar algunas limitaciones:

- 6.1 El SIS busca focalizar a la población en condición de pobreza. Recurriendo al criterio de pobreza relativa<sup>4</sup>, Al año 2011 el SIS ha logrado afiliar al 63% de la población en pobreza: 76% de la población del primer quintil y al 51% del segundo quintil. Por tanto, si bien el SIS registra a una gran mayoría de la población en pobreza relativa, presenta todavía problemas de sub cobertura.

<sup>4</sup> Para definir la pobreza relativa, se divide a la población en grupos de igual tamaño de personas, ordenados según su nivel de pobreza: de más pobres a menos pobres. Con mucha frecuencia se usan 5 grupos denominados quintiles (1,2,3,4,y 5).

Afiliación al SIS por quintiles de gasto 2011						
Quintil	Nacional	Urbano	Rural	Lima Metrop	Arequipa	Piura
I	75.8%	59.6%	71.1%	44.6%	68.1%	70.4%
II	51.0%	41.3%	42.1%	26.9%	48.4%	48.4%
III	31.3%	27.6%	26.6%	19.5%	33.6%	41.1%
IV	16.8%	15.5%	14.2%	11.5%	23.1%	20.7%
V	7.0%	6.5%	5.0%	5.2%	9.8%	7.0%
Fuente: ENAHO 2007 - 2011						
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES						

En el año 2011, la subcobertura rural es menor a la urbana y en Arequipa es mayor al promedio nacional en cuanto al primer quintil (68%) y segundo quintil (48%). En Piura, la sub cobertura es algo menor al promedio nacional: 70% en el primer quintil y 48 en el segundo.

6.2 No obstante, no todos los afiliados al SIS se encuentran en condición de pobreza relativa, lo que implica un problema de filtración. En el año 2011, del 100% de afiliados SIS el 70% estaba en condición de pobreza mientras que el 14% estaba en los quintiles IV y V (más rico). Se propone a discusión que la población del quintil III que no son pobres pero viven con ingresos limitados, no pueden ser considerados como “infiltrados”. Es posible que buena parte de ellos se desempeñen en condiciones de informalidad laboral y por tanto sin seguro con EsSalud y ante el riesgo de enfermedades catastróficas busquen afiliarse al SIS. Por ámbito, en Lima Metropolitana ocurre la mayor filtración (41%); en el resto urbano ésta disminuye (24%) y en el ámbito rural es muy escasa (3%).

Afiliación al SIS por quintiles de gasto, Perú 2011 <sup>II</sup>						
	Nacional	Urbano	Rural	Lima Met.	Arequipa	Piura
I	41.6	17.0	64.5	6.0	17.9	40.3
II	28.1	31.7	24.7	21.5	28.1	27.6
III	17.2	27.2	7.8	31.7	27.3	21.9
IV	9.2	16.7	2.3	25.5	18.9	8.2
V	3.9	7.4	0.7	15.3	7.8	2
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Fuente: ENAHO 2007 - 2011						
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES						
(observatorio.cies.org.pe)						

En Arequipa (año 2011) el problema de filtración es menor al de Lima Metropolitana pero mayor al promedio nacional: los quintiles I y II agrupan al 46% del total de los afiliados SIS, mientras que los quintiles 4 y 5 lo hacen con un sorprendente 27%. En el mismo año, y a diferencia de Arequipa existe una

mejor focalización y menor filtración en Piura: los dos primeros quintiles agrupan al 68% y los quintiles 4 y 5 al 10%.

- 6.3 ¿Cuándo los afiliados pobres al SIS se sienten enfermos, ¿Acceden a la atención de salud en los establecimiento MINSA? En el año 2011 sólo lograron acceso un poco menos de un tercio de dicha población. En el ámbito urbano sólo el 29% logró atención en establecimientos MINSA, el 30% consultó en otro tipo de establecimiento de salud (generalmente privado) o efectuó consulta directamente en farmacia, y el 40% restante recurrió solo a remedios caseros. En el medio rural sólo el 32% logró atención en establecimientos MINSA, el 15% consultó en otro tipo de establecimiento de salud (generalmente privado) o efectuó consulta directamente en farmacia, y el 52% restante recurrió sólo a remedios caseros.

Lugar de atención de pobres afiliados SIS que enferman, Perú 2011						
	Nacional	Urbano	Rural	Lima-Metrop.	Arequipa	Piura
Establecimiento MINSA	30.9%	29.1%	31.9%	33.0%	36.2%	21.7%
No, fue a otro	20.5%	30.1%	15.3%	32.2%	11.7%	27.6%
No consultó	48.6%	40.8%	52.7%	34.8%	52.1%	50.7%
Total (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Fuente: ENAHO 2011						
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES						
(observatorio.cies.org.pe)						

En el año 2011 en Arequipa, consultó un mayor porcentaje de población en pobreza que en Piura: 36% versus 22%, con el resultado no deseado que el 28% tuvo que consultar con otro prestador. Es decir, en Piura más fue el porcentaje que acudió a otro prestador o farmacia que el que se atendió via SIS en el MINSA.

