

HACIA UNA ATENCIÓN DE SALUD, DE CALIDAD, INTEGRAL Y SOLIDARIA EN ZONAS CAFETALERAS



Junta Nacional
del Café

Es una publicación de la JUNTA NACIONAL DEL CAFÉ

CONSEJO DIRECTIVO I.N.C.

César Rivas Peña
Presidente (CAC La Florida)

Roberto Acuña Acuña
Vicepresidente (COCLA)

Lucila Quintana Acuña
Directora (CECANOR)

Beltrán Apaza Enriquez
Director (CECOVASA)

Juan V. Mendoza Rojas
Director (Bagua Grande)

EDICIÓN:

Luis Suarez Puelles

JUNTA NACIONAL DEL CAFÉ

Av. Ramón Dagnino 389 Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: 51-1-3327914 / 51-1-4331477

Web site: www.juntadelcafe.org.pe

E mail: presal@juntadelcafe.org.pe, jnc@juntadelcafe.org.pe

DISEÑO, DIAGRAMACIÓN E IMPRESIÓN:

GinoGraf E.I.R.L.

Tel. 428 4546

Editado en julio del 2007

1 000 ejemplares impresos

La presente publicación cuenta con el auspicio de:



*Este documento se ha realizado con la asistencia financiera de la DIRECCIÓN GENERAL DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO (DGCD) de Bélgica y el FONDO DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO (FOS) Solidaridad Socialista. Los puntos de vista que en él se exponen reflejan la opinión de la JUNTA NACIONAL DEL CAFÉ, por tanto no representan necesariamente el punto de vista oficial de la DGCD y de FOS.

INDICE

	Pag.
1 LA CAFICULTURA NACIONAL, EL DESARROLLO Y LA SALUD DE LAS FAMILIAS CAFETALERAS.	05
1.1. La caficultura nacional: esfuerzo productivo, riqueza de pocos y pobreza de muchos.	05
1.2. La Junta Nacional del Café y el proceso participativo de construcción de políticas de salud para familias cafetaleras.	06
2 LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES, NACIONALES Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL PERÚ.	08
2.1. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las condiciones para su logro en el Perú.	08
2.2. Pobreza de la equidad de género.	11
2.3. El Acuerdo Nacional en Salud.	11
2.4. Lineamientos de Política de Salud 2002 - 2012.	12
2.5. El Acuerdo de los Partidos Políticos a favor de la salud.	13
3 LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL PERÚ.	16
3.1. Crecimiento económico y desarrollo social.	16
3.2. Contexto político y social.	17
3.3. Las políticas sociales.	19
3.4. La Situación actual, la agenda pendiente y los nuevos retos en salud.	21
4 LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS FAMILIAS CAFETALERAS.	24
4.1. La caficultura en la economía nacional.	24
4.2. Las zonas cafetaleras priorizadas.	25
4.3. Determinantes de salud en zonas cafetaleras.	27
4.4. La situación y la atención de salud en zonas cafetaleras.	28
4.5. Aportes de la Oficina Subregional para los países andinos de la OIT.	30
5 PROPUESTA DE POLÍTICAS: HACIA UNA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL, UNIVERSAL, SOLIDARIA Y DE CALIDAD EN ZONAS CAFETALERAS.	34
5.1. La idea rectora de la propuesta: la protección social en salud basada en derechos.	34
5.2. La salud como componente esencial de la acción pública y de la transformación política.	34
5.3. Enfoques orientadores de las políticas de salud en zonas cafetaleras.	35
5.4. Las políticas de salud en zonas cafetaleras.	39
5.5. Estrategias de desarrollo de políticas de salud en zonas cafetaleras.	43
5.6. Los objetivos de salud en zonas cafetaleras.	44
5.7. Principales acciones para implementación de políticas de salud en zonas cafetaleras.	45

PRESENTACIÓN

La Junta Nacional del Café es la organización gremial de los productores cafetaleros del Perú. Representa a 38 mil familias organizadas en 59 cooperativas y 175 asociaciones. Cultivan 80 mil hectáreas y cosechan un millón 200 mil quintales. Representa, por lo tanto, al 24% de los productores nacionales que priorizan la organización asociativa, y que luchan por una política nacional que incluya a todos los sectores involucrados en la actividad cafetalera, y reivindique el valor real de su esfuerzo productivo.

La JNC tiene por misión promover el desarrollo de capacidades de gestión y negociación de los productores cafetaleros peruanos, agrupados en organizaciones empresariales y gremiales, competitivos en el mercado mundial, con una oferta de café de alta calidad; al mismo tiempo comprometidos con el desarrollo económico, y social del país, y actores de una sociedad democrática y solidaria.

En el marco de estas orientaciones institucionales ha incorporado como parte de sus objetivos, mejorar las condiciones y calidad de vida de los productores cafetaleros, promoviendo la implementación de políticas públicas de protección social, especialmente en saneamiento, nutrición, educación, salud y ambiental.

La Junta Nacional del Café ha impulsado en los años 2005 y 2006 un proceso de construcción participativa de políticas de salud para familias cafetaleras, uno de cuyos productos más importantes es el documento, **Políticas de salud: "hacia una atención de salud de calidad, integral y solidaria en zonas cafetaleras"**, que presentamos.

El documento describe los determinantes sociales y la situación de la salud en el Perú y en particular en las zonas cafetaleras, partiendo de la experiencia de las zonas priorizadas como son San Ramón y Satipo en la selva central, en Jaén y San Ignacio, en el nororiente, y concluye con la propuesta de políticas de salud.

Aspiramos a generar la participación activa de las organizaciones y familias cafetaleras, en la incidencia política a niveles local, regional y nacional, que haga realidad su implementación, así como desarrollar esfuerzos autogestionados que aporten en el mismo sentido. La tarea es difícil, pero dejará de serlo porque nos estamos atreviendo a hacerla.

Este trabajo ha sido elaborado por los expertos en políticas de salud, Doctores, Elmer Arce Espinoza, Julio Castro Gomez y Víctor Carrasco Cortés, con la colaboración de las expertas en género, Soc. María Amelia Trigos y Trajad. Social Ela Pérez Alva, contando con el solidario aporte económico de FOS de Bélgica.

Junta Nacional del Café
Consejo Directivo

1. LA CAFICULTURA NACIONAL, EL DESARROLLO Y LA SALUD DE LAS FAMILIAS CAFETALERAS

1.1. La caficultura nacional: esfuerzo productivo, riqueza de pocos y pobreza de muchos.

En la larga franja que recorre el país en la Selva Alta, entre las fronteras con Ecuador al norte, y Bolivia al Sur, se asientan más de 150 mil familias en su mayoría migrantes de la sierra empobrecida del país, dedicadas principalmente a la caficultura en un ámbito de 68 provincias, 338 distritos rurales y 14 regiones.

En condiciones muy difíciles, en medio de la pobreza, y pobreza extrema, y de exclusión económica, social y política, las familias cafetaleras desarrollan una actividad productiva heroica en más de 330 mil hectáreas con una cosecha de 5 664,000 quintales con un rendimiento por hectárea de 789 kilos (17.16 qq).

La insalubridad, la falta de saneamiento básico, la inseguridad alimentaria, la discriminación étnica, cultural y de género, la ausencia de Estado en la precariedad y déficit de servicios sociales básicos sobre todo en salud y educación, son parte de los riesgos que enfrentan las familias cafetaleras.

La calidad de vida disminuida se expresa entre otras manifestaciones en las enfermedades endémicas como la malaria, Bartonelosis, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla y parasitosis múltiples.

La desnutrición y la anemia afectan severamente a los menores, la mortalidad infantil, y materna, los embarazos adolescentes y violencia contra la mujer atentan gravemente contra los Derechos Humanos.





cafetaleras peruanas.

Los objetivos institucionales son:

- Promover y defender los intereses de los productores cafetaleros peruanos en las instancias públicas y privadas.
- Formular y gestionar políticas de desarrollo sostenible de la actividad cafetalera.
- Promover y brindar servicios a los productores cafetaleros para el incremento de la producción y la productividad cafetalera, así como el desarrollo cultural de las familias cafetaleras.
- Promover el desarrollo de la institucionalidad agraria peruana y contribuir al libre ejercicio de los derechos y deberes de la ciudadanía.

La Junta Nacional del Café inició hace varios meses un proceso orientado a elaborar, de manera participativa y concertada, propuestas de políticas de salud en las zonas cafetaleras de San Ramón y San Ignacio, como base para una propuesta de alcance nacional. Previamente ejecutó un diagnóstico participativo en estas zonas.

Los actores centrales de este proceso han sido los propios productores y productoras cafetaleros de la Selva Central y el Nor Oriente - con una presencia importante de jóvenes - quienes mediante metodologías participativas, de educación y autodiagnóstico, han construido tanto el **"Diagnóstico Participativo sobre la problemática de Salud de los productores cafetaleros de la Selva Central (Junín) y San Ignacio (Cajamarca)"**, así como en la elaboración de la **"Propuesta de Políticas de Salud en Zonas Cafetaleras"**.

Pero al mismo tiempo ha sido un proceso de concertación por la intervención de otros actores públicos y de la sociedad civil, quienes han contribuido de manera importante en alcanzar los objetivos y resultados.

Significativa presencia y participación ha sido la de los gobiernos regionales a través de representantes tanto de la Dirección Regional de Salud de Junín y los Jefes de las redes de salud de las provincias de Chanchamayo y San Ignacio; así como de la Gerencia de Seguros del Seguro Social de Salud.

Igualmente muy importante la participación del Foro Salud Nacional y Regional de Junín y de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud en las zonas de intervención, como Salud sin Límites y el Vicariato de Jaén.

Sin embargo, en medio de la adversidad y abandono, los productores cafetaleros hombres y mujeres, vienen obteniendo logros sin precedentes: más de cinco millones de quintales de café exportados por un valor que supera los 508 millones de dólares en el 2006, logrando que el café se constituya en el primer producto agrario de exportación, tanto tradicional como no tradicional.

Esto logros se han conquistado mediante un proceso sostenido de desarrollo de capacidades productivas, de gestión y negociación, y de organización tanto gremial como empresarial.

Lo que demuestra esfuerzo y preocupación de los productores por su propio destino, su empoderamiento y desarrollo de ciudadanía convencidas de que el agro será el escenario de la batalla definitiva por el desarrollo social y económico nacional.

1.2. La Junta Nacional del Café y el proceso participativo de construcción de políticas de salud para familias cafetaleras.

Es una organización nacional que representa a pequeños y medianos productores cafetaleros, organizados en cooperativas y asociaciones. Fue fundada el 6 de enero de 1993, como asociación civil, a iniciativa de las centrales y cooperativas cafetaleras de la época.

En la JNC están asociadas 38.000 familias de pequeños productores, organizadas en 59 cooperativas y 175 asociaciones, que desarrollan un proceso empresarial competitivo.

La Visión de la JNC al 2015 es ser reconocida como una organización de cafetaleros competitivos en el mercado y actores del desarrollo regional y nacional.

La Misión es fortalecer las capacidades de gestión y negociación de las organizaciones

2. LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES, NACIONALES Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL PERÚ.

2.1. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las condiciones para su logro en el Perú.

La distribución equitativa de los beneficios del desarrollo es el gran desafío para América Latina, implica la distribución del ingreso más inequitativa del planeta, con niveles altos y crecientes de desigualdad.

Los objetivos de desarrollo del milenio empiezan a convertirse en punto de referencia mundial del desarrollo, no solo por su carácter específico y multidimensional, sino también debido a que su logro constituye un compromiso formal asumido por los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas, incluido Perú.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son:

- ▶ Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- ▶ Lograr la enseñanza primaria universal.
- ▶ Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- ▶ Reducir la mortalidad de los niños.
- ▶ Mejorar la salud materna.
- ▶ Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- ▶ Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- ▶ Crear una alianza mundial para el desarrollo.

El cumplimiento de las metas representa un imperativo moral para las naciones, en tanto que los organismos internacionales tienen una responsabilidad y un potencial de contribución muy grandes en términos de prestación de apoyo a los países para el seguimiento y consecución de las metas.

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el Perú es indispensable



integrar políticas de crecimiento pro pobres, políticas redistributivas y políticas sociales específicas con enfoque de género. Las medidas aisladas, unidireccionales, son extremadamente costosas e insuficientes para cumplirlos.

La combinación de crecimiento económico, redistribución del ingreso y políticas sociales específicas permite el mejoramiento de todos los indicadores relacionados con los cinco primeros ODMs, con excepción del indicador de incidencia del déficit calórico. Debido a su magnitud actual, la meta de reducción de la proporción de la población cuyo consumo de alimentos no cubre los requerimientos calóricos mínimos no se alcanza ni siquiera con tasas de crecimiento económico sostenido de 7% anual.

