

LA DEMOCRACIA NO GOZA DE **BUENA SALUD**

© Los peruanos morimos con la segregación reinante en el sector salud. Hay clínicas para ricos, onerosos seguros privados para la clase media-alta, hospitales públicos para pobres y ninguna atención para los más pobres. Esta situación de aguda desigualdad debe terminar. La única forma de hacerlo es con un Sistema Nacional de Salud donde confluyan todos los sistemas públicos, la atención sea gratuita y el Estado garantice este derecho básico a todos los peruanos.

3

Página

ANTECEDENTES.

Pocos avances a pesar del crecimiento.

4

Página

DIAGNÓSTICO.

Exclusión y determinantes sociales.

5

Página

DIAGNÓSTICO.

Un sistema de salud segregado.

6

Página

PROPUESTA.

Aseguramiento:
Primero la gente.

7

Página

Sistema Nacional de Salud: para enfrentar la desigualdad.

8

Página

PROPUESTA

¿Cómo establecer un Sistema Nacional que garantice el Derecho a la Salud?

OTRAMIRADA

Análisis y propuesta de política
Publicación del Colectivo
Otra Mirada
Edición: N°4 Año: 1

Presidente: Salomón Lerner Ghitis

Director: Nicolás Lynch

Consejo Directivo: Humberto Campodónico, Pedro Francke, Salomón Lerner G. y Nicolás Lynch.

Investigación y Análisis: Gonzalo Alcalde y Pedro Francke

Edición: Magali Zevallos

Diseño y diagramación: Jorge Senisse

Fotos: Archivo Diario

La República

Dirección: José Pardo 741,

4to piso. Miraflores, Lima.

Teléfono: 2434455

Impresión: Talleres del Grupo La República

PARECIERA que los peruanos nos hemos acostumbrado a que la salud no sea una prioridad de la acción del Estado. El Ministerio de Salud no ha sido nunca una cartera importante. El presupuesto público en salud de nuestro país está entre los menores de América Latina. La contaminación, por ejemplo, mata 6 mil peruanos al año pero no levanta las cejas de nuestros gobernantes.

Hace pocos meses niños morían de frío en el sur del Perú, como si nuestro país fuese una “republiqueta”. De frío: qué vergüenza. No encontramos mejor indicador que ese para revelar la misma dramática realidad de la salud para la mayoría de peruanos, aunque podemos apilar estadística tras estadística.

¿Es este sólo un problema de salud pública? Pensamos que es también un problema central de la democracia peruana porque, ¿qué puede ser más importante para un gobierno que dice representar al pueblo y trabajar por él, que salvar la vida de sus niños, de sus madres, de sus trabajadores, de sus ancianos? ¿Cómo puede un gobierno de los ciudadanos dejar morir a aquellos que son su razón de ser?

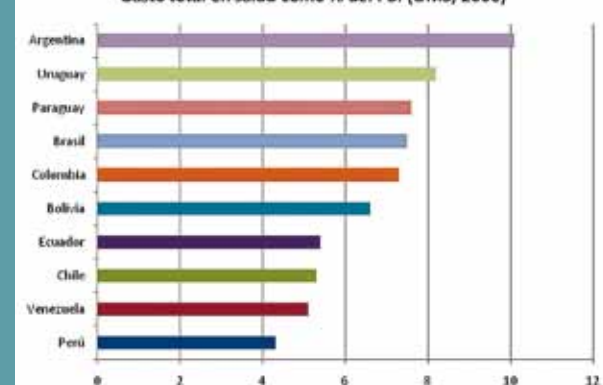
Si el abandono de la salud pública es una falla esencial de la democracia, sus causas sólo pueden explicarse allí mismo: en la frustración de la transición democrática, que ha impedido que avancen de la mano condiciones básicas de igualdad social y procesos de democratización política. En este tema, como en otros, hay peruanos y peruanos, hay los de abajo que carecen de derechos mínimos y hay los de bien arriba que pueden gastarse algunas decenas de miles de dólares en un “lifting” en Miami, están las clínicas privadas en Lima y los poblados rurales donde infecciones fáciles de curar todavía siegan vidas. Una persona enferma, sin acceso a servicios de calidad, no puede participar plenamente en los procesos democráticos ni tiene oportunidad para reflexionar sobre el entorno político. Por otro lado, tenemos gobernantes que se atienden en sistemas de salud segregados –ellos y su clase– olvidándose del resto.



