

Foro de la Sociedad Civil En Salud



ANALISIS DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS) EN RELACION A LA SALUD DE LA MUJER

CESAR A. RAMÍREZ SALINAS

OCTUBRE 2009

Índice

I Introducción

II Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y la mujer

III Justificación y Objetivos

IV Características generales que no contempla el AUS

V Características específicas en la atención que no contempla el PEAS

ANÁLISIS DEL PEAS EN RELACION A LA SALUD DE LA MUJER

“El aseguramiento no es solo un tema técnico, sino un tema político, está en la decisión de las fuerzas políticas hacer que el Estado Central, Regional y Local destinen dinero programado primero para la salud”

I Introducción.-

El presente análisis es para establecer criterios sobre la ley 29344, la implementación del Plan Esencial del Aseguramiento en salud PEAS y la situación de la mujer – Salud Sexual y Reproductiva, en el Perú dentro del marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar su derecho pleno a la seguridad social en salud, terminando con la discriminación y la exclusión y puedan acceder oportunamente a un servicio de calidad, cualquiera sea su condición económica, protegiendo a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado con los eventos de enfermedad.

Esta Ley se sustenta en diversos artículos de la Constitución de Perú, tales como, el Artículo 7° que señala que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa, el Artículo 9° que establece que el Estado determina la política nacional de salud, y los artículos 10° y 11° que reconocen el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, garantizando el libre acceso a las prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, supervisando su eficaz funcionamiento.

Teniendo en cuenta el contexto y la responsabilidad de una reforma, el Estado y el gobierno no deben seguir con la ceguera de creer que la salud es un tema

sólo del aspecto individual con el esquema biomédico reparativo de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, en los establecimientos de salud, hospitales; igual que medicamentos, sueldos, infraestructura o equipamiento. Un Estado con miras al desarrollo económico debe trabajar una agenda de desarrollo desde la salud pública: es la mejor forma de redistribuir la riqueza; una sociedad saludable significa más ahorro y consumo; mejor disposición para producir; para así una sociedad sana invertirá más en otros temas que en curarse; con gente más sana con mayor posibilidad de competir en mejores condiciones. Reconocer que la mujer como ciudadana, es parte del eje del sistema y su participación es fundamental como parte del instrumento que permita desarrollar el cumplimiento de las metas hacia un aseguramiento universal en salud, por tal tiene una crucial participación en el PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud).

II Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y la mujer

Esta Ley fragmenta los derechos de los pacientes en especial de los de mayor demanda como son las mujeres en sus diferentes etapas de evolución fisiológica, con sus prioridades sujeta al PEAS, considerando mayor las exclusiones que los beneficios, según refiere se evaluara cada dos años pudiendo reformularse para incluir progresivamente más condiciones de salud, según disponibilidad financiera y oferta de servicios, siendo un error por estar en contra con la frecuencia en que se presentan las necesidades de salud sin garantizar su cabal cumplimiento, ya que toda política de Estado debería proteger desde sus inicios, los intereses de los ciudadanos, brindando los

servicios de salud de manera integral y a nivel nacional y no con planes pilotos parciales que continuarán postergando el derecho esencial y permanente del ser humano de gozar de un buen estado de salud.

Es de prioridad la Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención en forma colectiva, sin descuidar la vía curativa siendo necesario el plantearlo en una forma paralela con un Modelo Integral centrado en el cuidado de la salud, basándose en la Atención Primaria de Salud modificando el eje fundamental en el que se basa la atención, desarrollando un primer nivel de atención eficaz y efectivo, creando mecanismos para hacer eficiente la relación entre el Financiamiento y la Gestión, en el primer nivel de atención, complementando los servicios de salud tanto en forma horizontal como vertical e involucrar a la mujer en el cuidado de su salud.

Esta ley no favorece a quienes están en extrema pobreza, en zonas rurales por ciertos factores como la inaccesibilidad a los servicios de salud, inequidad y por distanciamiento.

III Justificación y Objetivos

- **El 24,8% de la población femenina del país presenta problemas de salud crónicos**

El informe técnico muestra que el 24,8% de la población femenina del país, presenta alguna enfermedad o malestar crónico, Esta

situación, se observa con mayor incidencia en Lima Metropolitana, donde el 30,4% de las mujeres presentan problemas de salud crónicos.