En términos más precisos, según este estudio, en los siguientes aspectos se requiere enfrentar:

La Pobreza

La situación de pobreza nacional demanda vigorosas políticas de Estado. El crecimiento económico por sí mismo - inclusive si fuera insólitamente alto y sostenido - sería insuficiente para reducir los niveles de pobreza de acuerdo con la meta planteada. Esto se debe a que la gran desigualdad imperante en el país impide que la población más necesitada se beneficie directamente del crecimiento.

Solo con un crecimiento de 5% anual se reduciría la pobreza total a 31,4% en el 2015. Para llegar a la meta de reducción de la pobreza crítica a nivel nacional, por lo tanto, se necesita una redistribución activa del ingreso (la desigualdad debería reducirse al menos en 6%). En la medida en que el crecimiento económico esté sesgado hacia sectores extractivos como la minería, los requerimientos de redistribución se incrementan.

La Educación

Para cumplir el objetivo de universalizar el acceso a la educación de calidad se requiere una fuerte y constante inversión del Estado. El crecimiento económico previsto por sí solo ayudará pero no será suficiente. Si bien la meta de universalización de la educación primaria será cumplida en un futuro muy cercano, el cumplimiento del resto de indicadores pertinentes requiere de tasas de crecimiento económico no inferiores al 3%, junto con una redistribución activa de los ingresos y políticas específicas de incremento del gasto. Se debe atender no solamente los costos de infraestructura y servicios, sino también costos familiares asociados, tales como uniformes, calzado, libros y textos, útiles, matrícula, cuota de APAFA y otros. Adicionalmente, el gran reto para el 2015 es elevar la calidad de la educación primaria ofrecida, meta que requiere una inversión pública de mayor volumen bajo la forma de políticas específicas en el sector educativo. Más allá de la oferta educativa del Estado se plantea la cuestión de la situación socioeconómica deprimida de los niños y niñas expuestos a la desaprobación o la deserción escolar. El vínculo entre mejora de la educación y combate a la pobreza y la exclusión es estrecho.

El Hambre

Reducir el hambre en el Perú requerirá de un esfuerzo de redistribución y políticas específicas adicionales. Con un crecimiento económico anual de 5%, la desnutrición global no disminuiría en la medida suficiente para llegar a la meta de 5,4%. Tampoco se



lograría si el crecimiento económico es combinado exclusivamente con una redistribución del ingreso. Se hace necesario, por lo tanto, priorizar la meta de reducción de la desnutrición global e implementar políticas sectoriales específicas que contemplen los siguientes aspectos: (i) la cobertura del acceso a agua potable y a los servicios básicos de saneamiento; (ii) la cobertura de servicios de salud de madres y niños y niñas menores de 5 años; (iii) la inversión en programas públicos de alimentación infantil complementaria; y (iv) el nivel educativo de la madre.

La Salud Materna

La meta de reducción de la mortalidad materna se alcanzaría en el 2015, si al crecimiento económico y redistribución del ingreso se añaden políticas específicas sectoriales. Dado el carácter integral del modelo, muchas de ellas ya fueron incluidas en los condicionales de logro de las metas anteriores. Además se considera necesario implementar programas y políticas que incrementen: (i) el número de partos asistidos por profesionales de salud calificados, especialmente en áreas rurales y en pobreza, idealmente, la atención completa a la madre durante el embarazo y el parto incluye seis controles prenatales realizados por un profesional calificado, exámenes de sangre y peso, y parto asistido por un profesional calificado. excluidas donde se concentra la mayor cantidad de muertes maternas; (ii) el número de controles prenatales efectuados por profesionales de salud calificados; (iii) la calidad de la infraestructura y atención de los establecimientos de salud, lo cual exige un enfoque intercultural en áreas excluidas; (iv) la cobertura del acceso a agua potable y a servicios básicos de saneamiento; y (v) el nivel educativo de la madre.

La Mortalidad en la infancia

La meta de reducción de la mortalidad infantil y en menores de 5 años se alcanzaría antes del 2015, si al crecimiento económico y redistribución del ingreso se añaden políticas específicas sectoriales. Adicionalmente a las señaladas anteriormente, que de acuerdo con el funcionamiento del modelo asegurarían el cumplimiento de la meta, se reconoce la importancia de la lactancia materna como una variable con gran impacto en la reducción de la mortalidad infantil. La reducción de la mortalidad infantil tiene como condición el desarrollo de medidas específicas para reducir la alta tasa de

mortalidad perinatal (38% de las muertes infantiles), así como los altos niveles de mortalidad en áreas excluidas, rurales e indígenas.

2.2 Pobreza de la equidad de género.

Es importante agregar que los ODM, aunque considerados un serio avance tienen como debilidades para reducir la "pobreza de equidad de género" su mínima inclusión de la perspectiva de género en las ocho áreas propuestas; su carácter de elaboración eminentemente técnica (elaboración con escasa participación de la sociedad civil), la no incorporación de los grandes avances conceptuales logrados en la serie de conferencias mundiales de la década de los años 90, en especial, los alcanzados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, CIPD (1994) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995); los ODM retroceden respecto de dichas conferencias, ya que el género no es transversal a todos los objetivos (solo aparece con fuerza en el objetivo 3) no es reconocido como condición ineludible para el logro de las metas establecidas y no consideran los vacíos jurídicos imperantes en los países que impiden que las mujeres sean sujetas de derecho tanto en el área de la salud como en el campo laboral, económico, educativo y político.

2.3. El Acuerdo Nacional en Salud.

La Décimo Tercera Política de Estado del Acuerdo Nacional establece el "Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social".

En ella se plantea el compromiso de asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Se compromete también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Con este objetivo, el Estado:

- (a) Potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas;
- (b) Promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción;
- (c) Ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales;
- (d) Desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región;
- (e) Promoverá hábitos de vida saludables;
- (f) Ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados;

(g) Fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes;

(h) Promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción;

(i) Promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado;

(j) Promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes;

(k) Desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social;

(l) Incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud;

(m) Desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población;

(n) Promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y (o) reestablecerá la autonomía del Seguro Social.



2.4. Lineamientos de Política de Salud 2002 - 2012.

En base a esta política de Estado, para el período 2002 - 2012 se aprobaron los siguientes lineamientos de política de salud:

1°. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2°. Atención integral mediante la extensión y Universalización del aseguramiento en salud (Seguro Integral de Salud-SIS, Essalud, otros).

3°. Política de suministro y uso racional de los medicamentos. Política andina de medicamentos.

4°. Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad.

5°. Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

6°. Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud.

7°. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial.

8°. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad.

9°. Democratización de la salud.

2.5. El Acuerdo de los Partidos Políticos a favor de la salud.

En diciembre del 2005, dieciséis Partidos Políticos que participaron en el último proceso electoral, suscribieron un acuerdo como expresión de la voluntad de contribuir a mejorar las condiciones de salud del pueblo peruano en el período 2006-2011.

Los acuerdos giraron alrededor de los compromisos con los ODM, (la salud infantil; la salud materna; la lucha contra el VIH/SIDA, malaria, TBC y otras enfermedades); el aseguramiento universal; el financiamiento en salud; descentralización en salud; participación ciudadana en salud; y acceso y disponibilidad de medicamentos.

1. Con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):

En Salud Infantil:

Asignar recursos suficientes para su atención, con énfasis en las zonas de exclusión social. Abordaje multisectorial de la prevención de la desnutrición desde la vida fetal, para garantizar las potencialidades del desarrollo y aprendizaje de la niñez. Garantía de la disponibilidad y el acceso a los medicamentos esenciales relacionados a las enfermedades prevalentes que inciden de manera importante en la mortalidad de la niñez. Trabajo intersectorial e interinstitucional y multidisciplinario, para la educación de las mujeres y la familia.

En Salud Materna:

Atención de salud integral de la mujer, antes, durante y después del embarazo. Concertación de los planes de salud materna, con estrategias de inclusión de las poblaciones más vulnerables, incluyendo la interculturalidad. Promoción de la educación y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en los adolescentes, buscando prevenir el embarazo no deseado. Involucramiento de la población, gobiernos regionales y locales en la problemática de la salud materna.



En la lucha contra el VIH/SIDA, malaria, TBC y otras enfermedades:

Fortalecimiento de las estrategias de prevención, control y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Refuerzo de las acciones de prevención, control y tratamiento de las formas resistentes de VIH SIDA y formas multidrogorresistentes (TBC), así como las actividades de investigación de las mismas. Presupuesto para el financiamiento con énfasis en actividades de prevención y tratamiento. Propiciar el empoderamiento de la mujer, de modo que fortalezca su capacidad de decisión para el sexo seguro. Fortalecimiento de la lucha contra la malaria a través de estrategias multisectoriales articulando e involucrando al sector privado y otros sectores sociales y productivos.

2. Con relación al Aseguramiento universal:

Universalización progresiva de la seguridad social en salud partiendo de las condiciones de aseguramiento actual, tomando como punto de partida los avances realizados a la fecha. Construcción a largo plazo, un fondo único que agregará fondos públicos, privados y mixtos provenientes de impuestos, contribuciones y otras fuentes, para alcanzar la universalización de la seguridad social. Mecanismos para el intercambio de prestaciones (MINSA, EsSalud; FFAA, PNP, privados, etc.) y el pago de las mismas. Constitución de un fondo para cubrir los eventos catastróficos tomando en consideración la experiencia del FISSAL, entre otros. Ampliar la oferta de seguros de salud para trabajadores independientes e informales como una de las estrategias para alcanzar la universalización de la seguridad social. Constitución de una Superintendencia Nacional de Salud que regule y fiscalice el uso de los fondos del Sistema de Salud y garantice el cumplimiento de estándares de calidad del prestador al usuario.

3. Con relación al Financiamiento de la salud:

Incremento del financiamiento de salud a lo largo de los próximos cinco años para el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales, con el ideal de acercarnos al promedio latinoamericano de participación en el porcentaje del PBI. Asignar los

incrementos prioritariamente a las acciones de prevención y promoción de la salud, a las poblaciones que se encuentran en pobreza y pobreza extrema sin menoscabo del cumplimiento de compromisos adquiridos. Establecimiento de prioridades y metas en salud nacionales, regionales y locales con la participación de la sociedad civil en el marco de los consensos arribados en el Acuerdo Nacional. Puesta en marcha nuevos mecanismos de pago a los prestadores, así como de asignación y transferencia de recursos. Programa de racionalización de gastos. Fortalecimiento de mecanismos de transparencia en el uso de los recursos y lucha contra la corrupción, privilegiando la vigilancia y control ciudadano. Inversión para expandir oferta de servicios de salud.

4. Con relación a la Descentralización en salud:

Afianzar el proceso global de descentralización recogiendo las experiencias en su implementación y la participación de la ciudadanía contribuyendo a la gobernabilidad del país. Apoyar la ejecución del proceso de descentralización de la transferencia de las competencias y funciones en Lima Metropolitana, región Lima y región Callao. Fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos regionales y locales para asumir adecuadamente las funciones a ser transferidas. Promoción de la definición de roles y la concertación entre los gobiernos regionales y gobiernos locales para el cumplimiento de los planes regionales de salud y la gestión de los servicios de salud. Garantizar la transferencia de recursos financieros suficientes y en forma oportuna para el proceso de descentralización y el ejercicio de las competencias y funciones transferidas, bajo el principio de equidad.

5. Con relación a la Participación ciudadana en salud:

Garantizar el reconocimiento como canales fundamentales y de expresión de la participación ciudadana a las organizaciones comunitarias, organizaciones sociales de base, clubes de madres, organizaciones del vaso de leche, promotores, promotores de salud, juntas vecinales, organizaciones territoriales, CLAS, poblaciones excluidas, organizaciones nativas y otros actores. Promover la participación ciudadana informada en el diagnóstico de la situación de salud, identificación de potencialidades y saberes; formulación, implementación, gestión y vigilancia de las políticas de salud en los diferentes niveles de gobierno. Promover la participación activa de los usuarios en la vigilancia de los servicios de salud preparando las condiciones sociales, facilitando procesos y revalorando las prácticas locales. Implementación de las defensorías de la salud en los diferentes niveles de atención en el ámbito nacional y desarrollaremos de mecanismos e instrumentos que faciliten la vigilancia ciudadana en salud.

6. Con relación al acceso y disponibilidad de medicamentos:

Disponibilidad y acceso a los medicamentos, priorizando a la población en situación de pobreza y extrema pobreza. Este acuerdo concluye con el compromiso de que estas decisiones políticas deberán respaldarse tanto en la ética y transparencia del manejo de los recursos públicos, como en una apropiada participación ciudadana y control social; y la profundización del proceso de descentralización del sector salud, tanto a nivel regional como local. Así mismo, irán acompañadas de la reestructuración de los servicios de salud donde deberá impulsarse significativamente y priorizarse los aspectos preventivos promocionales, particularmente con las intervenciones ya probadas internacionalmente, y el eficiente manejo de la información sanitaria.

3. LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL PERÚ.

3.1. Crecimiento económico y desarrollo social.

En el contexto de la crisis económica y social de comienzo de la década de los 90' en el país se instaló un modelo de desarrollo de economía abierta, de libre mercado, con implementación de las medidas del "Consenso de Washington" y de la globalización promovida por los intereses de los grandes conglomerados transnacionales. 18 años de políticas neoliberales no han solucionado los graves problemas del país ni atendido las urgentes demandas de mujeres y varones.

Distribución del Ingreso Nacional (PBI)
Perú: 1991 2005

Sectores	1991	2005
Trabajadores	30%	22.9%
Empresas	52%	60%
Estado	18%	17.1%

En el periodo la desigualdad social se ha profundizado marcadamente: los grandes empresarios han visto acrecentadas sus ganancias y su participación en el ingreso a expensas principalmente de los trabajadores así como del Estado. La afirmación de que "los ricos se han hecho más ricos y los pobres más pobres" es una constatación objetiva.

Frente a estas constancias se argumentan que:

El Perú esta en su sexto año consecutivo de crecimiento sostenido de su economía, situación que casi nunca se había dado en nuestra historia. La economía se expande, las exportaciones más que se duplican, los indicadores macroeconómicos son estables, y las ganancias de las grandes empresas en los últimos 3 años aumentaron en 70%.

Sin embargo este crecimiento no genera empleos dignos ni oportunidades empresariales, ni ingresos decentes para las mayorías. Por el contrario, profundiza la desigualdad y la exclusión al concentrar las oportunidades y los beneficios en unos pocos sectores privilegiados

Así, mientras las ganancias de las empresas crecen consistentemente el desempleo y el subempleo (informalidad, empleo precario) aumentaron y el empleo adecuado (ingresos por encima del mínimo legal) disminuyó. La pobreza y pobreza extrema disminuyeron muy poco, afectando a más del 50% de la población nacional.

Los promotores del modelo impusieron sacrificios a los trabajadores y pidieron paciencia y saber esperar por las mejoras. Se aseguró que la manera más eficiente de

reducir la pobreza y la desigualdad social era a través del crecimiento económico sostenido y acelerado. Sin embargo la evidencia empírica ha demostrado que si bien el crecimiento económico es una condición necesaria, no es condición suficiente para reducir la pobreza y la desigualdad social.

El crecimiento económico es necesario, **pero no es un fin en si mismo**, sino que tiene que servir para la **eliminación de la pobreza y la exclusión social**. Para lograr un crecimiento que genere empleos y oportunidades para todos, es necesario un modelo de desarrollo solidario, inclusivo y competitivo centrado en las personas, en el desarrollo de sus capacidades y en el ejercicio de sus derechos humanos. Es necesaria una articulación

entre las políticas económicas y las políticas sociales, de manera que las primeras generen empleos e ingresos adecuados y las segundas construyan un sistema integral de protección social.

3.2. Contexto político y social.

El nuevo Gobierno se ha iniciado con un contexto favorable de continuación del crecimiento económico de los últimos años, lo que ha permitido alcanzar tasas importantes del crecimiento del PBI y consiguientemente una mejora sustancial del crecimiento de la recaudación fiscal, que se ha elevado hasta el 15% del P.B.I.

Este importante nivel de crecimiento económico no se ha acompañado de políticas de redistribución de ingresos por lo que sus beneficios no han alcanzado a las mayorías y se han seguido concentrando en unos pocos sectores y empresas, sobre todo extranjeras y sus socios nacionales. De ahí la continuación de la pobreza en más de la mitad de la población, el escaso crecimiento del empleo y los ingresos y las indignantes desigualdades sociales que se constatan. El "chorreo" es escaso y limitado a unos pocos sectores que han visto mejorar su situación.

Sin embargo, tomando en cuenta las demandas de inclusión social, los antecedentes y relaciones sociales del partido de gobierno, así como la disponibilidad de mayores

recursos fiscales es posible avizorar cambios en el área social en cuanto a la educación y la salud en particular. Será importante invertir en educación y salud, no sólo como políticas para la inclusión y protección social sino también para la competitividad y mejora sostenida de la economía. La profundidad y carácter de los cambios en el área social es clave que dependerán también de los niveles de organización y lucha del movimiento social y como ciudadanos y ciudadanas.

Evolución de algunos indicadores económicos y sociales

	2000	2005	Calificativo
PBI (US\$ millones)	53,142	76,571	Mejora
Exportaciones (US\$ millones)	7,028	15,771	Mejora
Déficit Fiscal (% del PBI)	-3,3	-0,8	Mejora
Gastos de Capital (% del PBI)	2,8	1,3	Deterioro
Presión Tributaria (% del PBI)	12,6	13,7	Mejora insuficiente
Pobreza (% de la población)	54,8	54,1	Igual
Extrema Pobreza (% de la población)	24,8	20,0	Mejora
Hogares que reciben ayuda alimentaria (%)	37,7	43,7	Deterioro
Desempleo (% de la PEA)	7,8	10,5	Deterioro
Subempleo (% de la PEA)	38,2	42,8	Deterioro
Empleo adecuado (% de la PEA)	53,9	46,7	Deterioro
Grado de información (%)	57,8	60,4	Deterioro

Fuente: Apoyo. Perú Económico. Diciembre 2005.

Nota: el calificativo es nuestro

Las posibilidades de cambios sociales con sentido progresivo se ven también favorecidas por la elección de nuevas autoridades regionales y locales en el contexto de continuación del proceso de descentralización reiniciado hace 4 años. En varias regiones y gobiernos locales han sido elegidas autoridades con claros planteamientos de contenido social y de implementación de formas de democracia participativa con el fortalecimiento de espacios de participación ciudadana, propicios para que el movimiento social y las organizaciones de trabajadores fortalezcan sus capacidades de incidencia, vigilancia y control social en la defensa y ampliación de sus derechos.

La descentralización no siendo un fin en sí misma constituye una oportunidad para promover la realización de cambios y reforma de las políticas sociales hacia su universalización y mejora de su calidad.

También es importante tener presente la suscripción de compromisos entre los partidos políticos, incluyendo al partido de gobierno, para el desarrollo de políticas públicas de Estado a favor de la democracia, la gobernabilidad y los Derechos Humanos que el movimiento social y popular y la sociedad civil en su conjunto tienen la necesidad y responsabilidad de vigilar que se cumplan.

La sociedad civil jugó un papel fundamental en la derrota de la dictadura fujimorista y la recuperación de la democracia y viene desarrollando una importante actividad comprometida con la defensa de la democracia, el fortalecimiento de la gobernabilidad y la vigencia de los DDHH y de manera especial comprometida con cambios sanitarios por el Derecho a la Salud.

3.3. Las políticas sociales.

El proceso de apertura de la economía y privatización de las empresas públicas iniciado en los noventa se acompañó con políticas sociales denominadas de "Compensación Social", orientadas a paliar los daños ocasionados con las medidas de ajuste en la población más vulnerable. Ante la constatación de que no sólo la pobreza se mantenía sino que aumentó se orientaron hacia los más pobres con el objetivo de paliar y de "alivio" de la pobreza.

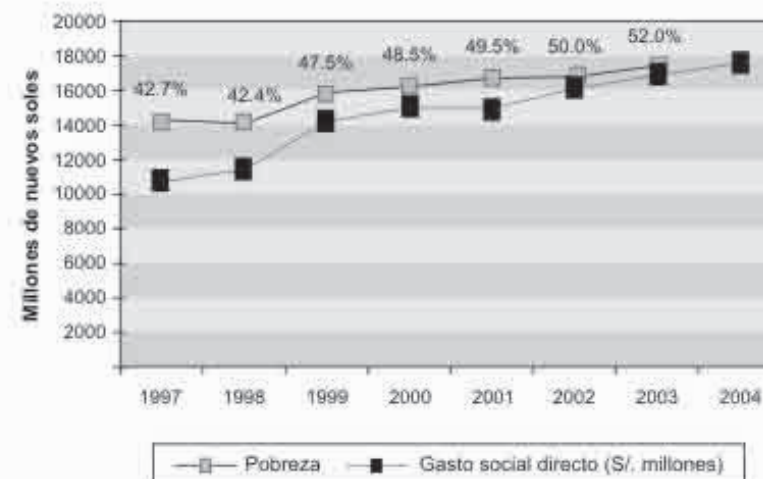
Las concepciones liberales extremas tienen un enfoque reducido y mínimo de los derechos fundamentales de las personas y de las responsabilidades públicas. Para ellas, los derechos económicos y sociales como la salud, educación, la nutrición, seguridad social y otros no son derechos fundamentales y no deben ser provistos por el mercado. El Estado sólo asume una responsabilidad subsidiaria con los más pobres.

Desde esta concepción se hizo la crítica al "Estado Benefactor" se promovió la propuesta de un Estado Mínimo y por tanto el abandono de sus responsabilidades sociales. Todo lo cual se expresó en un ensanchamiento de las brechas de inequidades que afectan a los y las más pobres.

Por las necesidades políticas del Gobierno autoritario se fueron incrementando los recursos y ampliando los programas sociales en áreas de nutrición y alimentación,

Perú: gasto social ejecutado y pobreza, 1997 - 2004

Perú: gasto social social ejecutado y pobreza, 1997-2004



*La estimación de pobreza del 2003 no se estrictamente comparable con los datos previos.
Fuente: INEI, MIV 2005-2007. Pobreza, INEI. Gasto social directo.

Dr. Victor Carrasco Cortez
Profesor Principal FASPA - UPCH (2/15/2007)

educación, salud, infraestructura y bienestar. En este contexto, el gasto anual en proyectos de ataque a la extrema pobreza fue aumentando hasta superar los mil millones de dólares anuales desde 1995 año de la primera re-elección en adelante.

Sin embargo, la eficiencia, los resultados alcanzados y hasta la motivación de estos programas han sido cuestionados. El clientelaje y la manipulación política de los sectores populares ha sido una característica en la implementación de estos programas.

La evolución del gasto social en los últimos años y su impacto en la pobreza nos muestra como a pesar de un crecimiento moderado, la pobreza no sólo se ha mantenido sino que ha tenido una tendencia creciente. También es necesario señalar que si bien hay problemas importantes de eficiencia y en la calidad del gasto social como es la constatación de que son muchas las familias pobres que no se benefician (subcobertura) y que parte de los beneficiarios no son pobres (filtración), la pobreza y la exclusión social son problemas estrechamente vinculados al modelo de desarrollo y que las políticas económicas neoliberales producen pobreza y desigualdad.

Recientes evaluaciones (MEF; Enaho 2000 2000) de los programas sociales constatan que siguen sin llegar a los más necesitados. En las zonas urbanas más del 50% de los beneficiarios del Vaso de Leche es no pobre, el 45% en Comedores Populares y más del 40% en Alimentación Escolar.

Finalmente hay que decir que desde hace algunos años se ha planteado la necesidad de re-estructurar las Políticas y Programas Sociales para hacerlos más eficaces en las disminución de la pobreza y más eficientes haciéndolos llegar a las y los más pobres.

Pero ello sólo en base en mejorar mediante sistemas de identificación de beneficiarios. Si bien es necesario este esfuerzo por darle más calidad y eficiencia al gasto se requiere sobre todo la articulación de las políticas económicas con las sociales a favor de un desarrollo humano y solidario y más recursos en el combate a la pobreza y la exclusión social.



3.4. La situación actual, la agenda pendiente y los nuevos retos en salud

Los estudios poblacionales muestran una realidad excluyente para gran parte de la población: brechas entre la necesidad y la utilización de los servicios de salud por factores vinculados a la percepción de enfermedad; a las barreras económicas para el acceso; a la distancia cultural entre la población y los servicios y los prestadores de los mismos (los centros asistenciales de salud, especialmente los puestos y centros de salud, sobre todo de las zonas rurales, no están preparados infraestructural ni profesionalmente, lo que los hace ineficientes y, por tanto, poco valorados por la población); a la calidad de los servicios y a los costos de acceso que comprende las distancias y tiempos de espera. La mayor o menor probabilidad de muerte y enfermedad está en función de factores como el estrato socioeconómico, la condición de ruralidad (por ejemplo, en las zonas rurales persisten altas tasas de mortalidad infantil perinatal y materna que no se ha modificado sustancialmente en las últimas dos décadas), el nivel educativo en que se encuentran las personas y las comunidades, y el género.

