



Resultados de la Matriz de monitoreo sanitario desde la sociedad civil, Perú 2007-2011

Observatorio de la Salud-CIES
Margarita Petrerá

Taller de Prensa
Lima, 17 de octubre 2012

Contenido

- Algunos determinantes del estado de salud
- Aseguramiento en salud
- Participación
- Conclusiones y reflexiones

Determinantes del Estado de Salud

Pobreza

Pobreza	2007	2008	2009	2010	2011
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%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Urbana					
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%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Rural					
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%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Arequipa					
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%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Piura					
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%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

País:

Significativa disminución

Alta dependencia al ciclo económico

Protección a pobres extremos del Programa JUNTOS a la sierra rural

Persisten diferencias internas

PIURA: Pobreza mayor a la del promedio nacional; disminución de pobreza extrema es menor a la de pobreza no extrema

AREQUIPA: Pobreza menor al promedio; baja incidencia de pobreza extrema

Incidencia del déficit calórico por ámbito geográfico. Perú, 2004 - 2011

(Porcentaje de población por debajo del consumo promedio de 2200 calorías diarias)

Año	Nacional		Lima Metropolitana		Resto urbano		Área Rural	
	(%)	IC (95%)	(%)	IC (95%)	(%)	IC (95%)	(%)	IC (95%)
2004	26.5%	(25.5 - 27.5)	21.1%	(19.1 - 23.2)	25.5%	(24.2 - 26.9)	33.1%	(31.4 - 34.9)
2005	23.4%	(22.6 - 24.3)	15.9%	(14.3 - 17.6)	22.1%	(20.9 - 23.4)	33.1%	(31.4 - 34.9)
2006	22.6%	(21.7 - 23.5)	13.6%	(12.1 - 15.2)	22.6%	(21.3 - 24.0)	32.2%	(30.6 - 34.0)
2007	21.9%	(21.2 - 22.7)	13.5%	(12.2 - 14.8)	21.2%	(20.1 - 22.3)	32.5%	(31.0 - 34.1)
2008	25.4%	(24.6 - 29.2)	17.2%	(15.7 - 18.7)	24.7%	(23.6 - 25.9)	36.2%	(34.5 - 37.9)
2009	24.9%	(24.0 - 25.7)	15.3%	(13.9 - 16.8)	25.2%	(24.0 - 26.5)	35.7%	(34.0 - 37.4)
2010	23.4%	(22.6 - 24.2)	16.0%	(14.5 - 17.6)	22.9%	(21.7 - 24.0)	33.5%	(32.0 - 35.1)
2011	23.5%	(22.7 - 24.2)	17.8%	(16.4 - 19.4)	22.4%	(21.4 - 23.5)	32.0%	(30.6 - 33.6)

País:

El descenso es sólo estadísticamente significativo al comparar el periodo 2004-2011 y sólo en el área urbana

Nutrición infantil

Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años. Perú 2007-2011

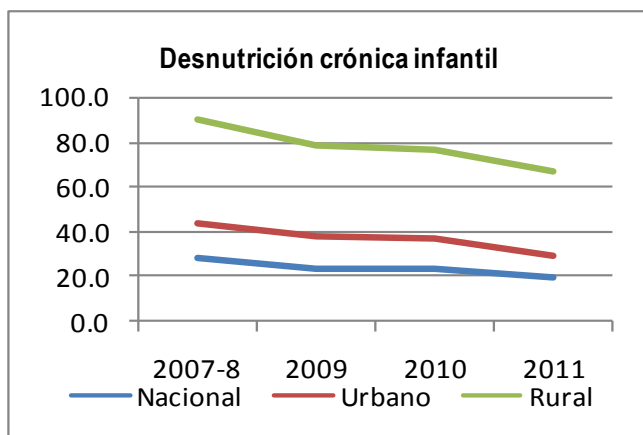
	Prevalencia			
	2007-8	2009	2010	2011
Nacional	28.5	23.8	23.2	19.5
Urbano	15.6	14.2	14.1	10.1
Rural	45.7	40.3	38.8	37.0
Masculino	29.8	24.7	25.1	20.1
Femenina	25.8	22.9	21.4	18.9
Lima Metropolitana	10.5	7.5	8.6	6.8
Arequipa	12.4	12.3		9.0
Piura	29.3	23.0	22.9	20.9

En Arequipa el valor del 2011 incluye al 2010

(*)Se considera desnutrición crónica total por debajo de -2 DS.

Definición de OMS

Fuente, INEI, ENDES



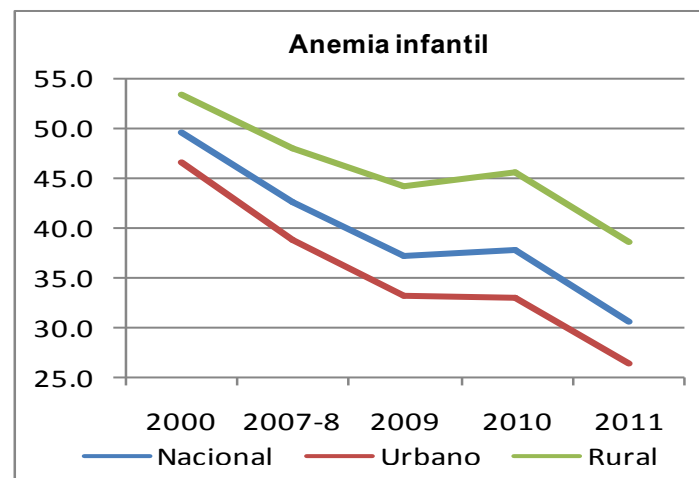
Anemia niños menores de 5 años. Perú 2000, 2004-11 (*) (**)

