

Verdadero acceso a la salud: reestructurando el acceso

True access to health: access restructuring

Ricardo Morales Vargas

Ingeniero Químico. Diplomado Salud pública, Ministerio de Salud. rmorales@netsalud.sa.cr

Desde hace varias décadas distintos organismos y agencias financieras internacionales, consultores, así como las instituciones públicas de diversos países latinoamericanos han gastado esfuerzos en lograr una reforma o reestructuración del Sector Salud que garantice, entre otros objetivos, un mejor acceso a los servicios de salud (1). Sin embargo, hemos entendido en muchas ocasiones éstos “servicios” de forma auto-limitante y a veces entendemos al sector mismo, como el grupo de instituciones médico asistenciales o de prestaciones sanitarias. Entre estos países se encuentra Costa Rica, que ha sido objeto de donaciones, préstamos internacionales y consultorías que han buscado la mejora en la eficiencia y modernización del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, principalmente con un importante componente descentralizador y de participación comunal.

Con éstas iniciativas reformistas se ha logrado posicionar y diferenciar al Ministerio de Salud claramente como ente rector del Sector y a la Caja Costarricense como el prestador de servicios de salud, bajo un nuevo modelo de atención (2). Dentro de los principios de la Reforma en Salud se establece en el caso de Costa Rica, la equidad en la prestación de servicios como esencial, aspecto que requiere o presupone un acceso a los mismos.

No obstante, en Costa Rica donde el acceso a los servicios de salud es constitucionalmente universal (1) y lo ha sido prácticamente desde hace más de 50 años, seguimos teniendo

indicadores mixtos, producto de nuestra transición demográfica-epidemiológica, que no termina de realizarse. Índices como los de mortalidad infantil, mortalidad materna, esperanza de vida son como los de países “desarrollados”, pero aun mantenemos una importante carga de enfermedad regida por las enfermedades re-emergentes como malaria y dengue (3), características de los países menos desarrollados, y que habían disminuido sustancialmente en años anteriores.

Dándonos cuenta que las mejoras en salud y calidad de vida (ya que una esperanza de vida mayor sin calidad no representa realmente un avance) asociadas a nuestro perfil epidemiológico no pueden darse sólo con los servicios asistenciales o de atención directa de la salud, y que las nuevas enfermedades (así como las re-emergentes) siguen teniendo un componente causal influido por los aspectos ambientales y socioeconómicos, es importante enfocar nuestra atención a los distintos “generadores” de salud y enfermedad, externos a los servicios de salud asistenciales(4), dentro y fuera del Sector Salud, así como su accesibilidad.

Esto implica retomar la definición de un modelo de salud bio-psico-social, como pretende la Reforma, pero analizar a fondo el acceso a ésta más allá de su componente puramente geográfico y físico y de calidad, y ampliar este a un enfoque de derechos humanos.

Así los organismos internacionales, financistas, instituciones de planificación y ejecutores, con especial responsabilidad de conducción y coordinación por las instituciones del Sector Salud,

debemos trabajar aunadamente para lograr que dichos sectores “externos” identifiquen su componente sanitario, se modernicen y se vuelvan eficientes y eficaces en su gestión sanitaria, posicionando la salud y la modificación de sus determinantes, en las políticas de las diversas instituciones del Sector Público.

Esta gestión, que si bien es indirecta y no tradicional, es capaz de aportar beneficios importantes, logrando ayudar a contener la “iatrogenia social” existente.

El acceso a los servicios de salud debe cambiar de retórica y praxis para volverse un verdadero acceso a la salud, proponiéndose indicadores originales y cotidianos que manejen esta intersectorialidad que determine a la salud, y que reflejen las múltiples facetas de ese acceso o accesibilidad (físico, geográfico, social, cultural, económico, etc.) dentro de un enfoque internacionalista y solidario de derecho a la salud.

¿Existe acceso, por ejemplo, a los servicios de salud ambiental, y se mide el acceso a éstos?; ¿se han identificado estos servicios de salud ambiental?; ¿los conoce la población?; ¿existe acceso a los entes contralores y fiscalizadores de carácter general del sector público, garantizado con un real conocimiento de la población sobre la responsabilidad de éstos?; ¿existe, por consiguiente, acceso a los entes contralores y fiscalizadores del sector salud, ambiente y social?; ¿conoce la población la existencia de estas instancias?; ¿existen los entes contralores y fiscalizadores necesarios del sector salud?; ¿el acceso a los servicios de salud laboral, está garantizado constitucionalmente?; ¿el acceso a los programas preventivos y de promoción de la salud lo miden los entes que los implementan y/o los que los deben fiscalizar?; ¿se considera el acceso al agua potable, acceso a sistemas de alcantarillado sanitario, acceso a sistemas de recolección de desechos sólidos, y acceso a sus entes de fiscalización, oficinas de denuncias, contralorías, específicas para este tema como parte del acceso a la salud, o tan sólo como logros del sector hídrico o municipal?; ¿en el sector transporte, sector comunicaciones,

agricultura, y en educación, qué aspectos deben incorporarse en su análisis para dilucidar su contribución al acceso a la salud?; ¿el acceso a las instancias de participación comunal influyen en el acceso a la salud, cuánto?; ¿los sectores de emergencias y desastres, y el acceso a sus servicios de educación y prevención se incluyen en el análisis del acceso a la salud?; ¿el acceso a información en la World Wide Web condiciona el acceso a la salud y a información sobre el tema?; ¿conoce la población el nuevo rol rector del Ministerio de Salud y existe una evaluación periódica, estandarizada, del acceso a los servicios y procesos de este?; ¿se mide el acceso a los servicios ministeriales en función de una respuesta oportuna y de calidad?.

Cabe preguntarse si debemos seguir manejando indicadores como lo hemos venido realizando, o si es tiempo oportuno para que el sector salud, de una manera integrada, trans-electoral, y con los demás actores sociales, construyamos y demos vigilancia a un verdadero y más amplio índice de acceso a la salud.

Así, es necesario que rompamos los esquemas que nos han atado, proponiendo un nuevo paradigma, pero que responda a nuestro concepto de desarrollo, no a un concepto de desarrollo impuesto por las relaciones geopolíticas y económicas, por sus torres de marfil, o por las autóctonas que nos hayamos creado.

Las preguntas anteriores pueden servir de guía, aunque no pretenden ser exhaustivas, ni serán las mejores, pero sí pretenden esbozar un nuevo horizonte de investigación y praxis para aquellos que las compartan, con las dificultades que implica un nuevo consenso intersectorial e internacional, pero con las recompensas propias de los que se embarcan en una tarea social trascendente.

No basta que dicho análisis se realice en el nivel nacional o regional, sino que debe involucrar y ampliarse a otras latitudes, si pretendemos que cale en los organismos internacionales, bancos y agencias financieras internacionales, instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, y asociaciones comunales,

formadores de opinión, y en todos los afectados en nuestra salud, que no conoce fronteras.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C. 2002. pag. 35-59. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/44Directorio.doc>. Consultado 8 agosto 2009.
2. González et al. Health Care Sector Reform and Quality Assurance in Costa Rica. Results of Process Improvement Teams Working in Health Facilities Managed by the Costa Rican Social Security Institute. Disponible en: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/costarica.pdf>. Consultado: 8 agosto 2009.
3. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social. Situación de Salud de Costa Rica. Indicadores Básicos 2004. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/inicio-estadisticas-indicadores-basicos-salud-ms>. Consultado 8 agosto 2009.
4. Ministerio de Salud de Costa Rica. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Junio 2007. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/memorias/memoria2007/completo.pdf>. Consultado 8 agosto 2009.