Las políticas de salud no han abordado de manera integral todos estos factores, y mucho menos han tenido un abordaje específico de equidad de género. Si bien éste fue incluido en la propuesta del Gobierno de Transición, y en las primeras versiones de las políticas de salud del gobierno de Toledo, fue progresivamente sustituido en las versiones finales por concepciones "familistas", y otros conceptos regresivos con relación a la equidad de género, principalmente en el abordaje de la salud sexual y reproductiva. A pesar de las políticas de igualdad de oportunidades contempladas en el Acuerdo Nacional y en el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades, las políticas de salud se muestran *insensibles* a la incorporación de la perspectiva de género.

La discusión actual vinculada a las reformas de la política de salud se ha concentrado en las dimensiones territoriales y de estrato social sin que, hasta el momento, haya incorporado la dimensión de género. Las inequidades de género no pueden combatirse con las mismas medidas empleadas para reducir las brechas entre estratos socioeconómicos y regiones geográficas. Los altos índices de muerte materna o de violencia contra la mujer, los datos sobre esperanza de vida, prevalencia de enfermedades y daños, utilización de servicios, responsabilidades financieras, provisión de salud, así como la carga en la responsabilidad que tienen las mujeres en el cuidado de la salud de los niños, ancianos y que a su vez- tienen impactos en su propia salud, muestran que hombres y mujeres presentan diferencias que en general discriminan a las mujeres y que es necesario que sean tomados en cuenta en el diseño de las políticas públicas de salud.

En términos generales, la concepción de la salud como problema y enfermedad ha llevado a que hasta el momento sea imposible formular políticas en este sector que planteen un modelo integral de atención de la salud; éste sigue siendo emergente y sectorizado, sin considerar que hay múltiples factores que lo configuran. Por esta misma razón, no se toma en cuenta que problemas sociales como el alcoholismo, la drogadicción, la violencia contra la mujer, los embarazos en adolescentes, la salud sexual y la salud reproductiva de la mujer, las violaciones, el VIH SIDA deben ser considerados en las políticas de salud no como compartimentos estancos, sino como parte de una misma problemática en la que se privilegie el desarrollo de las capacidades de las personas, y la participación organizada de la población dentro de un proceso de desarrollo descentralizado que se oriente a la mejora de su calidad de vida.



Si hablamos de la situación de salud en cifras evidenciamos una realidad nacional grave, con inequidades que afectan a los pobres, a la población rural sobre todo andina y amazónica, a las mujeres y a los niños, a las personas con discapacidad y los adultos mayores. No es posible continuar tolerando la pobreza que afecta a más de la mitad de la población ni que el 25% de personas se encuentren excluidos de atención permanente de los programas y servicios de salud por barreras económicas, culturales geográficas.

Peor aún, no indignarnos frente al 25% de desnutrición crónica que afecta a los menores de 5 años y a casi el 30% a los escolares entre 6 y 13 años y que estos indicadores que son promedios nacionales ocultan que en las zonas rurales superen el 40 o 50%. La situación de la infancia es muy delicada, porque a pesar de estar en descenso la mortalidad infantil, ésta continúa elevada (23 por mil nacidos vivos) y en algunas regiones es el doble del promedio nacional.

Además, la deserción escolar, la baja calidad de la educación; los niños y niñas que trabajan y que son objeto de violencia y explotación sexual configuran esta situación de gravedad en que se encuentra nuestra infancia. La situación de la salud de la mujer es igualmente grave por las severas inequidades de género que se expresan en la Mortalidad Materna que es muy alta, el doble del promedio latinoamericano y muy lejos de la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio que el País se ha comprometido a alcanzar al 2015; así como en la violencia contra la mujer, el embarazo adolescente y no deseado y la represión y control de su sexualidad.

Entre los principales causantes de esta situación están el modelo económico concentrador y excluyente que no redistribuye la riqueza producida y un Estado débil ineficiente y burocrático que no está al servicio de los ciudadanos. El Sistema de Salud es fragmentado y segmentado, con múltiple y débil rectoría, que usa de manera ineficiente los escasos recursos, que no tiene Plan nacional de Salud y que consagra las injusticias sanitarias, no siendo posible para la mayoría de personas realizar su Derecho a la Salud.

El Gasto Social en Salud que realiza el Estado, las Empresas y las Familias es muy bajo. Apenas el 4.5% del PBI estando el promedio de los países latinoamericanos en el 7.5%; es decir, gastamos poco y mal en salud.

El actual Gobierno tiene estos retos planteados por la situación de salud de la población, por lo que es indispensable que se proponga afrontarlos con una Propuesta de Reforma Sanitaria que haga realidad el Derecho a la Salud. En los primeros seis meses de gestión ha carecido de una propuesta de estas características, de una visión integral de los problemas, por lo que sus medidas son muy parciales y los temas de fondo de la Agenda Sanitaria están pendientes.

Promover la Reforma Sanitaria por el Derecho a la Salud requiere transformaciones profundas en nuestra sociedad que trascienden al sector salud. Es necesario un modelo de desarrollo solidario, inclusivo y competitivo que permita que los beneficios del crecimiento se compartan con todos y promover la salud y el desarrollo humano integral. La mejor política social será una política económica que genere empleo digno e ingresos adecuados y que se construya un sistema de Protección Social con nutrición, educación, salud y seguridad social integral. Demanda también terminar con toda forma de exclusión y de inequidades sociales y de género, luchar contra las desigualdades inaceptables y con la concentración del poder económico y político profundizando la democracia y la participación y desarrollo de ciudadanía.

Actuando sobre los determinantes sociales de salud mejorando las condiciones de vida de la gente permitirá avanzar en hacer realidad el Acceso Universal a Atención Integral de Salud de Calidad mediante la Universalización de la Seguridad Social y el Aseguramiento en salud, unificando el MINSA y ESSALUD. Mejorar la calidad de atención y proteger los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

Promover la Reforma del Estado mediante la descentralización y la participación ciudadana en salud son aspectos importantes para mejorar la equidad, eficiencia y calidad en salud. La integración del Sistema de Salud, construir participativa y descentralizadamente el Plan Nacional de Salud y avanzando hasta el nivel local con un Plan de Beneficios concreto para las poblaciones.

Para el cumplimiento de la Agenda Sanitaria se tiene una buena base en el cumplimiento de las Políticas del Acuerdo Nacional y de manera específica en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, uno de cuyos aspectos esenciales el dar cumplimiento a un incremento sostenido del financiamiento público que permita alcanzar en el quinquenio al promedio latinoamericano y que beneficie prioritariamente a los pobres del país.



4. LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS FAMILIAS CAFETALERAS.

4.1. La caficultura en la economía nacional.

La caficultura hace parte del crecimiento económico sin redistribución que vive el país en los últimos años estimulado por el crecimiento de la economía mundial y la mejora de precios internacionales para nuestros productos.

VOLUMEN Y VALOR DE LAS EXPORTACIONES DE CAFÉ 2001 2006

Periodo	2001	2006
Volumen exportado en qq de 46 kgs	3'473,209	5'062,209
Valor en \$ USA	180'344,420	508'684,502
Precio FOB promedio	51.92	100. 49

Sin duda se trata de un crecimiento muy importante, la producción ha crecido más de 45% en volumen en el periodo, habiéndose casi triplicado el valor de las exportaciones ya que al mismo tiempo se ha duplicado el valor unitario promedio: más de cinco millones de quintales de café exportados por un valor que supera los 500 millones de dólares en el 2006, logrando que el café se constituya en el primer producto agrario de exportación, tanto tradicional como no tradicional.

Sin embargo, los productores y productoras cafetaleras conocen bien que la caficultura tiene sus altas y bajas, que es muy dependiente del mercado internacional y sensible al entorno climático y sus variantes; y que, un riesgo permanente es la falta de políticas públicas de promoción y desarrollo.

Las conquistas logradas se han fundado en el esfuerzo sostenido de los productores: fortalecimiento organizativo con refuerzo del tejido social, la estructura productiva en mejoramiento continuo, incremento de las inversiones en maquinaria y equipos de procesamiento sobre todo a cargo de las cooperativas, preocupación por la calidad y diversificación de la oferta siendo reconocidos como el primer productor mundial de café orgánico.

Para que la caficultura se haga sostenible en este nivel de logros debe superar las grandes limitaciones que tiene. La discriminación contra el café y sus productores y productoras tiene que terminar. Apostar por el café significa empezar a concretar las propuestas de la Junta Nacional del Café por la competitividad en su apuesta por Desarrollo Humano entendido como ampliación de capacidades y oportunidades, vida larga y saludable con Calidad para los productores y productoras, habiendo planteado al Gobierno una Agenda para la competitividad con precisos Objetivos cafetaleros al 2015.

4.2. Las zonas cafetaleras priorizadas.

La JNC realizó los Talleres de Diagnóstico participativo en las provincias de **Chanchamayo** y **Satipo** de la **Región Junín** y en la provincia de **San Ignacio** en la **Región Cajamarca**. En ambas se han elaborado Planes Regionales de Salud mediante procesos dirigidos por los Consejos Regionales de Salud y las respectivas Direcciones Regionales de Salud en los que se ha tomado en consideración la participación de representantes de la sociedad civil. La participación social ha tenido relevancia en las metodologías para identificar las prioridades sanitarias regionales desde el nivel local.

Las provincias de **Chanchamayo** y **Satipo** están ubicadas en zonas de Selva Alta y baja de la Región Junín, siendo su clima tropical húmedo y su temperatura ambiental varía entre los 18° y 30°. Las poblaciones originarias de estas provincias están conformadas por nacionalidades nativas amazónicas yanesha y asháninka en Chanchamayo y asháninka y nomatsiguenga en Satipo - , zona de migrantes europeos en siglo XIX y desde el siglo XX zona de migrantes altoandinos. (ver ubicación y población en los cuadros). La actividad principal de la población es la agropecuaria, siendo la producción café y frutales la más importante. El origen de la caficultura peruana y de las primeras exportaciones de café a fines del siglo XIX fue la Selva Central. También se cultivan y comercializan el cacao, cítricos y explotación forestal de maderas que se ha producido en forma indiscriminada generando graves problemas ambientales. La ganadería y la crianza de animales menores también se realiza pero a escalas menores.

UBICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

Mapa de la Región Junín



Parte Central del territorio Peruano.
De 400 a más de 5,000 msnm
Extensión: 44,197 km²
Sierra 4696 y Selva 5495
Provincias: 09
Distritos: 123

Población Región Junín

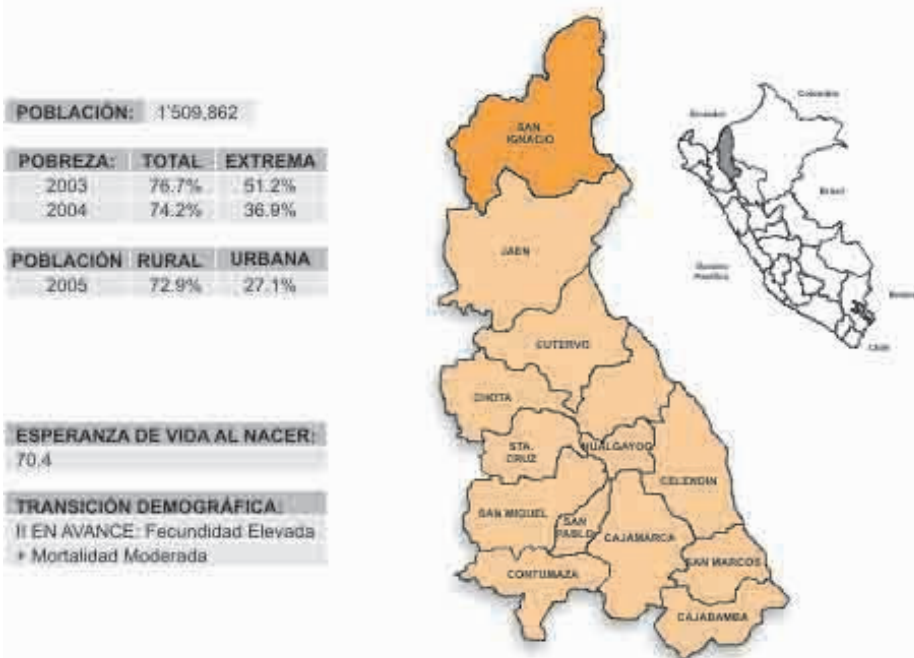
1'260 773 Habitantes. (4.6% del total Nacional)	
Urbana	: 65%
Rural	: 35%
Hombres	: 49.3%
Mujeres	: 50.7%
Jóvenes(0-14)	: 36%
T.C. 2003/02	: 1.1% Anual
Densidad	: 2835 Hab. / Km2

PROVINCIAS	T.C. 83/81	2003	2015
HUANCAYO	2.5	480,451	870,835
CONCEPCION	0.7	71,884	76,631
CHANCHAMAYO	2.1	144,262	180,163
JAUJA	0.1	115,557	107,169
JUNIN	2.3	49,539	86,351
SATipo	3.5	148,822	200,886
TARMA	0.7	128,804	134,874
YAULI	-1.5	88,528	48,778
CHUPACA	2.6	55,355	82,386
TOTAL:	1.7	1'280,773	1'683,741

En la región Nororiental se ha priorizado la provincia de **San Ignacio** de la **Región Cajamarca**, aunque en el proceso de levantamiento del diagnóstico, como de elaboración de la propuesta de Políticas intervinieron representantes de organizaciones cafetaleras y de la sociedad de otras provincias de la región (Jaén) como de la región vecina de Amazonas. La provincia de **San Ignacio** está ubicada en la zona más septentrional y hace frontera con la República de Ecuador, siendo su clima semitropical, la actividad productiva principal la agricultura siendo el café es más importante cultivo.