	Prevalencia (%)				
	2000	2007-8	2009	2010	2011
Nacional	49.6	42.5	37.2	37.7	30.7
Urbano	46.6	38.8	33.2	33.0	26.5
Rural	53.4	47.9	44.1	45.7	38.6
Masculino	50.7	44.1	38.3	38.9	32.2
Femenina	48.4	40.9	36.0	36.5	29.1
Lima Metropolitana	46.2	37.4	29.5	28.6	18.5
Arequipa	39.2	36.9	46.9	29.5	24.1
Piura	56.0	38.1	30.3	27.1	23.7

(*) Los niños menores de 6 meses no se incluyen en las estimaciones por tener niveles relativamente altos de hemoglobina (Hb) al nacimiento.

(**) Anemia en niños es determinada usando el punto de corte Hb < a 11 g/dl

Fuente: INEI ENDES 2000,2007-2008, 2009,2010 y 2011

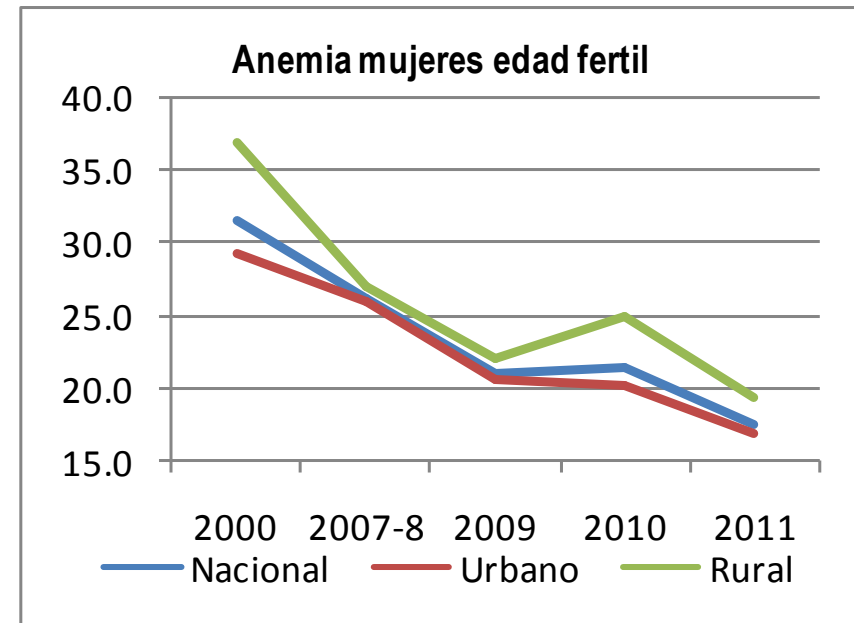


Nutrición: anemia en Mujeres en Edad Fértil

Anemia mujeres en edad fértil. Perú 2000, 2007- 2011

	Prevalencia (%)				
	2000	2007-2008	2009	2010	2011
Nacional	31.6	26.2	21.0	21.5	17.4
Urbano	29.2	26.0	20.7	20.3	16.8
Rural	37.0	26.9	22.1	24.9	19.3
Lima Metropolitana	30.7	29.6	22.6	22.9	16.9
Arequipa	18.7	17.5	23.9	14.5	10.9
Piura	31.9	20.5	21.1	15.9	15.4

Fuente: INEI ENDES 2000,2007-2008, 2009,2010 y 2011

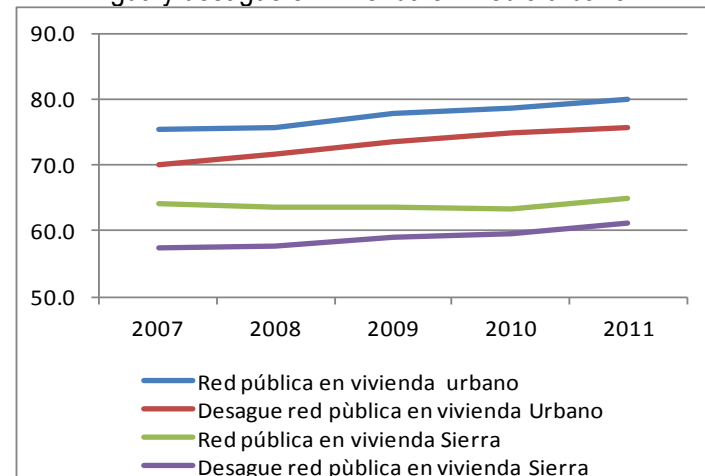


Saneamiento

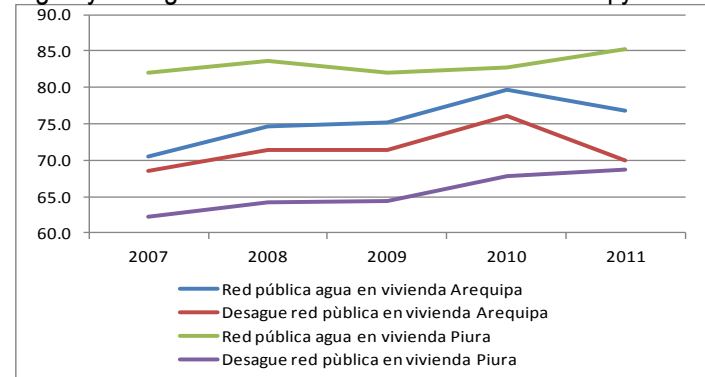
Saneamiento	2007	2008	2009	2010	2011
Agua /desague					
Promedio urbano					
Red pública agua en vivienda	75.5%	75.8%	77.7%	78.7%	79.9%
Desague red pública en vivienda	70.0%	71.7%	73.5%	74.8%	75.7%
Urbano Sierra					
Red pública agua en vivienda	64.1%	63.7%	63.7%	63.4%	65.0%
Desague red pública en vivienda	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%
Rural:combustible para cocinar en vivienda					
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					