- 6.4 Los afiliados pobres que logran acceder vienen incrementando la compra de medicamentos con sus propios recursos. Entre los años 2007 y 2011, el porcentaje de afiliados SIS en pobreza que consulta y obtiene gratuidad total en el acceso los medicamentos ha disminuido, sobretudo en la atención hospitalaria. En el primer nivel de atención, este porcentaje pasó de 88.3 a 82.3%, mientras que, en la atención en hospitales cayó de 70% al 47.5%. En la población urbana esta gratuidad bajó de 81.7 al 70% en el primer nivel de atención y de 69.7 a 46.9% en los que acuden a hospitales. En la población rural se reduce en quienes consultan en el primer nivel de atención (de 91.3 a 87.2%) al igual que entre quienes lo hacen a hospitales (de 70.8 a 49.5%). No obstante, al igual que en el indicador de acceso a la atención, debe destacarse que en número absolutos se produce un aumento de los atendidos con gratuidad total en los medicamentos, lo que podría, también, estar tensionando



tanto las expectativas de los afiliados SIS, como la presión sobre la oferta MINSA.

Pago por las medicinas de afiliados pobres al SIS por áreas. Perú, 2011						
Primer nivel (puestos y centros de salud)						
	Nacional	Urbano	Rural	Lima-Metrop	Arequipa	Piura
El SIS pago todo	82.3%	70.0%	87.2%	61.6%	57.4%	45.7%
El SIS pago una parte	8.0%	13.5%	5.8%	12.3%	42.6%	54.3%
Ud., pagó todo	9.1%	15.9%	6.4%	24.0%		
Donacion Minsa	0.2%	0.2%	0.2%	0.5%		
Otro	0.4%	0.4%	0.4%	1.6%		
Total (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Hospital						
	Nacional	Urbano	Rural	Lima-Metrop	Arequipa	Piura
El SIS pago todo	47.5%	46.9%	49.5%	36.2%	30.0%	31.4%
El SIS pago una parte	9.7%	10.6%	6.6%		70.0%	68.6%
Ud., pagó todo	37.0%	38.7%	31.5%	56.9%		
Donacion Minsa	1.7%	2.3%		6.9%		
Otro	4.2%	1.5%	12.4%			
Total (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Fuente: ENAHO 2007 - 2011						
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES						
(www.observatorio.cies.org.pe)						

En Arequipa el pago total por las medicinas fue del 57% del total de pacientes SIS en pobreza cuando se atendieron en establecimientos del primer nivel versus el 46% en Piura. No obstante en la atención a hospitales el SIS pagó la totalidad de los medicamentos prescritos sólo en el 30% en Arequipa versus un porcentaje similar (31%) en Piura.

- 6.5 Entre los años 2000 y 2011, el aseguramiento en salud de la población adulta mayor (60 años a más) se ha incrementado del 43.2 al 67.9%, siendo la afiliación al SIS responsable de dicho incremento. Destaca que en la población rural 6 de cada 7 asegurados tiene seguro SIS, lo que implica que la efectividad de este seguro dependa del estado de la oferta pública MINSA poco especializada en patologías crónicas propias de personas de tercera edad.

Condición de aseguramiento en salud de la población adulta mayor, Perú 2007-2011										
	Urbano					Rural				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Tiene seguro	54.0	59.1	64.3	67.9	66.7	16.8	40.6	59.7	67.0	71.3
Otro seguro	52.6	51.5	50.9	50.7	49.4	8.5	7.8	7.1	7.2	8.0
<b>SIS</b>	<b>1.4</b>	<b>7.6</b>	<b>13.3</b>	<b>17.2</b>	<b>17.2</b>	<b>8.2</b>	<b>32.8</b>	<b>52.6</b>	<b>59.8</b>	<b>63.3</b>
No tiene	46.0	40.9	35.7	32.1	33.3	83.2	59.4	40.3	33.0	28.7
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Fuente: ENAHO 2007-2011										
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES										
(www.observatorio.cies.-org.ope)										

6.6 El presupuesto del SIS que transfiere a los prestadores de servicios ha crecido en mucha menor medida que la afiliación. Entre los años 2004 y 2011 el primero lo hizo en 80.9% y el segundo lo hizo en 63.4%. La ausencia de una asignación presupuestal basada en el número de afiliados contribuye a la precariedad del SIS. En el año 2011, las transferencias del SIS a los ejecutores fueron solo el 8,6% del total ejecutado del gasto nacional de tesoro público en salud.