Su población es ampliamente rural (89%) y compuesta de manera importante por migrantes de las zonas más andinas de la región Cajamarca y de Piura.

Mapa de la Región Cajamarca



POBLACION URBANA Y RURAL SEGUN PROVINCIAS. DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA: 1993.

PROVINCIAS	PORCENTAJE DE POBLACIÓN URBANA	PORCENTAJE DE POBLACIÓN RURAL
CAJAMARCA	44.2	55.8
CAJABAMBA	21.5	78.4
CELENDIN	21.8	78.2
CHOTA	17.3	82.7
CONTUMAZA	39.0	61.0
CUTERVO	14.4	85.6
HUALGAYOC	17.9	82.1
JAEN	37.2	62.8
SAN IGNACIO	10.4	89.6
SAN MARCOS	17.0	83.0
SAN MIGUEL	11.9	88.1
SAN PABLO	13.1	86.9
SANTA CRUZ	16.7	83.3
TOTAL	24.7	75.3

Fuente: INEI, Perfil Socio-Demográfico. Departamento de Cajamarca. Censo Nacional de 1993.

4.3. Determinantes de salud en zonas cafetaleras.

Como se ha señalado en acápites anteriores, los principales determinantes de salud en las poblaciones están relacionados con sus condiciones de vida, en particular: pobreza, educación, nutrición, saneamiento básico y ambiental, diferencias de género, además del acceso a servicios de salud.

Los principales determinantes de la salud en zonas cafetaleras están vinculados a la situación de pobreza. Entre 61.9 y 68.0 % de las familias de estas provincias tienen al menos una necesidad básica insatisfecha.

El saneamiento básico es completamente insuficiente, tanto el acceso a agua potable como a desagüe son bajísimos, y en el caso de las zonas rurales de Chanchamayo inexistente.

La ruralidad, con la consiguiente distribución dispersa de la población es alta en San Ignacio, lo que contribuye a dificultar el acceso a servicios de salud en esta provincia.

El analfabetismo es casi un tercio en San Ignacio y en ambas provincias siempre es mayor en las mujeres.

La desnutrición crónica (retardo del crecimiento) en niños menores de 5 años es alta (30 a 40%): entre 3 y 4 niños de cada 10 la sufren en ambas provincias.

Como se aprecia, existen determinantes sociales muy desfavorables que a su vez explican la deteriorada situación de salud en estas zonas.

INDICADORES SOCIO SANITARIOS EN CHANCHAMAYO Y SAN IGNACIO

INDICADORES	CHANCHAMAYO	SAN IGNACIO
Pobreza	61.9% con una o más NBI	68.4% con una o más NBI
Agua potable	38.90%	15.00%
Desague	52.3% (*)	11.00%
Población rural	21.90%	9.60%
Analfabetismo hombres	9.00%	23.90%
Analfabetismo mujeres	6.00%	32.60%
Desnutrición crónica	28.30%	43%

(*) Dato de zona urbana, zona rural no cuenta con desague.

Fuente: Diagnóstico participativo sobre problemática de salud de los productores cafetaleros de la Selva Central (Junín) y San Ignacio (Cajamarca), enero del 2006.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD EN CHANCHAMAYO Y SAN IGNACIO

INDICADORES	CHANCHAMAYO	SAN IGNACIO
Tasa bruta de natalidad	24.1 por mil habitantes	26.6 por mil habitantes
Tasa global de fecundidad	4.5 hijos por mujer	6.4 hijos por mujer
Gestantes adolescentes	34.67%	Sin dato
Tasa de mortalidad materna	149 por 100 mil n.v.	183 por 100 mil n.v.
Tasa de mortalidad infantil	30 por mil	68.2 por mil
Desnutrición crónica	28.3%	47%
Infecciones respiratorias < 5a	37%	32%
Enfermedades diarreicas < 5a	29%	16.2%
Parasitosis	29%	15.5%

Fuente: Diagnóstico participativo sobre la problemática de salud de los productores cafetaleros de la Selva Central (Junín) y San Ignacio (Cajamarca) Enero - 2006.

4.4. La situación y la atención de salud en zonas cafetaleras.

En ambas zonas cafetaleras se aprecia un perfil demográfico en expansión, con alta natalidad y fecundidad. También se aprecia una alta mortalidad infantil y una alta mortalidad materna. En el caso de San Ignacio ambos indicadores están por encima del promedio nacional.

Igualmente se observa un perfil epidemiológico caracterizado por el predominio de enfermedades infecciosas (infecciones respiratorias e intestinales) y enfermedades carenciales (desnutrición crónica). Además, por sus características geográficas,

ambas zonas son endémicas de malaria, dengue, fiebre amarilla, hepatitis B (Chanchamayo), bartonellosis (San Ignacio), entre otras.

Las prioridades en salud identificadas por los propios agricultores cafetaleros son: anemia en menores y adultos, infecciones estomacales/parasitosis, desnutrición, infecciones respiratorias, cáncer, malaria o paludismo, fiebre amarilla, dengue, tuberculosis, leishmaniasis (uta) y litiasis vesicular.

La estructura de los servicios de salud según nivel de complejidad muestra que:

En Chanchamayo, para una población de 150,128 habitantes, existe 1 Hospital de Apoyo, 3 Centros de Salud y 47 Puestos de Salud del MINSA; 1 Hospital I y 1 Centro de Atención de ESSALUD; 1 Policlínico de las Fuerzas Policiales.

En San Ignacio, para una población de 127,523 habitantes, existe 1 Centro de Salud (CLAS), 6 Puestos de Salud y 1 Centro Materno Infantil del MINSA.

INFRAESTRUCTURA DE SALUD SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD

	ESTABLECIMIENTO DEL MINSA				OTROS ESTABLECIMIENTOS				TOTAL
UTES	TOTAL	HOSP	C.S.	P.S.	IPSS	PNP	FF.AA.	PRIVADO	GRAL
A.CARRIÓN	86	1	15	70	2	0	1	6	95
EL CARMEN	53	1	10	42	0	1	0	4	58
JAUIJA	69	1	10	58	10	1	1	5	86
TARMA	58	1	5	52	2	1	0	6	67
CHANCHAMAYO	51	1	3	47	2	1	0	3	57
SATIPO	91	1	2	88	1	1	0	0	93
JUNÍN	21	1	3	17	1	0	0	2	24
DPTO	429	7	48	374	18	5	2	26	480

Fuente: Censo de infraestructura sanitaria. (Existen 14 puestos de salud cerrados). Total general incluye establecimientos de MINSA.

La disponibilidad de Recursos Humanos calificados, sobre todo profesionales médicos, enfermeras, obstétricas y odontólogos es deficitaria en toda la región, pero más grave en las zonas cafetaleras priorizadas.

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS

GRUPO OCUPACIONAL	DISA	Región	Perú
Médicos	1.95 x 10000 hab.	2.1 x 10000 hab.	6.7 x 10000 hab.
Enfermeras	4.05 x 10000 hab.	3.3 x 10000 hab.	6.5 x 10000 hab.
Obstetiz	1.96 x 10000 hab.	1.9 x 10000 hab.	2.1 x 10000 hab.
Cirujano dentista	0.22 x 10000 hab.	0.3 x 10000 hab.	0.8 x 10000 hab.
Técnicos en enfermería	4.89 x 10000 hab.	6.6 x 10000 hab.	11.0 x 10000 hab.

Fuente: DISAs Cajamarca, Chota, Cutervo y Jaén.

En ambos casos la red más extendida es la del Ministerio de Salud. En Chanchamayo la red MINSA y los otros proveedores logran facilitar el acceso mientras que en San Ignacio la red de establecimientos resulta insuficiente.

4.5. Aportes de la Oficina Subregional para los países andinos de la OIT

Con el propósito de contribuir a la extensión de la cobertura de la protección en salud de las familias cafetaleras del Perú, la OIT levantó un diagnóstico en las provincias cafetaleras de Jaén y San Ignacio de la Región Cajamarca, y las provincias de Chanchamayo y Satipo de la Región Junín, cuyos resultados nos ha entregado el pasado mes de Junio.

En los siguientes cuadros presentamos los datos y las conclusiones más relevantes de este diagnóstico:

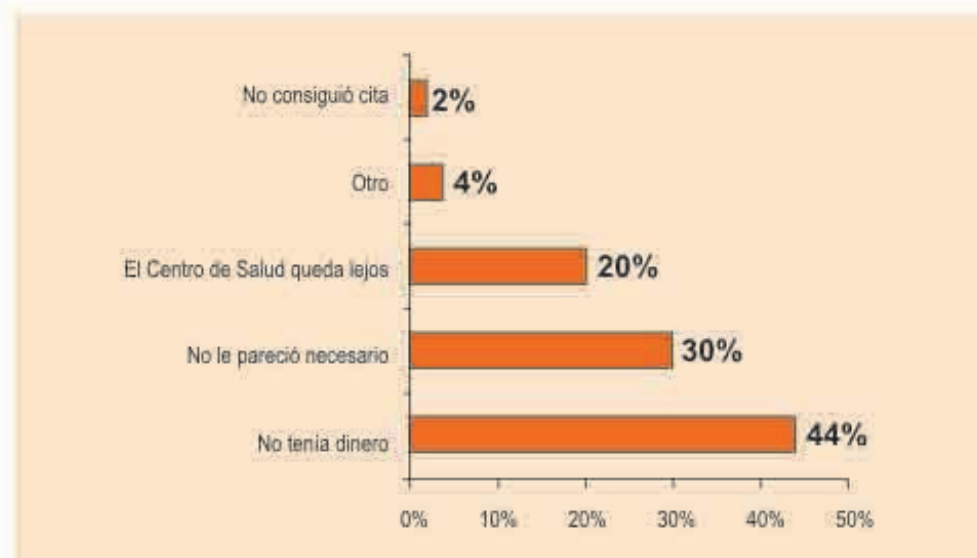
I. SITUACIÓN RELACIONADA A LA SALUD

Población que se enfermó en el periodo estudiado	El 52% declaró haberse enfermado
Población enferma que recibió atención	El 83% se hizo atender a causa de su enfermedad
Medio de transporte utilizado para llegar al lugar de atención	El 45% se transportó a pie El 34% utilizó transporte público masivo
Tiempo de demora para llegar al lugar de atención	Al 55% le tomó una hora o más, llegar al lugar de atención
Uso de medicamentos	Al 93% le recetaron medicamentos y el 95% de ellos pudo adquirirlos
Lugar de atención	El 62% se atendió en MINSA, el 20% en Centros Privados, el 10% en "otros" (boticas o farmacias)
Requerimiento de análisis	Al 57% no le indicaron análisis
Gasto de bolsillo	El 78% declaró haber pagado por los servicios
Población que requirió hospitalización en el periodo estudiado	Sólo el 4% declaró haber estado hospitalizado
Lugar de hospitalización	El 70% se hospitalizó en MINSA, el 20% lo hizo en Clínicas Privadas
Causas de hospitalización	El 24% se hospitalizó a causa de una intervención quirúrgica de urgencia; el 21% a causa de parto o cesárea
Estancia hospitalaria	El 63% estuvo hospitalizado entre 1 a 3 noches
Población que sufrió accidentes en el periodo estudiado	Sólo el 7% declaró haber sufrido algún tipo de accidente
Lugar de ocurrencia del accidente	Ningún trabajador cafetalero cuenta con este tipo de protección
Requerimiento de servicios por parte de los accidentados	El 58% de accidentados consultó con un profesional de la salud

II. CARACTERISTICA DE LA VIVIENDA

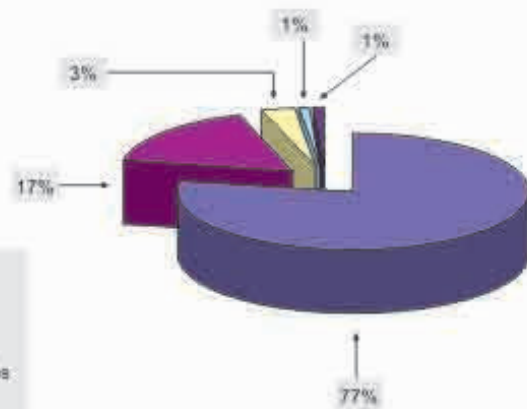
Tipo de Vivienda	El 76% es de tipo independiente
Material predominante de las paredes exteriores	El 54% es de madera El 30% es de adobe
Tenencia de la Vivienda	En el 97% de casos es propia, pagada totalmente
Tipo de Alumbrado que utiliza	El 70% utiliza kerosene, vela, lámpara a petróleo o gas Sólo el 28% dispone de electricidad
Abastecimiento de Agua	El 47% recurre al Río o Acequia El 40% cuenta con red pública dentro de la vivienda
Servicios Higiénicos	El 68% utiliza pozo ciego o letrina

III. RAZONES POR LAS QUE NO SE ATENDIERON A CAUSA DE SU ENFERMEDAD BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



El factor económico sigue siendo la principal barrera de acceso a los servicios de salud

IV. AFILIACIÓN A SEGURO DE SALUD



■ No afiliado
■ Afiliado al SIS
■ Afiliado a EsSalud
■ Afiliado a Seguros Privados
■ Afiliado a Otros

La falta de protección social en salud, en la población estudiada, está por encima del indicador nacional, que es de 33% aproximadamente.