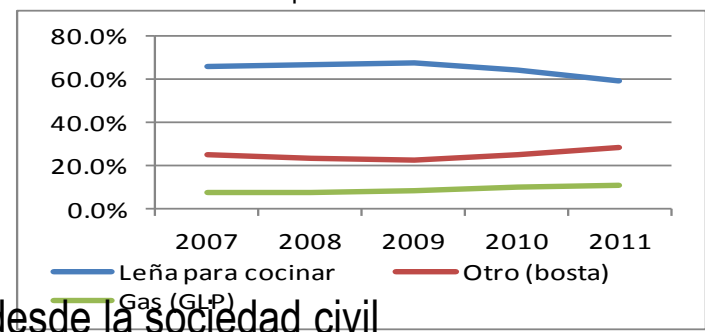
Agua y desague en vivienda en medio urbano



Agua y desague en vivienda en medio urbano Areq y Piura



Combustible para cocinar en medio rural



Se mantienen brechas (déficit saneamiento urbano sierra)
Lenta mejora en uso de gas en medio rural
AREQUIPA y PIURA: lentas mejoras en infraestructura urbana

Anomia social

Adolescentes (15-19) que son madres o están gestando. Perú, 2000,

Embarazo adolescente	Prevalencia (%)				
	2000	2004-8	2009	2010	2011
Nacional	13,0	13,0	13,7	13,5	12,5
Urbano	9,2	9,9	10,6	11,3	10,0
Rural	21,7	20,6	22,2	19,3	19,7
Lima-Callao	8,1	9,4	8,5	10,8	8,2
Arequipa	*	*	*	*	*
Piura	*	*	*	*	*

Fuente: INEI, ENDES

* Coeficientes de variación altos en la medición de la variable impiden la presentación de los valores

Se mantiene el embarazo adolescente, aunque parece existir una ligera tendencia al descenso rural.

Se mantiene la violencia familiar de la pareja contra la mujer. Muy ligera disminución en ámbito urbano y rural. En Lima Metropolitana se mantiene

Violencia familiar física de la pareja contra la mujer	Prevalencia (%)			
	2007-8	2009	2010	2011
Nacional	14.9	14.2	13.9	12.6
Urbano	15.2	14.3	14.0	13.2
Rural	14.3	13.8	13.7	11.3
Lima Metropolitana	12.8	12.5	13.1	12.0
Arequipa	*	*	*	*
Piura	*	*	*	*

* Coeficientes de variación altos en la medición de la variable impiden la presentación de los valores
No se ofrece información al año 2000, debido a que no es comparable con la ENDES 2004-2008

Fuente: INEI, ENDES

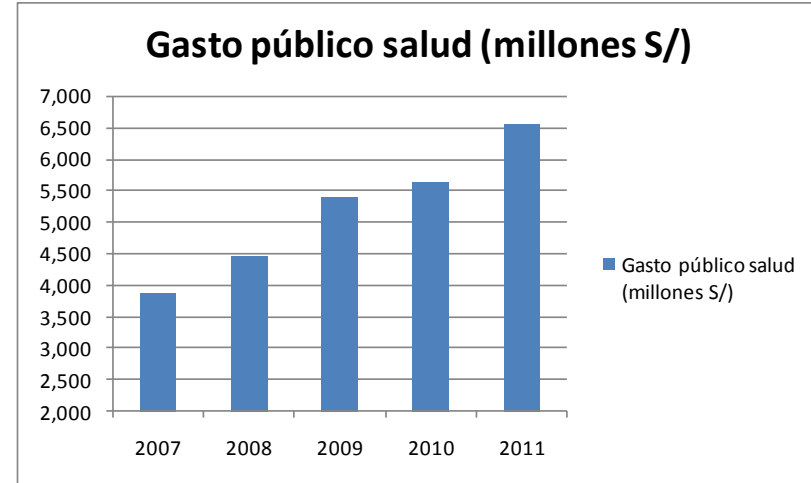
Respuesta del Estado y aseguramiento en Salud

Gasto público nacional en salud

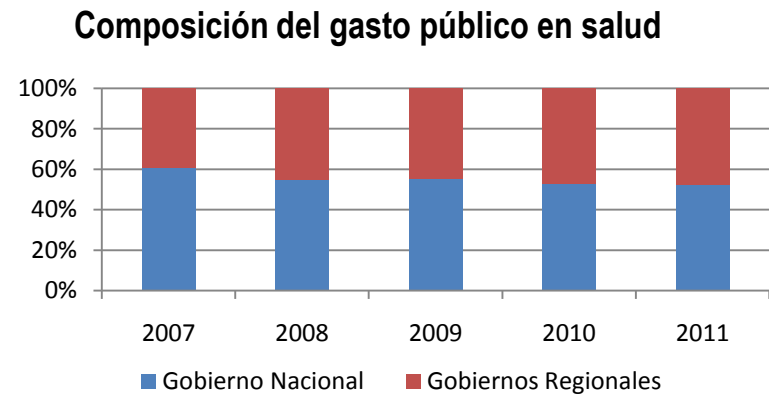
	(Gasto nacional y regional)				
	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto público salud (millones S/)	3,878	4,454	5,380	5,621	6,557
Poblacion (millones)	28.8	29.3	29.6	29.9	30.2
Gasto por cápita (S/)	135	152	182	188	217