No podremos tener una democracia sólida y verdadera si no establecemos condiciones básicas de igualdad. Muchas desigualdades, siendo odiosas, pueden aceptarse. La desigualdad en la posibilidad de seguir viviendo, no.

Los sistemas nacionales de salud, que garantizan a toda la población este derecho básico, se han constituido en pilares de la democracia en distintas partes del mundo. No solamente en Francia, Reino Unido o Canadá, no solamente en los Estados Unidos que Barack Obama quiere construir, también en países más cercanos a nosotros como Costa Rica y, más recientemente, Brasil. ¿Qué estamos esperando? ☺

Gasto total en salud como % del PBI (OMS, 2006)



La Declaración Universal de Derechos Humanos señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar. Nuestros gobernantes no han asegurado dichas condiciones, y ni siquiera han cumplido lo estipulado en la constitución neoliberal e ilegítima de 1993. Esta señala que todos tienen derecho a la protección de su salud (Artículo 7) y que el Estado “garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas” (Artículo 11).

Antecedentes



☹ A pesar de aumentos en el aseguramiento, aún el 58% de la población carece de protección.

Pocos avances a pesar del crecimiento



Tras una década de crecimiento económico, nuestra situación de salud sigue siendo inadecuada para consolidar la ciudadanía y la democracia. Seguimos en la cola de los países de la región según una serie de indicadores importantes como los de mortalidad materna (cercana al doble del promedio latinoamericano), desnutrición crónica (que afecta a uno de cada cinco niños) y de tuberculosis (la segunda incidencia más alta en el continente después de Haití). Entonces, las condiciones de salud no están siquiera a la altura de nuestro nivel de país de ingresos medios en América Latina.

Por otra parte, en la sociedad persisten graves inequidades entre regiones, entre géneros y entre grupos sociales. Un indicador fundamental como la esperanza de vida revela que, mientras en Lima esta no está muy lejana de los países industrializados (78 años, similar a la de EE.UU.), en el departamento vecino de Huancavelica esta expectativa es casi veinte años menor y similar a la de países africanos pobres (59 años, comparable con Senegal). En Lima hay un médico por cada 1750 personas y en Huancavelica uno por cada 23,000.

Millones de peruanos, especialmente pobres en zonas rurales, no pueden acceder a servicios de salud. Cuando los encuentran suelen ser servicios de baja calidad, con limitada capacidad para atender problemas complejos, o fuera del alcance de sus bolsillos. Pero esto no sólo es responsabilidad del Ministerio de Salud. La salud como preocupación pública tiene baja prioridad en el modelo de desarrollo neoliberal vigente, que ha promovido un crecimiento sin mayor impacto en la equidad. Desde 1993 este modelo está claramente sustentado en una constitución que no incluye a los derechos sociales como la salud como derechos fundamentales.

Los años transcurridos desde la transición democrática de 2000-2001 han sido de oportunidades perdidas para

mejorar esta situación. En 2002, a través del Acuerdo Nacional se asumió el compromiso de “garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud, promoviendo el acceso universal a la jubilación y la seguridad social, y fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado”.

Los avances no han sido significativos. El gasto público en salud sigue siendo inadecuado: 1,9% del PBI en 2009, poco más de la mitad del promedio latinoamericano. Tampoco hay una visión estratégica para avanzar hacia un aseguramiento universal que amplíe el sistema existente y que desarrolle un sistema integral de centros de atención.

Destacan tres reformas pertinentes a los objetivos del AN, pero de impacto limitado aún. La primera es el Sistema Integral de Salud, iniciado bajo el gobierno de Toledo y que funcionó inicialmente como un seguro materno-infantil. Durante el gobierno de García se expande la cobertura del SIS significativamente pero no se le inyectan mayores recursos sino, más bien, se limitan las condiciones atendidas. Entonces, lejos de ser un sistema de atención universal, el SIS es hoy un sistema de salud de baja calidad para los pobres, debido a sus insuficientes recursos financieros y humanos y a una cobertura limitada.