V. DISPONIBILIDAD DE AFILIARSE A UN SEGURO DE SALUD

Preferencias en prestaciones de servicios de salud

Servicios	%
Emergencia	19
Farmacia	18
Hospitalización	18
Consultas en EsSalud	12
Laboratorio	10
Consultas en MINSA	8
Consultas en servicios privados	7
Rayos X	6
Otros	2
Total	100

El 93% está interesado en afiliarse a algún tipo de seguro de salud. Los servicios más requeridos por la población son los de Emergencia, Farmacia, Hospitalización y Consulta ambulatoria en EsSalud.

VI. CONCLUSIONES

Las familias de los productores cafetaleros residen mayormente en zonas rurales cuyas viviendas carecen de agua potable y alcantarillado sanitario. Se caracterizan por ser familias nucleares o tradicionales, con un promedio de cinco miembros por hogar, dos de los cuales trabajan. Estas características favorecen la implementación de esquemas de aseguramiento familiar.

Las familias cafetaleras se encuentran excluidas de la protección social en salud y ante cada evento de enfermedad, la gran mayoría recurre al "gasto de bolsillo" tanto en servicios de salud públicos como privados.

La mayoría de problemas de salud que se presentan en las familias cafetaleras son problemas de baja complejidad que ameritan atención en servicios de salud ambulatorios. Si por razones de financiamiento se necesitara priorizar las intervenciones de un paquete de beneficios, un criterio fundamental a considerar serían las características de la demanda identificadas, buscando criterios de costo-efectividad.

Casi la totalidad de las familias cafetaleras están dispuestas a afiliarse a un seguro de salud. Con base en la información de gastos en salud, resulta evidente que un seguro de salud garantizaría una disminución en la carga monetaria por enfermedad. En otras palabras: resultaría más barato y eficaz invertir en un seguro de salud que seguir haciendo un alto nivel de gasto de bolsillo.

Para afiliar a su familia a un seguro de salud, estarían dispuestos a pagar una prima anual entre 120 y 240 nuevos soles (US\$37.5 y US\$75) por familia. Es importante resaltar que los trabajadores cafetaleros, por las características de su actividad laboral, prefieren efectuar sus cotizaciones en los meses de mayo a agosto.

Las características de JNC y sus organizaciones de base constituyen una fortaleza para la implementación de mecanismos de aseguramiento por tratarse de comunidades plenamente organizadas. Las organizaciones muestran una elevada capacidad de gestión de programas para sus miembros. Estas características pueden garantizar la participación responsable de sus afiliados en un seguro de salud y en otros esquemas de seguridad social.

Todo parece indicar que existe una elevada factibilidad para establecer un esquema de aseguramiento en salud para las familias cafetaleras, la cual podría desarrollarse con autofinanciamiento y con participación de sus organizaciones en la gestión.

En un diseño específico de aseguramiento para las familias cafetaleras, habría que determinar cuáles serían los vínculos con el financiamiento y gestión existentes en el sistema público de aseguramiento en salud (SIS / EsSalud). Es indispensable la articulación con los esquemas nacionales.

La información obtenida demuestra la falta de protección en salud en el trabajo, entre los cafetaleros, razón por la cual, cualquier esquema de aseguramiento en salud que se establezca para estas familias, debe considerar seguros que brinden cobertura por accidentes de trabajo, así como servicios de prevención de seguridad y salud en el trabajo. En el Perú se vienen haciendo importantes esfuerzos por lograr el aseguramiento universal en salud; es la décimo tercera política de estado establecida en el Acuerdo Nacional suscrito en Julio de 2002, de tal manera que, el cumplimiento de los objetivos del presente proyecto no sólo contribuirá con extender la protección social en salud sino también podría aportar con la propuesta de mecanismos innovadores o alternativos a los esquemas de aseguramiento existentes en el país.

5. PROPUESTA DE POLÍTICAS: HACIA UNA ATENCIÓN DE SALUD DE CALIDAD, INTEGRAL Y SOLIDARIA EN ZONAS CAFETALERAS.

5.1. La idea rectora de la propuesta: la protección social en salud basada en derechos.

Los hogares y comunidades más pobres enfrentan muchas fuentes de severos riesgos, y a pesar de sus mejores esfuerzos para protegerse de ellos a través de apoyo mutuo y modalidades informales de seguros las restricciones que se les presentan en tales intentos, los vuelven vulnerables a pérdidas irreversibles de capital humano en el largo plazo.

La protección social debe incorporar medidas que aumenten las oportunidades de las personas y sus hogares para contribuir a su desarrollo humano y social. Igualmente muchas acciones de protección social tienen efectos positivos en la igualdad de género, con impactos en materia de hogares y pueden también mejorar el capital social de la mujer. Las políticas de empleo que acortan la brecha entre hombres y mujeres en términos de condiciones de contratación y salarios, a través de licencias maternales y paternales, cuidado infantil accesible y mecanismos anti-discriminación, permiten a las mujeres ingresar y permanecer en el mercado de trabajo y aumentar la demanda de educación de niñas.

El acceso a servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales. En la medida en que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante las vicisitudes en materia de salud, se avanza en la materialización efectiva de estos derechos y en su exigibilidad. Con ello se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad.

5.2. La salud como componente esencial de la acción pública y de la transformación política

Como hemos señalado, la protección social en salud es un concepto integral de bienestar físico, psicológico y social, y que, por supuesto, es mucho más que la atención médica, sea ésta ambulatoria y hospitalaria. Se suele creer que la salud está mal porque los hospitales no funcionan, pero el problema es mucho mayor. Los determinantes de la salud están relacionados con la alimentación, la educación, las medidas higiénicas, el medio ambiente. En todo este panorama, la intervención del Estado es importante.

La equidad en el estado de salud apunta al logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. La equidad en la atención de la salud implicaría que los recursos se asignen según la necesidad, los servicios se reciban de acuerdo con la necesidad, y el pago por servicios se haga según capacidad económica.

Es importante destacar que la noción de necesidad está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.



Las reformas del sector de salud deben contemplarse como algo más que un simple proceso tecnocrático o de gestión. Forman parte de una transformación política que comporta debates, con una amplia participación de diversos actores sobre las estrategias más adecuadas para avanzar. En algunos casos, la reforma sanitaria forma parte de un proceso de democratización que está cambiando el papel que desempeña el gobierno y el sector público en muchos países. Estos procesos, en muchos casos, van acompañados por cambios en la relación de las instituciones y los profesionales de la salud con sus usuarios.

Desde el punto de vista del financiamiento, se propone avanzar hacia la integración de los sistemas públicos y de seguridad social, con el fin de reducir las inequidades que suelen acompañar la existencia de esquemas segmentados y de desvincular el acceso a servicios adecuados de los riesgos médicos y de la capacidad de pago de las personas.

5.3. Enfoques orientadores de las políticas de salud en zonas cafetaleras.

Las políticas de salud para zonas cafetaleras se articulan en base a cuatro enfoques: intergeneracional, medioambiente, interculturalidad y género.

Enfoque intergeneracional.

La idea de intergeneracionalidad hace referencia a la comunicación proactiva entre generaciones de familias cafetaleras, dirigentes cafetaleros, lugareños adultos mayores y jóvenes, etc. Lo vemos en dos grandes ámbitos:

En el campo del desarrollo humano. Nos referimos a la necesaria satisfacción y ampliación de las capacidades de la actual generación de seres humanos en vínculo con la naturaleza, sin comprometer a las generaciones futuras para satisfacer y ampliar sus propias necesidades- capacidades, esto supone tener en cuenta valores fundamentales como la solidaridad entre seres humanos más allá de lo coyuntural y la preocupación ecológica por la recuperación y protección de la naturaleza y la construcción de "medios ambientes" sanos.



Y por otro lado evidenciar como los gobiernos están abandonando el control de los recursos al participar en tratados o arreglos comerciales tipo OMC o TLCAN por lo que los movimientos sociales deben fortalecerse y cohesionar propuestas desde sus demandas e intereses particulares.

Enfoque de interculturalidad.

La interculturalidad es una concepción teórica y práctica de carácter universal que atiende la diversidad cultural desde los principios de igualdad, interacción y transformación social. La interculturalidad es un instrumento para la intervención sociopolítica, pero también implica una opción ética e ideológica de carácter personal, una forma de entender y vivir las relaciones sociales.

El concepto de interculturalidad se fundamenta en tres componentes: i) reconocimiento de la diversidad y defensa de la equidad, ii) vocación de interacción solidaria y no conflictiva u opresiva de la defensa de la convivencia entre culturas que valore el intercambio de experiencias; iii) dinámica de transformación social, de las estructuras y valores sociales que impiden que las relaciones entre los pueblos y las culturas se desarrollen en un plano de equidad y una opción por el propio desarrollo de los pueblos y culturas a través de su acceso en igualdad de oportunidades en salud integral por ejemplo.

Entonces, la concreción de estos tres componentes promoverán la defensa del derecho a la salud integral, su acceso y las condiciones necesarias para generar políticas públicas que incluyan a la población cafetalera, como actividad y sector importante en la agricultura peruana siempre olvidada.

Se pretende también hacer frente a la globalización cultural colonizante, esto supone no permitir la imposición frente a una cultura propia, reorganizar el orden mundial con espacio para el encuentro, una comunicación de igual a igual entre todas las diferentes visiones del mundo y las prácticas culturales que por mucho tiempo (y hasta ahora) vienen siendo usadas por las poblaciones rurales para curarse. Y así, de ese encuentro entre las diferentes vivencias, nazca una nueva comprensión de lo universal y derecho a la salud con calidad capaz de negociarse con el Estado.



En el campo de la comunicación entre generaciones próximas. La intergeneracionalidad se evidencia en la cotidianidad (padres e hijos, adultos y jóvenes, jóvenes y niños/as, adulto mayor y jóvenes, socios/as mayores y socios/as jóvenes, dirigentes cafetaleros antiguos y dirigentes nuevos, etc.); de prácticas cotidianas, de hábitos de relación humana con la naturaleza, valores y conocimientos culturales.

La articulación de los ámbitos señalados nos permite realizar una aproximación de intervención en salud integral amplia: educación, formación de capacidades, organización colectiva y acciones de incidencia, teniendo en cuenta a las y los jóvenes como actores de desarrollo.

Enfoque de medio ambiente.

Muchas veces la identificación de medio ambiente y naturaleza ha implicado una reducción que deja de lado el factor humano y su participación en el uso responsable de la interacción con ella.

El medio ambiente es un producto socio histórico de las relaciones de los seres humanos con la naturaleza y consigo mismos mediando la naturaleza. Con este enfoque se propone que no es suficiente el más avanzado conocimiento científico sobre bosques, árboles, cultivos y parcelas para preservar y mejorar la calidad de los mismos y mucho menos para interrumpir los procesos históricos que causan la degradación ambiental, se requiere también la responsabilidad, exigencias y múltiples relaciones entre las personas y su entorno natural en el contexto amplio político, económico, cultural y legal; y, que en el caso de las zonas cafetaleras es primordial para la producción orgánica y su comercialización al mercado del comercio justo.

De allí que un enfoque medio ambiental recupera la perspectiva creadora y política de participación de los y las ciudadanos/as para el desarrollo social, teniendo en cuenta como las prácticas de intervención sobre las relaciones sociales y su articulación con el medio ambiente han sido influidos por los ajustes estructurales, la expansión de los mercados de tierra, las intervenciones de organismos internacionales de desarrollo y conservación esta afectando las zonas cafetaleras.