(*) Comprende todas la fuentes de financiamiento excepto los Recursos Directamente Recaudados-RDR (pagos de los usuarios)

Fuente: SIAF-MEF



	2007	2008	2009	2010	2011
Gobierno Nacional	61%	55%	55%	53%	52%
Gobiernos Regionales	39%	45%	45%	47%	48%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

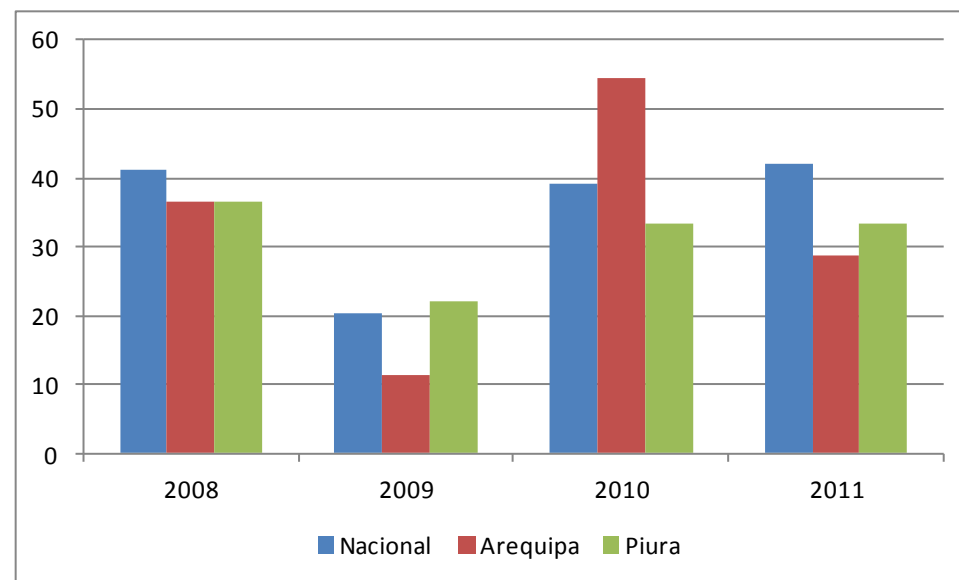


Entre el 2007 y el 2011 el gasto público en salud se elevó en 61%.
 La composición varió del 39% ejecutado en regiones (2007) al 48% (2011)

Rectoría

PS y CS con capacidad resolutive FONB mayor del 80%				
	2008	2009	2010	2011
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



En el año 2011 y a nivel nacional se ha recuperado el nivel del año 2008. Los niveles en Arequipa y Piura son inferiores al promedio nacional con 28.6 y 33.3% respectivamente. Problema metodológico: bajo y heterogéneo tamaño de muestra

Calidad de atención MINSA (efectividad percibida)

(% personas que consideran que les solucionaron totalmente su problema de salud en relación al total que consultó al MINSA)

	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

Se presume que la apreciación de efectividad (solución del problema por el que se consulta) de parte de los usuarios MINSA es mayor en el primer nivel porque las consultas en sus establecimientos corresponden, generalmente, a enfermedades de menor complejidad, y por ende de más rápida resolución. A diferencia, se presume que la apreciación de efectividad en hospitales, comparada con la del primer nivel, será siempre menor porque las consultas, corresponden, generalmente, a enfermedades de mayor complejidad. No obstante el hecho que las apreciaciones de efectividad al interior de cada grupo se mantengan a lo largo del periodo 2007-2011 sugiere que la efectividad percibida no ha mejorado

Calidad de atención MINSA (disponibilidad de medicamentos)

Disponibilidad de totalidad de medicamentos prescritos en establecimientos MINSA 2007-2010					
	2007	2008	2009	2010	2011
Nacional					
Primer nivel	54.7%	56.3%	57.8%	58.3%	55.8%
Hospital	31.9%	30.5%	34.9%	33.0%	33.6%
Urbano					
Primer nivel	44.7%	44.3%	47.3%	47.0%	44.5%
Hospital	31.1%	28.2%	33.8%	31.9%	32.7%
Rural					
Primer nivel	65.4%	68.5%	69.3%	70.7%	67.8%
Hospital	36.7%	44.8%	43.3%	41.1%	39.4%

Fuente: ENAHO 2007

Elaboración Observatorio de la Salud-CIES

Tendencia de aumento de disponibilidad de medicamentos en 1er nivel se interrumpe en el 2011. Baja disponibilidad general en hospitales

SIS: Atención de partos y cesáreas en area rurales. Perú 2008 - 2011


	2008	2009	2010	2011
Parturientas procedentes del medio rural				
Parturientas	126,867	109,920	105,488	96,523
Cesareadas	10,765	10,319	10,561	12,121
Ratio (partos cesarea/total)	8.49%	9.39%	10.01%	12.56%

Fuente: SIS, Oficina de Planificación y Presupuesto

Aumenta ratio cesárea/parto, pero baja el total de partos SIS en mujeres procedentes del medio rural. No obstante, existe un problema de sub reporte, porque en ENDES suben los partos en institución pública MINSA