Al mismo tiempo, las políticas del sector salud no impulsan efectivamente la promoción y prevención, la mejor arma contra las determinantes sociales de la mala salud. Temas fundamentales como la interculturalidad y la equidad de género están prácticamente ausentes.

Una segunda reforma ha sido, desde 2003, el proceso de descentralización. Este ha avanzado relativamente más que en otros sectores, pero los gobiernos regionales aun carecen de la necesaria autonomía frente al Ministerio de Economía y Finanzas y de recursos para diseñar e implementar políticas de salud eficaces. Finalmente se ha aprobado en 2009 la Ley de Aseguramiento Universal, pero aún no se ha implementado. ☹

TUBERCULOSIS Y POBREZA URBANA

La elevada incidencia de la tuberculosis en el Perú ilustra cómo la pobreza y desigualdad afectan directamente las condiciones de salud. El hacinamiento, la desnutrición, el empleo informal y el desempleo hacen que las personas sean más vulnerables a la TB. Estas condiciones se encuentran especialmente en las ciudades, donde hay más inequidad de ingresos: un 58% de los casos de TB se registran en Lima y Callao. Preocupa la severa epidemia de tuberculosis TBMDR (resistente a tratamiento con antibióticos) que se registra en el país desde la década pasada. Lamentablemente, hubo años de retroceso en la detección de la TB a inicios de la presente década (2001-2003) cuando se desactivó un equipo técnico del MINSA a cargo de estas labores de diagnóstico por razones políticas.

Diagnóstico

La contaminación
afecta directamente
nuestra salud y mata a
aproximadamente 6 mil
peruanos cada año.



Determinantes sociales de la salud



© Más de 30 niños de 1000 nacidos vivos mueren antes de cumplir los 6 años (más de 18,000 cada año).

La desigualdad, la exclusión y la pobreza son factores que hacen a las personas más vulnerables a los problemas de salud y, a su vez, actúan como barreras al acceso a servicios de salud adecuados cuando se requiere de ellos. Para modificar estos factores de carácter estructural, que han persistido por décadas y no son susceptibles de un cambio inmediato, es necesario apuntar a cambios en el modelo de desarrollo y de crecimiento económico vigente.

El desempeño macroeconómico, y no el bienestar de los ciudadanos, se ha convertido en el fin último del desarrollo. Mientras tanto, el derecho a la salud, al igual que el derecho a la educación y otros derechos sociales, no ha sido protegido activamente por el Estado en las últimas décadas. La pobreza, que afecta a más de diez millones de peruanos, y la desigualdad no se han reducido de manera proporcional al crecimiento de la economía.

El descuido de los derechos ambientales es otra característica del modelo económico vigente. Un medio ambiente deteriorado, que ha sufrido el embate de actividades extractivas mal supervisadas, es una importante causa de enfermedad en el país. Más aún, la contaminación del aire, suelo y aguas ocasiona miles de muertes anualmente.

Existen diversos problemas que afectan directamente la salud de los peruanos, los cuales se relacionan entre sí y requieren de mejores políticas de atención. Se debe priorizar un mayor acceso al saneamiento (45% no lo tiene) y al agua potable (30% no tiene acceso), asegurando asimismo una calidad aceptable del agua para consumo humano. Esto permitirá evitar una serie de enfermedades que afectan principalmente

a los más pobres, incluyendo las enfermedades diarreicas que son una de las principales causas de muerte entre niños.

La pobreza y la falta de conocimientos determinan un contexto de alimentación y nutrición deficientes, sobre todo de desnutrición infantil (que afecta a la quinta parte de nuestros niños), y ello condena a millones a sufrir problemas de salud a lo largo de sus vidas. Estas condiciones requieren, entre otros aspectos, de un mayor esfuerzo en la educación para la salud, de manera que los peruanos puedan tomar decisiones mejor informadas con respecto a su estilo de vida.