Los problemas de salud no crónicos padecidos (síntoma, malestar, enfermedad o accidente), presentan el 43,7% de las mujeres en su salud.

- **Mujeres acuden más a establecimientos del MINSA en busca de atención**

El 46,1% de las mujeres que tienen algún problema de salud realizaron consulta. El 21,5% de las mujeres acudieron a establecimientos del Ministerio de Salud (hospital, centro o puesto de salud). El 46,9% de las mujeres tienen algún seguro de salud, sea público o privado. El seguro de salud al cual más acceden es al Seguro Integral de Salud (SIS), el 25,0% de las mujeres.

- **La mortalidad materna**

Es reflejo de una de las más grandes inequidades de salud hay graves problemas en la provisión de estos servicios de salud materna. Las razones principales de que el Perú ocupe el segundo lugar entre los países de América del Sur con más altos índices de mortalidad materna: 185 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y a su vez la Organización de las Naciones Unidas (ONU) señala un número aún mayor, 240 muertes.

IV Características generales que no contempla el aseguramiento universal en salud

- Atención del servicio de salud a la mujer sólo para planes básicos pero para las enfermedades complejas y degenerativas tendrán un régimen especial. Es decir, no serán cubiertos por el plan de salud contratado por el asegurado.

- Incursión en los dos grupos: enfermedades de capa simple, que son sencillas y frecuentes, y que pueden ser atendidas mediante consulta ambulatoria o cirugía de día; y enfermedades de capa compleja, que son complicadas e infrecuentes, y que requieren de mayor medicación, equipos, hospitalización o largo tiempo de tratamiento para su curación que serán implementadas de acuerdo a su mayor necesidad.

- La pobreza, pobreza extrema en relación al parto institucional es en un 70,4%, por lo ya expuesto como son la inaccesibilidad por la falta de medidas preventivas que influyan en la concientización, sensibilización, inculturalidad e incomunicación por ser quechuablantes.

- El insuficiente presupuesto que se cuenta con ocho millones de soles aprobado que se irán entregando progresivamente destinados a la contratación de más personal e infraestructuras

- La falta de previsión en el proceso o flujo de las pacientes mujeres o gestantes del MINSA que acudirán a realizarse prestaciones a Essalud

(Equipos biomédicos e alta tecnología), va a tener como consecuencia que el asegurado que aporta no sea atendido adecuadamente, con tiempos de espera largos, sin oportunidad de cupos en la atención médica y más aun de que se tenga la expectativa de que ESSALud le va a realizar atenciones de ecografía, intervenciones quirúrgicas, estudios de diagnóstico muy especializados.

- Otra falta de previsión que a pesar de que existen evidencias de que la mayoría de las 185 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, son campesinas, indígenas y pobres, grupos de adolescentes cuyos embarazos no han sido planificados que mueren por falta de atención obstétrica de emergencia, de información sobre salud materna y de personal médico que hable sus lenguas nativas.

- La equidad de género se reconoce cada vez más como elemento esencial para el desarrollo sostenible, en particular para el desarrollo de la salud pública. La consideración de las diferencias entre hombres y mujeres, no solo en materia de necesidades, sino también de contribuciones y de acceso y control sobre los recursos, debería constituir un elemento esencial de las políticas nacionales Regionales y locales. Lamentablemente la dimensión del género en el aseguramiento universal permanece marginada del debate público sobre la equidad, sin integrarse dentro de la corriente central de la formulación y evaluación de las políticas de reforma del sector de la salud.

- Ciertas estrategias planteadas en la descentralización, tienden a afectar desproporcionadamente a las mujeres, particularmente las de menos recursos económicos, por las siguientes razones:

Las mujeres constituyen una mayoría en los pobres y por razón de su participación desventajosa en el mercado de trabajo, tienen menos acceso que los hombres a los recursos económicos y laborales que permiten la "compra" de servicios y la participación directa en sistemas de aseguramiento de salud.