Tenencia de Seguro en Salud

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

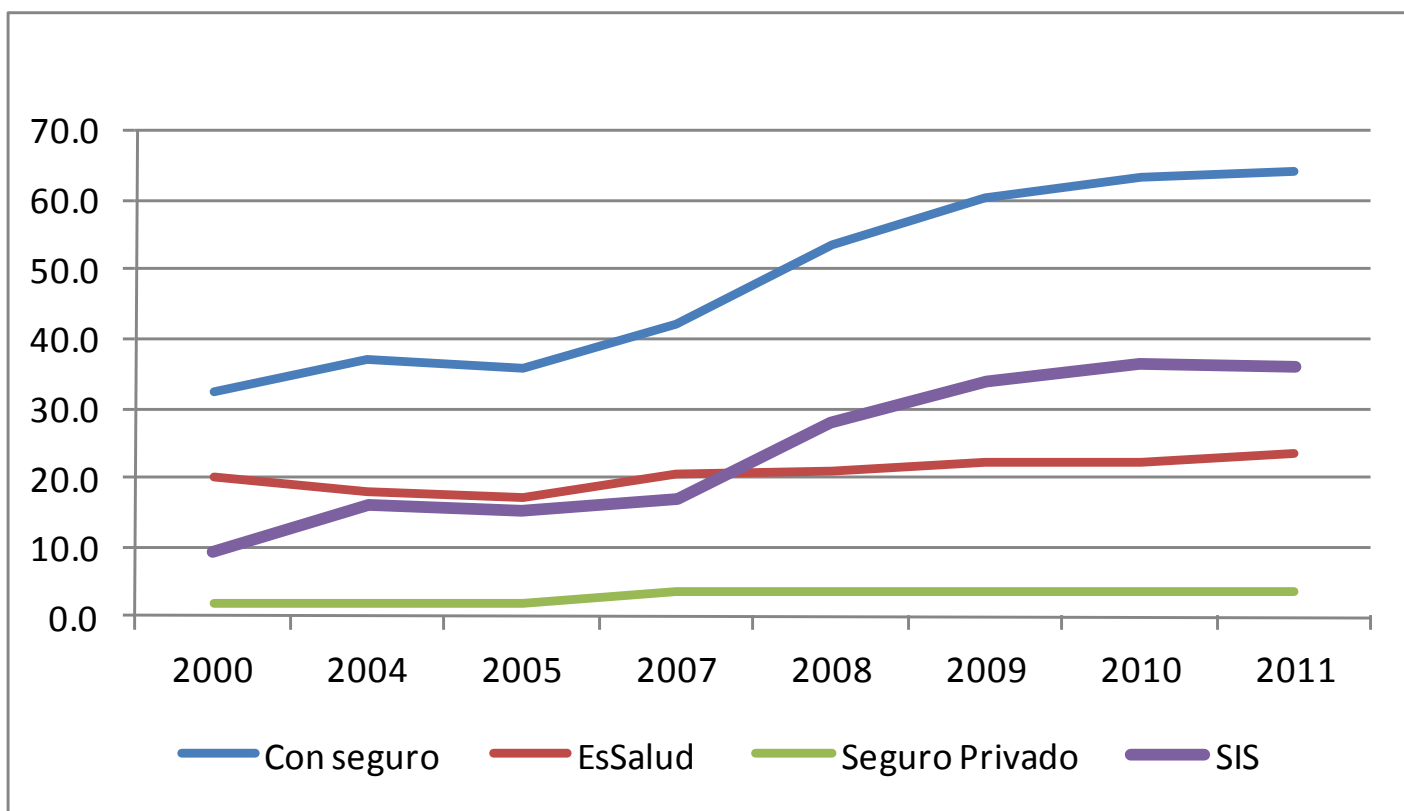
(*) Hasta el año 2000, se refiere al Seguro Escolar Obligatorio y a proyectos piloto del Seguro Materno-Infantil. Desde el 2002 se refiere al Seguro Integral de Salud (SIS). Fuente: ENNIV 2000, ENAHO 2004-2011; INEI. Perú: Estimaciones y proyecciones de poblaciones urbana y rural por sexo y edades quinquenales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

Elaboración Observatorio de la Salud-CIES

- Incremento en la tenencia de un seguro de salud se basa en afiliación SIS (11 millones de personas). Se frena la afiliación entre los años 2010 y 2011 (¿SISFHO?)
- Escaso crecimiento EsSalud se basa en baja tasa de empleo formal
- SIS como modalidad de aseguramiento de baja consolidación

Tenencia de Seguro en Salud

Afiliación SIS, EsSalud y seguro privado



Afiliación al SIS: ¿Hay sub cobertura?

Afiliación al SIS por quintiles de gasto 2007-2011

Quintil	2007	2008	2009	2010	2011
Urbano					
I	29.2	47.5	61.2	69.2	66.5
II	18.4	35.1	44.6	50.4	50.6
III	10.1	20.9	28.7	31.8	34.9
IV	4.3	10.8	14.3	19.5	20.4
V	1.2	3.2	5.1	6.4	7.2
Total	10.2	17.7	22.2	24.3	23.6
Rural					
I	39.9	64.7	75.2	79.8	82.8
II	28.5	52.8	64.5	71.9	77.1
III	17.8	37.4	46.7	58.6	63.7
IV	11.2	23.8	31.1	39.6	44.7
V	4.3	14.5	17.7	24.8	27.3
Total	34.5	56.1	65.9	70.8	72.8