Existen otras determinantes sociales, como la elevada incidencia de accidentes de tránsito (que constituyen la tercera mayor causa de muerte en el país) y laborales. Requieren de nuevos enfoques multisectoriales que enfrenten estas amenazas contra nuestro bienestar. De igual manera, la violencia doméstica y en otros ámbitos de la sociedad ha empezado a considerarse recientemente pero aún requiere mucho más atención: se estima que doce mujeres peruanas sufren violencia física cada hora.

Finalmente, hay variables significativas como la salud mental y la calidad de vivienda que afectan el bienestar de los peruanos pero no reciben la importancia que merecen en las discusiones sobre nuestra salud.

El actual sistema de salud no está orientado hacia la prevención de los problemas mencionados y la promoción de la salud. Es importante cambiar esto a todo nivel, fortaleciendo sobre todo las capacidades aún incipientes de los gobiernos regionales y locales como promotores de la salud y de un enfoque preventivo de la misma. En el marco de la descentralización, estos gobiernos están llamados a liderar el desarrollo de sus respectivos ámbitos, así como formular políticas de salud en coordinación con los otros niveles de gobierno. ☺



Estamos entre los nueve países con mayor tasa de incidencia de la tuberculosis en el mundo, superando ampliamente los promedios de nuestra región. Cada año se registran unos 30 mil nuevos casos, principalmente en las zonas donde se concentra la pobreza urbana como Lima Metropolitana y Callao.

Gasto en salud: 4.9% del PBI (7.0% promedio de América Latina).
Gasto público en salud: 1.9% del PBI (3.4% promedio de América Latina).
51% de la población con problemas de salud.
58% de la población sin aseguramiento
1 de cada 5 siente necesidad de atención médica pero no lo hace por falta de dinero.

1 de cada 5 niños sufre desnutrición crónica.
185 madres mueren por cada 100,000 nacimientos.
45% de los peruanos no tiene servicios de saneamiento.
30% no tiene agua potable.
Esperanza de vida: 70 años (79 en Callao, 59 en Huanavelica).

Un sistema de salud segregado

El Estado no garantiza actualmente el acceso a servicios de salud de calidad para todos. Dicho compromiso, sin embargo, fue asumido en el Acuerdo Nacional al inicio de esta década. Recién en 2009 se aprueba una Ley Marco de Aseguramiento Universal, pero no hay aún una estrategia concreta del gobierno que esté en marcha y permita avanzar hacia un sistema integrado de aseguramiento para todos, con servicios de calidad y financiamiento adecuado.

Cerca del 60% de los peruanos no tiene un seguro de salud. El SIS es un supuesto avance para resolver esto y ofrece desde 2007 planes de atención para toda la población. Sin embargo, limita sus servicios a 20-25% de las causas de morbilidad en el país. No sólo los recursos presupuestarios no han sido aumentados de manera proporcional al aumento de la población cubierta (para atender una mayor demanda), sino que se han señalado una serie de deficiencias en las estrategias de comunicación y afiliación al sistema, la información sobre cobertura y derechos de los asegurados, percepción de maltrato entre usuarios afiliados, mayor tiempo de espera de los usuarios afiliados al SIS en relación a los pagantes, la falta de medicinas y el limitado plan de beneficios.

Sobre todo, el SIS es parte de un sistema de salud segregado que discrimina a los pobres, a quienes ofrece un servicio gratuito pero inferior en calidad y cobertura. Los mismos centros públicos a los que acuden los pobres atienden de manera distinta a quienes pagan por los servicios las tarifas normales. Adicionalmente, muchos hospitales tienen clínicas que ofrecen de forma privada otra calidad de servicios para quienes pueden pagarlos.

Sin embargo, las barreras al acceso a la salud tienen larga data y trascienden la discusión sobre el SIS. Casi la cuarta parte de los peruanos que reportan enfermedad y sienten la necesidad de tener una consulta de salud no se atienden. Existen, en primer lugar, barreras económicas, y más del 80% de quienes no realizan consultas lo hacen porque consideran que los costos no están a su

alcance. Las barreras económicas también son un tema importante en el campo de los medicamentos, donde se corre peligro, tras la aprobación de los TLC, de que se eleven los precios y se reduzca el acceso a los mismos.