Surge aquí una situación de conflicto con el ejercicio del derecho: si bien el SIS ha logrado un mejor acceso a servicios de salud MINSA en la población pobre, el Estado peruano no ha podido garantizar el ejercicio de este derecho para toda la población afiliada. Dado que el SIS no tiene un aparato prestador, sino que depende de la oferta del MINSA, es posible que las restricciones en dicha oferta (insumos, personal, especialización y movilización a lugares alejados) restrinjan la atención. Una mayor oferta política como lo es la ampliación al tratamiento de enfermedades crónicas y cáncer dentro del SIS a través de su Fondo de Enfermedades Catastróficas anunciadas en el discurso presidencial, requiere de una mejora en la rectoría del MINSA, de una mayor y superior oferta prestacional y, de un presupuesto SIS acorde con el tamaño y riesgos en salud de la población afiliada.

7. La institucionalización de la participación de la sociedad civil organizada es un proceso en construcción. Existen importantes iniciativas/acciones tendientes a favorecer la participación ciudadana y organizacional, así ésta se ha incrementado a través del presupuesto participativo a nivel nacional.

Las áreas de mayor participación son la gestión de las políticas públicas de salud, particularmente, en la formulación y en la vigilancia social; así destaca el mayor accionar de ForoSalud y de la creciente Red Peruana de Pacientes y en menor medida, del Consejo Nacional de Salud, donde si bien se mantiene la participación de la sociedad civil en el Consejo Nacional de Salud, se espera que las decisiones por

consenso puedan tener un carácter mandatorio y no simplemente consultivo, como ocurre hoy. En el año 2012 la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA) está realizando una supervisión en 14 regiones del país. En el 2013 prevé generar 12 unidades desconcentradas que puedan recoger las denuncias ciudadanas. Finalmente, en cuanto a la participación de la comunidad en la gestión de los establecimientos. Todavía no hay alternativa al Comité Local de Administración de Salud (CLAS).

## **FINALMENTE, SE RECUPERAN 5 IDEAS**

1. Entre los años 2007 y 2011 el desarrollo y la inclusión social ha estado bastante por debajo del ritmo del crecimiento económico e incluso, de la disminución de la pobreza. Resultados como el escaso avance en la infraestructura social, el mantenimiento del embarazo adolescente y la violencia física de la pareja, como ejemplos, plantean no sólo un problema de falta de presencia del Estado en las áreas/grupos más vulnerables, sino también un severo problema al interior de los hogares y de las demás instituciones como las escuelas que son parte del proceso de socialización de las personas.
2. Es indudable el **logro político y legal de haber puesto a la población en condición de pobreza como sujeto de prioridad en la atención de salud**. No obstante, en el desenvolvimiento del Seguro Integral de Salud, pieza fundamental para el acceso de dicha población se han puesto en evidencia las **restricciones de la oferta pública**. No basta con haber afiliado a cerca de 11 millones de personas. Una limitada rectoría del MINSA, un presupuesto sumamente restringido asignado al funcionamiento del SIS que no guarda correlato con la rápida expansión en su afiliación y una oferta con limitaciones de personal especializado, insumos y condiciones adecuadas de atención muestran que dos tercios de los afiliados en condición de pobreza y sintiéndose enfermos, no logran acceder a la atención, lo que vulnera el derecho contraído.
3. En un país donde **solo el 25% de su población ocupada se desenvuelve en condiciones de formalidad laboral (léase tiene por lo menos a EsSalud)**, puede ocurrir que personas con limitada capacidad adquisitiva y en riesgo de una enfermedad catastrófica se afilien al SIS. Esta situación de “filtración” esconde la necesidad de una mayor formalización laboral basada en ventajas y no en mayores cargas. Este argumento cuestiona una focalización rígida e invita a debatir sobre el tema
4. Los retos que enfrentamos son arduos. Hacer realidad el aseguramiento público requiere de una **rectoría fuerte, consistente y que pueda gobernar con liderazgo en un contexto descentralizado**, al que, sin duda, hay que aplicar

reglas y hacer respetar normas nacionales; también se impone una capacidad de fiscalización sectorial e intersectorial contra riesgos en salud. Si a eso se agrega la complejidad epidemiológica y el envejecimiento poblacional, al que hemos hecho referencia, se impone la **redefinición del modelo de atención –de corte materno–infantil** limitada al establecimiento hacia uno que incorpore el diagnóstico y tratamiento de crónicas en el primer nivel y cuente con redes dinámicas de referencia de personas e insumos. En este tema, parece percibirse que todavía no tenemos un modelo eficaz para atender a la **población rural** dispersa, lo que podría pensarse desde una óptica no sectorial sino integradora, tal como módulos de docencia, atención salud, saneamiento, mejora de cultivos y construcción de viviendas, entre otros.

5. Finalmente, poner en discusión el **rol de la población**: no es lo mismo ser un consumidor que se guía por las propagandas que ser un consumidor adecuadamente informado. No es lo mismo ser una persona que un ciudadano con derechos y obligaciones. No es lo mismo estar solo que pertenecer a una agrupación.