Fuente: ENAHO 2007 - 2011

Elaboración Observatorio de la Salud-CIES

Afiliación al SIS por cobertura de quintil de gasto, Perú 2011

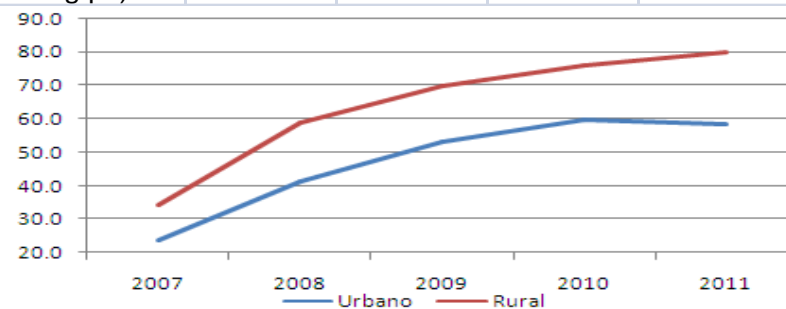
Quintil	Nacional	Urbano	Rural	Lima-Met	Arequipa	Piura
1	80.4%	66.5%	82.8%	34.5%	81.9%	72.7%
2	64.2%	50.6%	77.1%	38.6%	54.7%	62.7%
3	41.1%	34.9%	63.7%	22.3%	42.9%	43.1%
4	22.4%	20.4%	44.7%	15.1%	28.0%	29.1%
5	7.8%	7.2%	27.3%	5.4%	11.3%	9.0%

Fuente: ENAHO 2007 - 2011

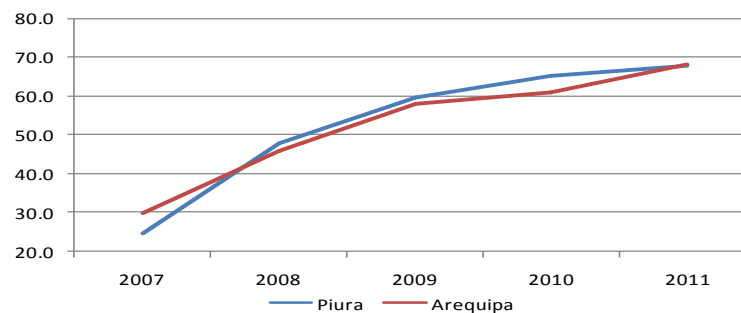
Elaboración Observatorio de la Salud-CIES

(www.observatorio.cies.org.pe)

Afiliación al SIS de los quintiles I y II



Afiliación al SIS de los quintiles I y II, Arequipa y Piura 2007-2011



En el año 2011, del 100% de la población nacional urbana perteneciente a los quintiles I y II, están afiliados al SIS el 59% y el 80% de la rural.

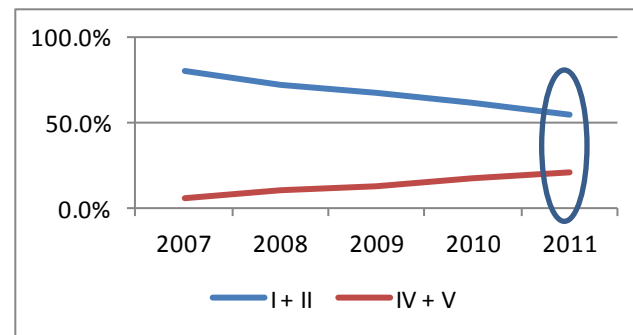
En el mismo año, del 100% de la población de Arequipa perteneciente a los quintiles I y II, están afiliados al SIS el 68%. Igual sucede con Piura.

Afiliación al SIS: hay filtración?

Quintiles	2007	2008	2009	2010	2011
I + II	80.7%	71.8%	67.4%	61.3%	55.4%
IV + V	5.9%	10.8%	12.8%	17.7%	21.1%

Fuente: ENAHO 2007 - 2011

Elaboración Observatorio de la Salud-CIES



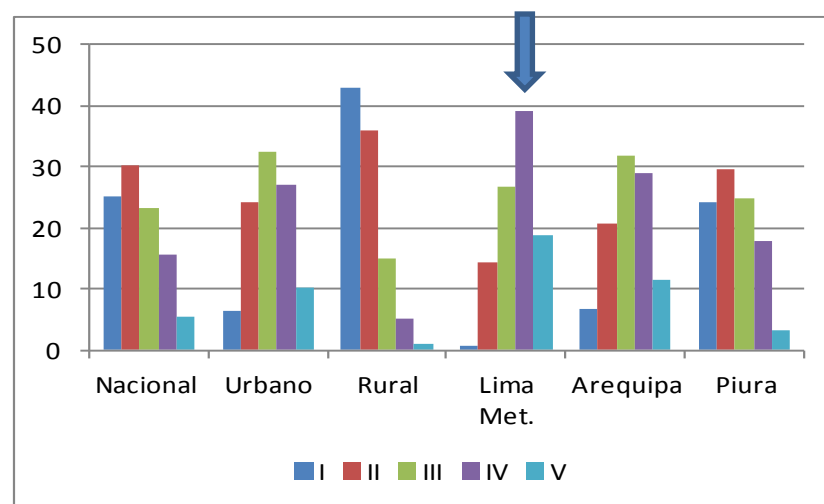
Entre los años 2007 y 2011 la afiliación de los quintiles I y II bajó del 81 al 55%, mientras que los quintiles IV y V subió del 6 al 21%

Afiliación al SIS por quintiles de gasto y urbano, Perú 2011

	Nacional	Urbano	Rural	Lima Met.	Arequipa	Piura
I	25.2	6.3	42.9	0.6	6.8	24.1
II	30.2	24.1	35.9	14.3	20.8	29.7
III	23.4	32.4	15.1	26.8	31.7	25
IV	15.7	27	5.1	39.2	29.1	18
V	5.5	10.2	1.1	19.0	11.5	3.2
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: ENAHO 2007 - 2011

Elaboración Observatorio de la Salud-CIES



En el año 2011, el 55% de afiliados al SIS a nivel nacional se encuentran en condición de pobreza relativa (quintiles I y II). En el ámbito urbano este porcentaje baja al 30.4% mientras que en el rural sube al 79%. En LIMA METROPOLITANA es de solo el 15%: en PIURA el 54% y AREQUIPA el 27%

Vulnerabilidad

Población mayor y tenencia seguro salud adulto mayor

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	33.4	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%

En el año 2020 la población de 31 años a + será casi la mitad (47%).