Existen además barreras geográficas, ya que en las zonas rurales, que es donde hay más necesidad y mayor pobreza, los médicos tienden a quedarse en zonas urbanas y sigue siendo difícil el transporte hacia centros donde se atienden situaciones de mayor complejidad.

De la mano de las barreras geográficas están factores organizacionales relacionados con redes de servicios poco integradas, horarios de atención y sistemas de comunicación inadecuados. Las barreras culturales, por su parte, implican la necesidad de incorporar al sistema de atención de salud algunos conocimientos tradicionales y, al mismo tiempo, considerar y respetar las particularidades culturales de los usuarios. En este sentido un primer paso valioso han sido, por ejemplo, iniciativas de parto culturalmente adaptado.

Considerar las particularidades culturales de los usuarios es parte clave del tema pendiente de asegurar de calidad de la atención de salud. El derecho a la salud de todos no sólo implica que haya disponibilidad de recursos humanos, equipos y medicamentos de buena calidad sino que haya respeto a todos los ciudadanos, sin importar extracción social, étnica, edad, género, orientación sexual, discapacidad física y mental, o vivir con VIH, SIDA, TBC u otras condiciones.

Actualmente hace falta reglamentar e implementar la Ley de los Derechos de los Usuarios de Salud, para que la ciudadanía vigile la calidad y equidad de los servicios de salud. El proceso de descentralización aún no tiene mayor incidencia en la gobernabilidad democrática de la salud a través de la participación ciudadana. Es necesario fortalecer los espacios de diálogo entre gobiernos subnacionales, consejos regionales de salud y los a veces cuestionados Comités Locales de Administración en Salud (CLAS), entre otras instancias que promuevan la relación Estado-sociedad en el sector. ☺



El Sistema Integral de Salud no considera a las enfermedades neurológicas (como las epilepsias) ni mentales (cuyos tratamientos son largos y costosos) como la depresión, trastornos de ansiedad y psicosis dentro de su cobertura de atención, siendo un vasto sector de peruanos/as, y sobre todo los más pobres quienes padecen de éstas.

EL MERCADO DE LOS MEDICAMENTOS Y LOS RIESGOS DE LOS TLC

El precio y la calidad de los medicamentos constituyen un tema fundamental para asegurar el acceso a la salud. Sin embargo, con la Ley General de Salud de 1997 el Perú ha tenido en este campo muy poca regulación, precios elevados y poca seguridad de calidad. Más aún, los acuerdos comerciales internacionales ya aprobados y aquellos en proceso de negociación vienen trayendo graves riesgos para el acceso a medicamentos esenciales. Gracias a poderosos lobbies y a la complicidad de los negociadores peruanos, la gran industria farmacéutica ha logrado influir en los temas de propiedad intelectual con miras a fortalecer monopolios en el mercado. Por encima de cualquier TLC (y considerando especialmente el acuerdo que viene negociándose con la UE) está la necesidad de que el Estado asegure para la población la disponibilidad de medicamentos esenciales y de interés público, por ejemplo, para el VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, entre otras. Se deben tomar todas las medidas necesarias para que la protección de la propiedad intelectual no ocasione precios demasiado elevados para los peruanos ni fortalezca monopolios en nuestro mercado de medicamentos.

Propuesta

Se estima que el costo económico de la salud perdida por razones ambientales asciende a 3,300 millones de soles anuales por morbilidad y 1,600 millones de soles anuales por mortalidad y provoca alrededor de 6 mil muertes cada año.



☉ El 99% de los niños menores de cinco años en La Oroya tienen altos niveles de plomo en la sangre, según un estudio realizado por la Universidad de San Luis de Missouri (EE.UU) y el Ministerio de Salud.