Enfoque de género

Los roles de género han sido y son uno de los elementos que más han afectado la autonomía y autoestima de las mujeres. La división histórica del trabajo que asignó a los varones las tareas productivas y a las mujeres las tareas reproductivas; es decir, la mujer es madre, ama de casa (reproducción) y el varón es proveedor económico y jefe del hogar (producción) colocó a la mujer en situación de dependencia y de inferioridad respecto al varón, la mujer "aprendió" a construir su autonomía en función a la del varón, a afirmar su autoestima a través del varón. Se requiere, por lo tanto, superar las inequidades en las relaciones de género y construir propuestas y estrategias que promuevan el desarrollo equitativo de varones y mujeres.

En esta medida se quiere que: i) las personas visualicen como la construcción de la identidad de género se proyecta en las personas como actitudes, creencias y acciones, así como en el quehacer político generando relaciones de poder, roles y responsabilidades de inequidad entre de hombres y mujeres; ii) que se cuestione las estructuras y conductas patriarcales existentes y afirmadas en el imaginario colectivo de las personas y autoridades; iii) que se facilite el análisis y planificación de acciones planteadas como colectivo; iv) que se identifique la esfera de la vida privada como el espacio de privación para la mujer, desde donde lo público queda desligado de lo privado, pues en este se considera un espacio "doméstico propio de la mujer".

Esto en la relación personal, en las familias, en el liderazgo en las asociaciones y cooperativas, en la empresa y en la propia comunidad aparece muy marcado en términos de condiciones, oportunidades, toma de decisiones, poder otorgado, etc., más aún en zonas rurales donde los patrones culturales predominantemente masculinos van a la par con el sistema social que los refuerza.

Por ello, es preciso trabajar la identidad o los procesos de identificación que se producen como participación de la persona sea varón o mujer en los diferentes sistemas de representación y relaciones sociales en las zonas cafetaleras y como estos son diferentes para un género y para otro, como apuesta de una unidad familiar productiva equitativa.

Evidenciar que tipo de prejuicios, mitos o negaciones existe para lo femenino y cual es el impacto negativo en la construcción social de las mujeres rurales, como mujeres, trabajadoras cafetaleras y ciudadanas.

En el caso de la mujer rural, la vulnerabilidad y carencias que significa su situación, originadas en un sistema que las limita y las construye como dependientes del esposo, apoyo en el trabajo, esposa de socio en la cooperativa o asociación, etc. afirmando su situación de marginalidad y de exclusión.

Por eso todo proceso de capacitación- formación y aseguramiento en salud, relevará la importancia de la construcción de autonomía personal, familiar y ciudadana, vista como la capacidad para decidir y controlar los acontecimientos que ocurren en la propia vida de las personas sea esta mujer o varón. Los seres humanos nacen dependientes, pero en el proceso de crecimiento tienen la posibilidad de adquirir e ir ganando autonomía a lo largo de un proceso de maduración.

5.4. Las políticas de salud en zonas cafetaleras.

Los Talleres desarrollados por la JNC con representantes de organizaciones cafetaleras de San Ramón (Junín) y San Ignacio (Cajamarca), partieron del diagnóstico sintetizado en acápites anteriores del documento y abordaron el tema de salud en su contexto político, social y económico, de tal manera que las políticas de salud formuladas parten de abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud.

Igualmente se consideró que superar las carencias históricas en materia de equidad de acceso real a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de recursos humanos y financieros en las zonas cafetaleras requiere atender integralmente los problemas de acceso económico, cultural, geográfico y funcional a los servicios de salud.

Con estas orientaciones se plantearon políticas de salud para las familias cafetaleras en el marco del desarrollo y centradas en derechos:

a. Atender a determinantes sociales para superar la exclusión e inequidad en salud y los integrantes de las familias cafetaleras

Los diferentes determinantes sociales de la salud que afectan a las familias cafetaleras se traducen en exclusión e inequidades que dificultan el pleno ejercicio de derechos en salud.

Se debe priorizar la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión, promoviendo políticas de desarrollo local que permitan mejorar la producción y el acceso al mercado de las familias cafetaleras, con el consiguiente aumento del empleo productivo y la mejora de los ingresos.

Igualmente se debe mejorar el saneamiento básico, para generalizar el consumo de agua segura y la disposición adecuada de excretas (desagüe). Esto requiere aumentar la cobertura del saneamiento básico rural en coordinación con los Gobiernos Regionales y Locales en las zonas cafetaleras.

Disminuir la desnutrición infantil con programas de complemento alimentario y educación nutricional, utilizando alimentos de la localidad revalorando la cultura alimentaria local.

Construir ambientes saludables, ya sea en la comunidad, la escuela y el hogar. Comunidades saludables incorporando tecnologías de cultivo no contaminantes. Escuelas saludables contando con promotores escolares de salud, atendiendo las recomendaciones de seguridad y ampliando los desayunos y almuerzos escolares. Hogares saludables con buenas relaciones humanas y prácticas saludables de higiene.

b. Modelo de atención integral de salud en zonas cafetaleras

Partiendo de los avances del actual Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que establece la atención a nivel individual (por ciclos de vida), género, familiar y comunitario; combinado con la implementación de estrategias sanitarias nacionales y regionales; se debe avanzar a la construcción de un Modelo Local de Atención de Salud que responda a cambios y peculiaridades de las zonas cafetaleras en relación a las necesidades y demandas (producto de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica), que requieren nuevas prestaciones y tratamientos.

Además los nuevos modelos de atención en salud deben tenerse adecuados a las zonas rurales y no a la inversa, pues los valores, patrones culturales, hábitos y concepciones de las familias en el campo deben combinarse con diferentes lógicas, se requiere sinergias y poder horizontal.

Así mismo la atención debe realizarse y diversificarse tomando en cuenta la equidad de género. Esto requiere atender a poblaciones rurales dispersas y con vías de comunicación restringidas en zonas cafetaleras mediante atenciones itinerantes periódicas que retomen y amplíen la experiencia de los Equipos Locales Itinerantes de Salud (ELITES).

c. Aseguramiento universal en salud de las y los integrantes de las familias cafetaleras

Disminuir las barreras económicas que hacen que muchas familias cafetaleras no acuda a los servicios de salud cuando lo requieren, con diversos mecanismos de aseguramiento:

Las familias cafetaleras con capacidad contributiva deberán afiliarse al Seguro Agrario de ESSALUD, planteando que sus beneficios de atención universal se extiendan más allá del 2010 en que están previstos.

La superación de la pobreza y la mejora de la capacidad adquisitiva de las familias cafetaleras permitirán que este mecanismo de aseguramiento se generalice progresivamente.

Las familias cafetaleras con capacidad contributiva restringida se asegurarán a través del Seguro Integral de Salud (SIS) en el MINSA, bajo la modalidad semicontributiva, con un plan garantizado en salud que por lo menos cubra el 80% de las causas de mortalidad en las zonas cafetaleras. Las familias cafetaleras sin capacidad contributiva se afiliarán igualmente al SIS.

Esto requiere ampliar cobertura y planes de salud del SIS a adultos mayores, personas con discapacidad, población rural y mujeres no embarazadas.

d. Financiamiento suficiente para la atención en salud de las y los integrantes de las familias cafetaleras

Las atenciones de salud pública y el subsidio a las familias cafetaleras sin capacidad contributiva requiere que el Estado destine los recursos suficientes. Esto implica aumentar el presupuesto en salud destinado a las zonas de producción de café que se orientarán a atender las prioridades en salud y aumentar y mejorar la actual oferta de servicios con re-equipamiento de puestos y centros de salud y emergencias.

- ▶ Mejorar la experiencia de los Gobiernos Locales en la atención de algunos determinantes de salud a través de los programas de apoyo alimentario, el saneamiento básico y la conservación ambiental.
- ▶ Sensibilizar y hacer concientes de la problemática de la salud y de las propuestas a directivos y familias cafetaleras asociadas, siendo una masa que de soporte social a la incidencia que desde la Junta Nacional del Café se va a emprender.

h. Salud integral que tome en cuenta la salud mental de poblaciones cafetaleras.

Si bien se requieren medidas universales que garanticen condiciones reales para una buena salud de las familias cafetaleras, pensar en la salud mental como persona mujer y varón es fundamental.

Se debe estar muy atento a las secuelas que puede haber producido, en algunas zonas cafetaleras sobretodo de la selva central, el periodo de violencia política de nuestro país. Igualmente los problemas de violencia familiar y de alcoholismo.

5.5. Estrategias de desarrollo de políticas de salud en zonas cafetaleras.

Las principales estrategias para el desarrollo de las políticas anteriormente planteadas son:

a. Articulación entre Gobiernos Nacional, Regionales y Locales:

El Gobierno Local en las zonas debe liderar el desarrollo en salud por ser el mejor espacio de concertación multisectorial entre instituciones públicas y privadas. Se debe negociar con el Gobierno Central y Regional la afiliación a los seguros a través de las cooperativas y/o asociaciones para evitar filtraciones, así mismo, la búsqueda de financiamiento. Así mismo, se debe concertar en los tres niveles la asignación presupuestal.

e. Dotar de mayores y mejores recursos humanos a los establecimientos de salud en zonas cafetaleras

Atender la escasez de recursos humanos en los establecimientos de salud, aumentando el presupuesto para contratación de nuevo personal y distribuyendo mejor el existente.

Lograr que todos los centros y puestos de salud de las zonas cafetaleras dispongan de profesionales médicos.

Igualmente, mejorar las condiciones del personal de salud garantizando un trabajo digno y procesos permanentes de capacitación.

f. Revalorar la medicina tradicional en las zonas cafetaleras

Respetar los patrones culturales y el uso de la medicina tradicional, adecuando las estrategias de atención. Recuperar medicamentos y técnicas curativas locales.

g. Descentralización y participación organizada de los cafetaleros en la conducción del sistema de salud

Participación de las organizaciones cafetaleras en todos los niveles: en la determinación de prioridades, elaboración de políticas, cogestión y vigilancia.

Se deben profundizar las experiencias de vigilancia y control ciudadano de los establecimientos de salud a los que acceden las familias cafetaleras. Esto requiere:

- ▶ Aprovechar mejor los espacios aperturados por los CLAS (donde existan), acreditando representantes de las organizaciones cafetaleras en sus órganos directivos.
- ▶ Incorporar la experiencia de los promotores de salud, en particular los que trabajan con las iglesias.

b. Concertación multisectorial:

Las organizaciones cafetaleras deben impulsar con los diferentes actores el desarrollo local la articulación de las propuestas de salud y desarrollo, priorizar la participación activa en la Mesa de Concertación de Lucha contra la pobreza, para facilitar el acceso al Presupuesto Participativo. También se debe participar en el Consejo de Coordinación Local (CCL).

Fortalecer los espacios de concertación y buscar la unión de los diferentes sectores e instituciones para tratar de plasmar las diferentes ideas, y de esa manera hacer frente a los diferentes problemas de salud.

C. Fortalecimiento y participación de organizaciones cafetaleras:

Las instituciones de cafetaleros deberán definir su contribución en un esfuerzo común para mejorar la salud pública para lo cual deben construir un espacio de diálogo entre las diferentes cooperativas presentes en la zonas. Cada Cooperativa/Asociación debe institucionalizar la conformación de áreas/comités de vigilancia para el mejoramiento de las viviendas, hábitos y estilos de vida saludables, contra la violencia familiar, entre otras.

Este fortalecimiento debe permitir a su vez tener mayor incidencia política en los sectores competentes para el cumplimiento de las políticas públicas relacionadas con la salud.

d. Difusión y alianzas estratégicas con otras organizaciones sociales:

Se deben construir o fortalecer donde existan espacios radiales para difundir temas en educación y conservación ambiental y social, involucrando al Ministerio de Salud, Educación, Municipios y cooperativas y otras instituciones. Igualmente contribuir a la organización y fortalecimiento de la población para defensa de sus derechos y ejercicio de los deberes como ciudadanos

e. Búsqueda de financiamiento adicional:

Adicionalmente a la demanda por mayor financiamiento público para salud y protección social, se debe elaborar proyectos para captar cooperación técnica y financiera nacional e internacional que permitan el desarrollo de las acciones autogestionadas y el fortalecimiento institucional.

5.6. Los objetivos de salud en zonas cafetaleras.

Los objetivos para la atención integral de salud para familias cafetaleras son:

- a. Articular enfoque y plan- propuesta de salud integral a las propuestas y acciones de desarrollo local y rural orientados a superar la pobreza, mejorar el acceso al saneamiento y educación, lograr niveles nutricionales y de conservación del medio ambiente apropiados.
- b. Organizar un modelo de atención integral de salud que responda al perfil epidemiológico de predominio de enfermedades infecciosas y carenciales, que



priorice lo preventivo promocional y adecue las estrategias de atención a la ruralidad, género y dispersión de la población.