Fuente: Censos nacionales 1993, 2007; INEI-Perú Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Boletín Demográfico N° 35.

	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
SIS	1.4	7.6	13.3	17.2	17.2	8.2	32.8	52.6	59.8	63.3
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

El adulto mayor en el ámbito rural es particularmente vulnerable: 63% esta afiliado al SIS, cuya prestación de servicios dependen del estado de la

Acceso en afiliados pobres al SIS

Lugar de atención de pobres afiliados SIS que enferman. Perú, 2007-2011

Establecimiento MINSA	2007	2008	2009	2010	2011
Urbano					
Si	44.8%	37.0%	34.1%	31.9%	30.9%
No, fue a otro	15.0%	17.8%	17.5%	19.9%	20.5%
No consultó	40.2%	45.2%	48.4%	48.1%	48.6%
Total (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Rural					
Si	43.9%	36.4%	34.9%	30.2%	29.1%
No, fue a otro	21.7%	26.2%	25.5%	28.0%	30.1%
No consultó	34.4%	37.4%	39.6%	41.8%	40.8%
Total (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Arequipa					
Si	57.1%	41.3%	45.1%	35.7%	36.2%
No, fue a otro	4.7%	10.7%	12.1%	10.1%	11.7%
No consultó	38.2%	48.1%	42.8%	54.2%	52.1%
Total (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Piura					
Si	38.5%	40.4%	29.1%	23.8%	21.7%
No, fue a otro	26.1%	20.3%	23.5%	25.1%	27.6%
No consultó	35.4%	39.3%	47.3%	51.0%	50.7%
Total (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: ENAHO 2007 - 2011

Elaboración Observatorio de la Salud-CIES

Del 100% de los afiliados SIS en pobreza ¿Cuántos acceden a la atención MINSA,? (SIS no tiene prestadores propio, usa establecimientos MINSA)

- El porcentaje va decreciendo.
- No obstante es importante recordar el alto ritmo de crecimiento de la afiliación
- En su mayoría, los pobres afiliados SIS no tienen alternativa: si no logran MINSA, no consultan.
- No obstante aumenta la consulta en “otro” generalmente farmacia
- En general, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los años 2010 y 2011

Protección financiera a los hogares

¿Cómo pagó los servicios de Medicinas?	Lugar de atención									
	Primer nivel de atención MINSa					Hospital MINSa				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
El SIS pago todo	88.3%	84.1%	82.8%	79.0%	82.3%	70.0%	53.0%	57.3%	55.5%	47.5%
El SIS pago una parte	4.5%	5.7%	7.5%	10.3%	8.0%	8.9%	13.8%	14.3%	10.7%	9.7%
Ud., pagó todo	6.4%	9.4%	9.1%	9.7%	9.1%	16.3%	30.4%	24.9%	22.4%	37.0%
Donacion Minsa	0.5%	0.3%	0.4%	0.4%	0.2%	2.6%	1.1%	0.4%	1.7%	1.7%
Otro	0.3%	0.5%	0.3%	0.5%	0.4%	2.3%	1.7%	3.1%	9.7%	4.2%
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

Del 100% de los afiliados SIS que son atendidos en establecimientos MINSa ¿Quiénes logran gratuidad total en los medicamentos?

- Mayor gratuidad se obtiene en el primer nivel de atención que en hospital. Marcada tendencia decreciente en hospitales

Gasto por afiliado SIS

Gasto por afiliado al Seguro Integral de Salud. Perú 2004-2011

(En Nuevos Soles)

Año	Transferencias del SIS Nuevos soles (1)	Afiliados SIS (*) miles de personas (2)	Gasto por afiliado SIS Nuevos soles (3) = (1) / (2)
2004	280,366,257	4,099.7	68.39
2005	251,053,416	3,919.1	64.06
2006	266,481,036	4,279.0	62.28
2007	283,366,532	4,841.9	58.52
2008	419,586,451	8,094.8	51.83
2009	435,275,000	9,846.6	44.21
2010	448,048,343	10,698.7	41.88
2011	507,211,299	10,745.3	47.20

(*) Fuente ENAHO 2004-2011

Fuentes: Transferencias SIS: www.sis.gob.pe

	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto público salud	3.878,30	4454,4	5380	5620	6557
Transferencias SIS	283,4	419,6	435,3	448	507
% Gasto Publico Salud	7,3	9,4	8,1	8	7,7

El gasto por afiliado SIS obtiene una pequeña recuperación entre los años 2010-2011. No obstante la tendencia ha sido marcadamente decreciente. Las transferencias SIS son sólo el 8% del total del gasto público en salud

Participación

Participación

Presencia del Presupuesto Participativo en distritos y provincias. Perú, 2008-2010

	2008	2009	2010	2011
Distritos	32.76	56.50	48.26	54.42
Provincias	56.41	84.10	70.26	70.77