El Perú requiere, como condición para consolidar la democracia y el desarrollo, un sistema de salud que garantice una buena atención para todos. Por ello, es preciso implementar un Sistema Nacional de Salud (SNS) cuya primera característica sea el aseguramiento universal. Todos los peruanos y peruanas debemos tener garantizado el acceso a una atención de calidad y gratuita.

El aseguramiento universal pone énfasis en resolver la barrera económica, que es fundamental: las personas no deben tener que pagar al momento de la atención como condición para ser atendidas. El financiamiento debe ser previo, mediante un sistema público sustentado por la recaudación de impuestos.

Una visión amplia y correcta del aseguramiento incluye, además, que haya una oferta adecuada de todos los elementos necesarios para una buena atención. Es decir, prestaciones que involucren a profesionales, medicamentos, insumos, equipos e infraestructura cercanos y adecuados. Lograr esto requiere de un esfuerzo importante para desplazar a zonas rurales a médicos y profesionales de la salud. Asimismo, la calidad del sistema de seguro universal debe estar garantizada. Para ello, existen lo que se llaman hoy las "garantías explícitas", en base a atenciones con procedimientos estandarizados. Estas deben ser provistas por el Estado siempre, pudiendo ser reclamadas por vía legal.

Por otra parte, el SNS debe atender la mayor parte de las causas de enfermedad de los peruanos. ¿Es posible

llamar "aseguramiento" a un esquema en el que sólo se asegura la atención del 25%, o incluso el 45% que propone hoy el Minsa, de las causas de enfermedad (técnicamente, la morbilidad)? El gobierno hoy dice que sí.

En 2009 se ha aprobado la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Sin embargo, ha sido criticada por su escasa apertura a la participación ciudadana, por no asegurar el presupuesto ni los recursos humanos necesarios, y por no establecer claros mecanismos que garanticen la calidad de los servicios ni metas de cobertura de riesgos. Mantiene, además, la fragmentación del sistema de salud.

La propuesta alternativa de Forosalud y el Colegio Médico propone asegurar como mínimo un 85% de la morbilidad. Para llegar a este nivel de cobertura, el proyecto de Forosalud y el Colegio Médico propone como financiamiento destinar 0,5% del PBI para este fin.

ATENCIÓN PRIMARIA: INSISTIR EN ELLO

Sigue siendo válida la estrategia de atención primaria, propuesta hace 30 años (reunión de Alma Ata, 1979, que estableció la meta "Salud para Todos en el 2000"). En este sentido, es importante recuperar la idea de una estrategia de salud familiar y comunitaria, con énfasis en lo preventivo y promocional. Es decir, se requiere una estrategia para evitar la enfermedad y tratarla tempranamente a menor costo. Una estrategia que acerque los servicios de salud a la población, trabajando con la comunidad organizada, y que no se quede esperándola entre cuatro paredes. ☉



“Perú presenta uno de los índices de mortalidad materna más elevados de todo el continente americano. Según datos oficiales, por cada 100.000 nacidos vivos en Perú mueren 185 mujeres. Las Naciones Unidas señalan un número aún mayor, 240. La mayoría de esas mujeres son campesinas, pobres e indígenas”. Informe Amnistía Internacional 2009: “Deficiencias fatales: Las barreras a la salud materna en Perú”.

Sistema Nacional de Salud: la forma de responder

Se requiere de un sistema de salud integrado y con claridad en las políticas. Por ello, mantener un sistema segmentado entre el Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud y seguros privados, las FF.AA. y la PNP, presenta diversos problemas.

El actual sistema segmentado es ineficaz porque divide la rectoría y dificulta políticas realmente nacionales de salud. Es también ineficiente porque se duplican funciones y hay varios prestadores (incluyendo hospitales y centros de salud) que ofrecen las mismas atenciones. Finalmente, es inequitativo porque implica derechos diferenciados, dejando a un gran grupo de peruanos sin el mínimo derecho a la salud.

La alternativa es articular e integrar un Sistema Nacional que articule al MINSA y EsSalud. Ya no debemos tener “hospitales MINSA” y “hospitales ESSALUD”, ni sus respectivos centros de salud, sino HOSPITALES PÚBLICOS donde se atiendan con criterios de calidad y equidad tanto a asegurados de EsSalud, FF.AA. y PNP, como a los no asegurados.