Por razón del "riesgo de embarazo", el acceso de las mujeres en edades reproductivas a planes de aseguramiento de salud frecuentemente implica cuotas económicas más altas que para los hombres. Adicionalmente, por su mayor necesidad de servicios, las mujeres tienen que pagar más que los hombres en gastos de bolsillo para la salud, gastos que por su carácter regresivo resultan ser los menos equitativos.

Pese a la función protagónica de las mujeres en la gestión de la salud sea en el ámbito institucional o en el seno de la familia y la comunidad estas permanecen subrepresentadas en las estructuras de poder local, nacional y sectorial que definen prioridades y asignan recursos.

Los recortes en los servicios de salud trasladan a los hogares parte de la atención que debe proveer el Estado, con lo que aumenta la carga de cuidados que asumen predominantemente las mujeres en el seno de la familia y la comunidad.

V- Características específicas en la atención que no contempla el PEAS

1.- Educación sanitaria

2.- Infraestructura en el momento de la atención

3.- Planificación familiar

4.- Calidad de atención

5.- Red de bancos de sangre en los lugares de atención de parto.

6.- Manejo del aborto en cobertura y eficiencia.

7.- Asistencia al parto por personal capacitado

8.- Servicios obstétricos de emergencia.

9.- Demografía: Distribución de la población femenina censada 2007 por departamentos, según género, del total de 27, 412,157 personas. 50.3% son mujeres. 23.3% de las mujeres residen en zonas rurales. Las regiones con mayor población femenina son Lima, Piura, La Libertad y Cajamarca. El 55% de las mujeres tiene entre 5 y 39 años (población femenina relativamente joven).

10.-Existe falta de acciones intersectoriales como en el caso de educación El 55% de la población femenina tiene estudios primarios o secundarios. 12.4% no posee ningún tipo de estudios. Inequidades geográficas: en la zona urbana 7% no posee ningún tipo de estudios, mientras que en la zona rural este porcentaje se sitúa en 33.5%, por idioma, 84% de las mujeres peruanas tienen como idioma principal el castellano. 1 de cada 10 mujeres en el Perú habla el quechua.

11.-La tasa de fecundidad en el Perú ha venido reduciéndose progresivamente, en las zonas Urbanas que en la zona rural en donde cada mujer tiene en promedio, un hijo más que en la urbana.

12.- Transmisión Vertical en el VIH-SIDA (Madre – Hijo)

Existen condiciones Obstétricas y Ginecológicas, importantes por su frecuencia de presentación y el riesgo que condicionan a que su intervención sea inmediata, en el lugar en que se encuentren, las siguientes:

- Complicaciones consecutivas al aborto, embarazo ectópico y embarazo molar. (Shock séptico e hipovolemico),
- Aborto espontáneo
- Aborto retenido y la amenaza de aborto,
- Embarazo y Corioanmionitis.
- Embarazo y ruptura prematura de membranas dentro y después de las 24 horas
- Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, parto y el puerperio.
- Eclampsia en el embarazo, parto y puerperio.
- Embarazo y obesidad
- Embarazo y Hepatitis viral
- Embarazo y Desprendimiento prematuro de placenta
- Embarazo y Hemorragia ante parto no especifica.
- Embarazo complicado por oligohidramnios
- Gestación y Placenta previa
- Trabajo de parto y Sufrimiento fetal
- Embarazo prolongado
- Salpingitis y Ooforitis
- Peritonitis pélvica femenina no especifica.
- Adherencias peritoneales pélvicas femeninas

- Absceso de la glándula de Bartholino.
- Endometriosis (utero, ovario).
- Tumor maligno de útero
- Tumor maligno de ovario
- Displasia mamaria benigna Fibroadenoma y Mastodineas.
- Quiste folicular del ovario
- Torsión del ovario a pedicuro y trompa de Falopio.
- Pólipo del tracto genital femenino
- Trastornos inflamatorios del útero Hiperplasia, Hematometra.
- Displasia del cuello del útero.
- Hemorragias uterinas anormales.
- Abortadota habitual
- Enfermedades de transmisión sexual (VIH, Tinea cruris, Candidiasis).
- Infertilidad femenina.
- Síndrome de ovario poliquístico.