Fuente: Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza

**Proceso en construcción:
Existen importantes iniciativas/ acciones
tendientes a favorecer la participación
ciudadana y organizacional**

Llamadas a INFOSALUD-MINSA

Año	TOTAL llamadas	Distritos pobres (quintil 1 y 2) llamadas	%
2008	44,553	467	1.05%
2009	148,693	478	0.32%
2010	137,052	373	0.27%
2011	119,639	398	0.33%

Fuente: INFOSALUD-MINSA

Actividad del Consejo Nacional de Salud (CNS), Perú, 2008-10

Actividades	2008	2009	2010	2011
Reuniones programadas	14	14	12	12
Reuniones efectuadas	12	16	10	9
Proporción	12/14	16/14	10/12	09/12

Fuente. Secretaria de Coordinación. Consejo Nacional de Salud

Participación

Todavía no hay alternativa para incorporar la participación de la comunidad en la gestión

Establecimientos MINSA Primer nivel con CLAS . Perú, 2007- 2011

	2007			2011		
	Total	CLAS	Porcentaje CLAS	Total	CLAS	Porcentaje CLAS
Nacional	6,973	763	10.9%	7,592	763	10.1%
Lima	653	14	2.1%	718	15	2.1%
Arequipa	242	45	18.6%	250	45	18.0%
Piura	382	36	9.4%	388	36	9.3%

CLAS = Comunidades Locales de Administración de Salud

En el año 2012 la SUNASA está realizando una supervisión en 14 regiones del país. En el 2013 prevé generar 12 unidades desconcentradas.

Vigilancia del aseguramiento por la sociedad civil

ForoSalud y CARE Perú, con apoyo de la Cooperación Británica y de la Unión Europea han consolidado la implementación de mecanismos de Vigilancia Ciudadana, particularmente del respeto de los derechos en salud y de la calidad de atención que se brinda a las mujeres y niños asegurados en el SIS, en distritos priorizados de Puno (provincias de Ayaviri y Azángaro), Cusco (Cusco y Lamay); Huánuco (Huánuco) y Huancavelica (cinco distritos). En las cuatro regiones se cuenta con la participación activa de la Defensoría del Pueblo. En Puno, además, se han integrado a este esfuerzo la OD-SIS, la MCLCP y el Programa JUNTOS. En Huancavelica se ha generado un comité impulsor con participación de la DIRESA, ForoSalud, CARE Perú, PRISMA, Manuela Ramos, etc. Adicionalmente, ha impulsado iniciativas de vigilancia del respeto a los derechos sexuales y reproductivos en distritos seleccionados de Cajamarca, Tacna y Ucayali (con apoyo del UNFPA y de FOS-Solidaridad Socialista Belga). En marzo del 2011, ForoSalud y CARE Perú se encargaron de presentar los Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud, en reconocimiento a su contribución al tema. Asimismo, CARE Perú, por encargo del UNFPA, formuló una Guía para la Capacitación de Mujeres Indígenas para Implementar mecanismos de vigilancia ciudadana en salud, sobre la base de la experiencia desarrollada en Puno.

Conclusiones

Conclusiones y reflexiones

- La Matriz de Indicadores es una valiosa herramienta para el monitoreo sanitario, con información oportuna, sustentada en registros institucionales y permanentemente disponible
- El país mejora sus ingresos y disminuye la pobreza económica; aunque mantiene desigualdades fundamentalmente en las zonas rurales y avanza poco en la infraestructura de saneamiento. Los resultados evidenciados no son sólo responsabilidad del Estado. La violencia, embarazo en adolescentes y accidentes de tránsito se mantienen o se han incrementado mostrando un importante grado de anomia social que implica a los individuos y otorga a los hogares un rol central en su abordaje. Otras instituciones, como las escuelas, están también comprometidas
- Pese al incremento de recursos, la respuesta del Estado tiene problemas de efectividad en los programas sociales. Merece discutirse el tema de la filtración en el seguro de salud en un contexto de alta informalidad laboral.

Conclusiones y reflexiones

- El aseguramiento en salud se ha duplicado en los últimos 10 años: del 31 al 64%, siendo el SIS el responsable de este crecimiento (dos tercios), lo que modifica estructuralmente el concepto de aseguramiento en salud. El bajo nivel de formalización del empleo explica la limitada cobertura de EsSalud (24%) y plantea la urgencia de resolverlo. 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.
- 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, existen problemas para el acceso de dicha población que ponen en evidencia las restricciones de la oferta pública MINSA, ya que el SIS no tiene prestadores propios; usa la infraestructura del MINSA. No basta haber afiliado a cerca de 11 millones de personas. Una limitada rectoría del MINSA, un presupuesto SIS sumamente restringido 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 en los establecimientos MINSA 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.

Conclusiones y reflexiones

- La participación ciudadana y organizacional continúa en proceso en construcción: existen importantes iniciativas/ acciones tendientes a favorecer la participación ciudadana y organizacional en salud. No obstante, todavía no hay alternativa al CLAS para incorporar la participación de la comunidad en la gestión.
- Los retos son arduos:
 - 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.
 - Complejidad epidemiológica y el envejecimiento poblacional, impone 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.
 - Todavía no tenemos un modelo eficaz para atender a la población rural dispersa. Pensarlo no por sector sino integrado, tal como módulos multifunción: docencia, atención salud, saneamiento, mejora de cultivos, construcción de viviendas, entre otros.

Muchas gracias

<http://observatorio.cies.org.pe>
mpetrera@cies.org.pe