Dadas las restricciones de financiamiento y los tiempos necesarios para adecuar grandes burocracias a un nuevo esquema, durante un período de implementación de unos diez años los asegurados de EsSalud y no asegurados tendrán planes de atención diferenciados.

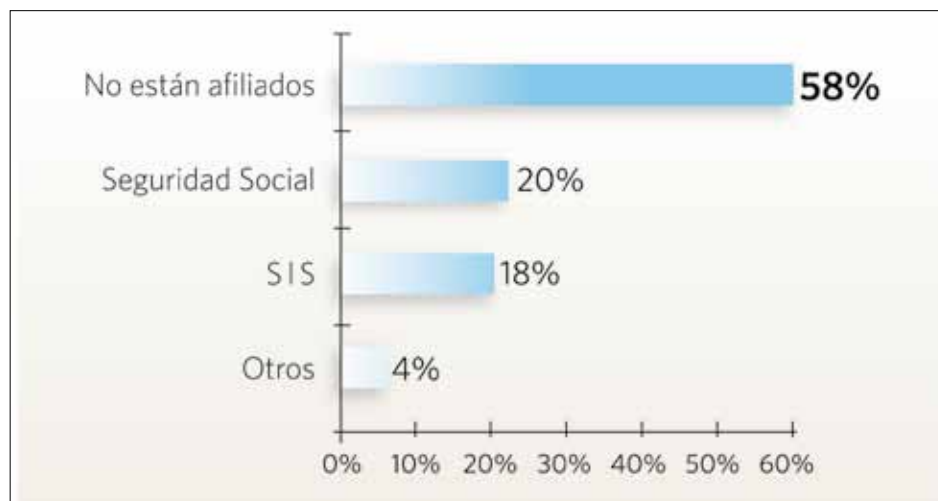
Dentro de este esquema, el sistema de EPS, donde parte del aporte a EsSalud se filtra hacia un fondo privado, debe desaparecer. El sistema de salud debe ser solidario para todos los peruanos. Sin embargo, quienes quieran tener, aparte de su contribución a la seguridad social, un seguro privado o una atención privada, podrán hacerlo de manera particular.

Con la implementación del Sistema Nacional de Salud debe desaparecer el anquilosado y burocrático sistema actual, caracterizado por centralismo en EsSalud y desarticulación regional y baja capacidad en el MINSA.

El SNS debe utilizar prácticas modernas de gerencia pública, incluyendo la separación de funciones entre rectoría y políticas por un lado, y la administración de establecimientos y redes de salud por otro. Asimismo, se deben incorporar:

- Contratos de gestión entre el Estado y los establecimientos y redes, así como mecanismos de seguimiento y evaluación del cumplimiento de los mismos.
- Mecanismos de pago con incentivos para promover la calidad de la atención entre los médicos y profesionales del sistema.
- Sistemas de acreditación y certificación de las entidades prestadoras de servicios.
- Sistemas de selección de profesionales y personal

Situación de aseguramiento de los peruanos (Fuente: Enaho 2008)



Otra Mirada

SALUD REPRODUCTIVA

El derecho al aborto eugenésico y por violación ha estado en primeras planas en los últimos meses y es un aspecto central y políticamente candente de la salud reproductiva. Sin embargo, la salud reproductiva abarca más que dicho tema y según las Naciones Unidas se define como “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Temas tan importantes como la mortalidad materna, la planificación familiar y el embarazo adolescente son parte de la agenda de la salud reproductiva. En nuestro país, es particularmente importante evitar que las posiciones reaccionarias continúen limitando el derecho de las mujeres de tomar decisiones libres y bien informadas sobre los procesos reproductivos, y asegurar que ellas tengan a su disposición los medicamentos y procedimientos necesarios para ejercer este derecho.



Según el censo de comunidades indígenas de 2007, prácticamente el 60 por ciento de las comunidades que abarcaba el censo no tenía acceso a un centro de salud.

competitiva, con mecanismos de carrera pública.

