

NOTA DE PRENSA

Afirma coordinadora del Observatorio de la Salud CIES, Margarita Petrerá, al presentar estudio

LOS ASEGURADOS DEBEN SABER SUS DERECHOS

Reveló que, al 2011, el Seguro Integral de Salud (SIS) ha logrado afiliar al 72% de la población en pobreza

Lima, 17 de octubre de 2012.- Es necesario un empoderamiento del asegurado en el Perú, sostuvo la coordinadora del Observatorio de la Salud del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), Margarita Petrerá, al mencionar que muchos de los usuarios no conocen a lo que tienen derecho. Fue durante la presentación los resultados del **Monitoreo Sanitario desde la Sociedad Civil, Perú 2007 - 2011. Seguimiento nacional con énfasis en Arequipa y Piura**, elaborado como parte del Proyecto "Promoviendo el derecho a la salud de los más pobres", financiado por la Cooperación Belga al Desarrollo.

Petrera Pavone dio a conocer una serie de indicadores recogidos con el procesamiento de las bases de datos de las encuestas producidas por el Instituto Nacional de Demografía e Informática: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) y Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Reveló que, al 2011, el Seguro Integral de Salud (SIS) ha logrado afiliar al 72% de la población en pobreza: 80% del primer quintil, (más pobres); y 64% del segundo quintil (pobres). Preciso, no obstante, que no todos los afiliados al SIS se encuentran en condición de pobreza relativa, lo que implica un problema de filtración.

Detalló que en el 2011, del 100% de afiliados al SIS el 70% estaba en condición de pobreza mientras que el 30% era no pobre. Aclaró, sin embargo, que se debe tener en cuenta la situación del tercer quintil (no pobre, de ingreso limitados) que no tiene seguro con EsSalud y debe afrontar enfermedades catastróficas, lo que agrupan al 17% de afiliados. En cuanto a si los afiliados pobres al SIS acceden a la atención de salud en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) cuando se sienten enfermos, informó que, en el 2011, solo logró acceso un poco menos de un tercio de dicha población.

En el ámbito urbano solo el 29% logró atención en establecimientos del MINSA, el 30% consultó en otro tipo de establecimiento de salud (generalmente privado) o efectuó consulta directamente con farmacia; y el 40% restante recurrió solo a remedios caseros. También indicó que los afiliados pobres que logran acceder vienen incrementando la compra de medicamentos con sus propios recursos. Entre el 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%).

En lo que respecta a las regiones de Arequipa y Piura, dijo que entre el 2007 y 2011 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%. Y 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%.

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 solo en el 30% en Arequipa versus un porcentaje similar (31%) en Piura.

PRINCIPALES 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 persona. 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 formalidad laboral (tiene por lo menos a EsSalud), puede ocurrir que personas con limitada capacidad adquisitiva, en condiciones de informalidad laboral y en riesgo de una enfermedad catastrófica se afilien al SIS subsidiado. Esta situación de “seudo filtración” esconde la necesidad de una mayor formalización laboral basada en ventajas y no en mayores cargas.

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.