Finalmente, el SNS debe ser gobernado de manera democrática, incorporando los mecanismos de participación ciudadana en salud que hoy son aún incipientes y que deben adecuarse plenamente al proceso de descentralización. Un sistema que garantice la calidad de los servicios solo es posible si los ciudadanos tienen mayor injerencia en las políticas. ©

¿Cómo establecer un Sistema Nacional que garantice el Derecho a la Salud?

PRIORIDADES EN PROMOCION DE LA SALUD

ANIVEL LOCAL

- Nuevo modelo de atención de salud centrado en la las familias y el territorio.
- Redes de salud vinculados a su entorno mediante trabajo extramural e interinstitucional.
- Servicios de salud trabajando de la mano con redes sociales y agentes comunitarios de salud.
- Sistema de salud recogiendo permanentemente opiniones de la comunidad y las familias.

ANIVEL NACIONAL

- Ministerio dedicado a la rectoría: proponer y consensuar políticas.
- Liderazgo político para consensos amplios.
- Énfasis en el trabajo intersectorial.
- Alianzas con entidades públicas, privadas y sociedad civil.
- Análisis de políticas y de determinantes sociales y ambientales de la salud.
- Regulación sobre factores que afectan la salud.
- Comunicación social.

CAMBIOS EN LA GOBERNABILIDAD EN SALUD

- 1) Instalación de un nuevo Consejo Nacional de Salud, con funciones claras y composición amplia de la sociedad civil, y renovación del sistema de consejos regionales y provinciales de salud;
- 2) Convocatoria a la Convención Nacional de Salud, para la concertación entre el Estado y la Sociedad, de las políticas y metas a lograr;
- 3) Envío al Congreso del anteproyecto de ley del nuevo Sistema Nacional de Participación Social en Salud.
- 4) Reforma de los comités de administración compartida (CLAS), integrándolos a la estructura estipulada por el marco de la descentralización y asegurando la participación ciudadana.
- 5) Ampliación de la transparencia en la información y rendición de cuentas.

Dado el objetivo de contar con un Sistema Nacional de Salud que garantice una amplia cobertura de riesgos de salud a todos los peruanos, ¿cómo podría eso lograrse?

Hay cuatro procesos principales que deben ensamblarse para lograr este gran objetivo:

FINANCIAMIENTO: El aporte del Tesoro Público debe aumentarse sustancialmente, avanzando gradual pero firmemente en 10 años del 1,5% al 6% del PBI. Mientras no se logre un financiamiento total del tesoro, se deben mantener las contribuciones de planilla a la seguridad social, pudiendo reforzarse éstas con sistemas contributivos para profesionales y sectores de PYMES y autoempleados.

MODELO DE ATENCIÓN: Debe transformarse a un modelo más preventivo, centrado en evitar la enfermedad antes que en curarla, y en la detección temprana antes de que se complique, así como en sistemas modernos de atención domiciliaria e intervenciones quirúrgicas de "clínica de día". De lo contrario, las ineficiencias y costos aumentan explosivamente. Toda la ampliación de atención debe hacerse con este nuevo sistema, y debe evitarse replicar el modelo hospital-céntrico.

PLANES DE ATENCIÓN: Los planes de atención de los hoy asegurados a EsSalud deben mantenerse, siendo la estrategia básica la ampliación de planes para los que no tienen esa cobertura. Durante una década se irán cerrando gradualmente las brechas entre planes para contribuyentes (trabajadores en planilla) y no contribuyentes

INSTITUCIONALIDAD: Pasar de un modelo segmentado y descoordinado (MINSA-ESSALUD – Fuerzas Armadas – PNP) a uno integrado. Para ello, debe aprobarse una ley para un nuevo Sistema Nacional de Salud, con el MINSA como ente rector y administrador único de fondos. Esa dirección desarrollará un proceso de reforma y modernización de la gestión de hospitales y de redes

Pero no sólo hay que cambiar el sistema que provee atenciones en salud. También la promoción de la salud, y el gobierno de la salud, lo que se presenta en los dos recuadros en esta página.



LEA Y COMENTE EN:
www.otramirada.pe