- c. Aumentar el acceso de la población cafetalera a la atención de salud, dotando de recursos presupuestales a las zonas para mejorar infraestructura, equipamiento y recursos humanos.
- d. Garantizar el acceso financiero vía aseguramiento de las familias cafetaleras incorporándolas al seguro agrario (ESSALUD) o al SIS (MINSA).
- e. Participar en la gestión de los sistemas de salud locales en zonas cafetaleras con participación equitativa de hombres y mujeres y mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.
- f. Desarrollar acciones autogestionadas de salud mediante la conformación de comités de salud en cada organización cafetalera y organización de redes de promotores de salud y desarrollo. Recuperando e incorporando saberes, prácticas y personas locales en la gestión de la salud cafetaleras.

5.7. Principales acciones para implementación de políticas de salud en zonas cafetaleras.

a. Para el objetivo de impulsar el desarrollo y salud

Condiciones de producción cafetalera:

- ▶ Diversificación de la economía familiar con cultivo de granadilla, caña de azúcar, piña, plátanos, maracuyá, apicultura.
- ▶ Crianza de animales menores en sus fincas.
- ▶ Difundir las bondades de biohuertos.
- ▶ Asistencia técnica a los agricultores para incrementar el volumen de producción y mejorar la calidad de nuestros productos y darle valor agregado a la producción.

- ▶ Organización y fortalecimiento de capacidades de los productores agropecuarios.
- ▶ Articulación de mercado solidario.
- ▶ Formación en prácticas de ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

Educación y educación en salud:

- ▶ Implementar el programa educativo MINED MINSA ONG dentro de organizaciones productivas: promoción y prevención de salud.
- ▶ Vivienda y comunidades saludables.
- ▶ Promover los talleres de capacitación a socios y sus familias.
- ▶ Capacitar a los docentes y alumnos en salud preventiva, planificación familiar, alimentación y nutrición (a las madres) y vivienda saludable.
- ▶ Fomentar la formación de promotores sociales de salud.
- ▶ Difundir las bondades de la medicina tradicional.
- ▶ Promoción del consumo de hortalizas en los desayunos escolares.
- ▶ Adecuación de la currícula escolar a la realidad local.

Vivienda saludable:

- ▶ Iniciar un proceso educativo para mejorar las viviendas, con participación del Ministerio de Vivienda y Gobiernos Locales. Charlas, talleres. Actividades demostrativas a través de sus técnicos. Diseño de viviendas saludables.
- ▶ Reforzar los procesos de sensibilización a las familias para mejorar sus hábitos de vida (ordenamiento de la vivienda, manejo de la basura, etc).
- ▶ Construcción de viviendas con ambientes adecuados de acuerdo a la realidad de la zona.
- ▶ Mantener limpio y ordenados los ambientes de la vivienda.
- ▶ Implementar viviendas y familias saludables, adecuada con servicios básicos.
- ▶ Cocinas mejoradas.

Seguridad alimentaria

- ▶ Las Cooperativas/Asociaciones se comprometen en la promoción de huertos familiares y la crianza adecuada de animales menores. Implementación de propuestas de fincas integrales.
- ▶ Apoyar en la realización de capacitaciones en nutrición.

- ▶ Consumir alimentos que contengan mayor valor nutritivo.
- ▶ Promover el consumo de productos locales.

Conservación del medio ambiente

- ▶ Proteger la biodiversidad, promoviendo productos agrarios sin uso de agroquímicos, con intervención de las ONGs / Cooperativas asociaciones.
- ▶ Continuar promoviendo la agroreforestación.
- ▶ Incentivar políticas públicas que eviten la tala y la quema indiscriminada de bosques.
- ▶ Manejo adecuado de la flora y la fauna.
- ▶ Promover los cultivos orgánicos y ecológicos.
- ▶ Promover prácticas de uso y manejo de conservación de suelos y a tener pozos de reciclajes.
- ▶ Con la dirección de las organizaciones de mujeres cafetaleras identificar las prácticas locales que apoyan la salud y registrarlas como parte de los saberes comunales propios.
- ▶ Saneamiento básico apropiado
- ▶ Concertación interinstitucional pública privada para asegurar servicios básicos de agua, letrinas, disposición de residuos públicos.
- ▶ Exigir a las municipalidades la construcción de "rellenos sanitarios" y el manejo adecuado de las aguas contaminadas.
- ▶ Participar con la municipalidad en el manejo de agua potable y alcantarillado.
- ▶ Instalación de agua y desagüe, pozas de oxidación en las zonas rurales.
- ▶ Instalación de fluido eléctrico.
- ▶ Potabilización del agua entubada.

b. Para el objetivo de organizar el modelo de atención integral

Atención a la Infancia

- ▶ Mejorar la atención en el programa "Crecer Sanito".
- ▶ Programa de nutrición.
- ▶ Servicios oportunos de vacunación en Puestos de Salud rurales.
- ▶ Control / evaluación de la evolución de la salud del niño.

Atención a adolescentes

- ▶ Educación en valores.
- ▶ Tratamiento psicológico.
- ▶ Educación sexual.
- ▶ Orientación vocacional.

Atención a mujeres

- ▶ Servicios de Ginecología Obstetricia. Implementación de salas de parto con adecuación cultural.
- ▶ Capacitar a las mujeres gestantes y lactantes en alimentación y nutrición.
- ▶ Servicio de calidad y calidez a las madres gestantes.
- ▶ Prevenir enfermedades en madres gestantes y mujeres en edad fértil, mediante capacitaciones teniendo en cuenta sus costumbres.
- ▶ Servicios de apoyo a la violencia familiar.

Atención a adultos (mujeres y hombres)

- ▶ Servicios de Medicina General, Cirugía, Salud Bucal y Psicología.

- ▶ Servicios de Atención de Emergencia.
- ▶ Servicios de Hospitalización y Consejería.
- ▶ Ampliar la atención de despistaje de cáncer.
- ▶ Desarrollar campañas de salud mental (charlas, encuentros, etc.).
- ▶ Implementar un programa de atención para las personas con problemas de alcoholismo.
- ▶ Promoción de la salud con medicina natural.

Atención de salud a las familias

- ▶ Visitas domiciliarias.
- ▶ Educación en salud: buena nutrición en las familias y prevención en enfermedades endémicas.
- ▶ Atención psicológica en zonas rurales para familias cafetaleras: violencia familiar, autoestima y género.
- ▶ Difundir las bondades de las plantas medicinales.
- ▶ Realizar campañas de acción cívica.
- ▶ Capacitación en equidad de género / roles.
- ▶ Planificación familiar.
- ▶ Capacitación en viviendas saludables.

Atención de salud pública

- ▶ Capacitación en Salud.
- ▶ Infecciones de transmisión sexual VIH-SIDA, control TBC, inmunizaciones, planificación Familiar, control de cáncer de cuello uterino y mamas, prevención y control de malaria y otras enfermedades metaxénicas (Uta, Fiebre amarilla y Dengue).
- ▶ Prevención y tratamiento de tuberculosis y otras enfermedades endémicas.
- ▶ Instalación de silos comunitarios o colectivos.
- ▶ Fomentar la información sobre salud.
- ▶ Elección y formación de promotores de salud, formación de redes de promotores en salud.
- ▶ Participación ciudadana en saneamiento básico y gestión en salud.
- ▶ Implementación de servicios públicos comunales.

c. Para el objetivo de mejorar el acceso a servicios de salud

- ▶ Impulso y vigilancia de programas de mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
- ▶ Ampliación del financiamiento al 7% del PBI.
- ▶ Presupuesto se debe distribuir teniendo en cuenta la ubicación de la población en extrema pobreza y el número de población. Sin discriminar a los agricultores.
- ▶ La inversión en el sector salud debe ser equitativa y priorizar promoción (60%) y recuperación (40%).
- ▶ El Gobierno debe aumentar su aporte en salud y disminuir el gasto de hogares.

d. Para el objetivo de garantizar el acceso financiero

- ▶ Incorporar a los productores cafetaleros independientes al seguro agrario de ESSALUD.
- ▶ Financiar con acciones cooperativas o solidarias la diferencia de la tasa de aportación del Seguro Agrario para quienes no alcanzaran.



- ▶ Propiciar convenios ESSALUD, MINSA, JNC para que se atiendan cafetaleros en cualquiera de los establecimientos públicos de salud de las zonas.

e. Para el objetivo de participar en la gestión de sistemas de salud

- ▶ Coordinar con autoridades municipales, sectoriales y organizaciones de base.
- ▶ Incorporar a organizaciones de cafetaleros en CLAS.
- ▶ Supervisión del accionar de los trabajadores de salud.
- ▶ Vigilancia del cumplimiento de las políticas de salud.
- ▶ Fiscalización del presupuesto asignado.
- ▶ Creación de un ente fiscalizador.
- ▶ Hacer evaluaciones periódicamente (balances).
- ▶ Información a través de los medios de comunicación.
- ▶ Auditorías internas y externas del gasto del presupuesto.

f. Para el objetivo de desarrollar acciones autogestionadas en salud

- ▶ Conformar comités de salud local en cada cooperativa o asociación.
- ▶ Conformar redes de promotores de salud o fortalecer las ya existentes con equidad de género.
- ▶ Capacitar a promotores sociales de salud.
- ▶ Fortalecer organizaciones de mujeres.
- ▶ Organizar y difundir la buena práctica de salud a los socios.
- ▶ Realizar alianzas entre promotores.
- ▶ Educar para prevenir las enfermedades.
- ▶ Promocionar la salud.
- ▶ Administrar un Botiquín Comunal.
- ▶ Realizar capacitaciones o réplicas.
- ▶ Monitorear la atención a los cafetaleros de su organización.
- ▶ Proponer campañas de salud integral.

LINEAMIENTOS DEL PLAN DE GOBIERNO 2006-2011 DEL PARTIDO APRISTA PERUANO.

NECESIDAD IMPOSTERGABLE DE DESARROLLO HUMANO

Considerando que el desarrollo humano es la máxima expresión de justicia social y fin supremo de la acción política, será prioridad del estado la lucha contra la pobreza, la seguridad ciudadana y la prestación de servicios de educación, salud y nutrición a toda la población, con énfasis en las madres gestantes y lactantes, y niños menores de cinco años, procurando la erradicación de la desnutrición infantil.

Ante el fracaso de la "teoría del chorreo", proponemos:

D. Acceso universal a los servicios de salud

- Proponemos el aseguramiento universal organizando un seguro nacional de salud, que cubra a toda la población, articulado en función de redes que involucren a todos los prestadores que actualmente operan como subsectores, aplicando estrategias de coordinación y/o integración, en tanto se alcance la universalización de la seguridad social.
- Financiar las acciones de salud combinando los esfuerzos públicos y privados y localizando el subsidio a los sectores desprotegidos y socialmente excluidos.
- Priorizar la inversión en agua potable, saneamiento básico y control de la contaminación ambiental.
- Promover la lactancia materna, la detección precoz de la mal nutrición, las acciones de asistencia nutricional, realizando el control, seguimiento y las coordinaciones intersectoriales correspondientes, priorizando a madres gestantes, la madre lactante, la niñez y la adolescencia, y la atención de la salud bucal.
- Priorizar y fortalecer las estrategias conducentes a la reducción de la mortalidad materno infantil, la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas y crónicas degenerativas y de las sociopatías, a través del impulso a la promoción de la salud, la prevención y la atención preventiva de las enfermedades.
- Promover una política de medicamentos basada en el acceso universal, la comercialización, el control de calidad y el uso racional de estos.
- Promover una política de salud ambiental que cumpla con los compromisos internacionales escritos.
- Valorar la medicina alternativa, tradicional y otras, desarrollando la investigación que permita conocer mejor sus beneficios y riesgos.
- Propiciar que las acciones de salud se adapten y orienten a las características y patrones culturales y al medio ambiente donde se apliquen.
- Establecer módulos de salud ecológicos para atención de pobladores excluidos, privilegiando las zonas alto andinas y amazónicas.

E. PROMOCION DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICION

- Promover la educación y comunicación en salud, alimentación e higiene, ampliando los conocimientos y prácticas para lograr una adecuada selección, uso y aprovechamiento de los alimentos.

PLAN NACIONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSA).

LINEAMIENTO DE POLÍTICA 2007-2011:

Priorización de las gestiones de Promoción y Prevención de la Salud

Objetivos Estratégicos

Fomentar la Promoción de la Salud y el medio ambiente así como la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Universalización de la Seguridad Social

Aseguramiento universal en salud.

Gestión Sanitaria orientada a solucionar los problemas de la salud pública

Garantizar la atención de la salud a la población vulnerable y de alto riesgo con énfasis en la salud materna e infantil.

Acceso oportuno a los servicios de salud.

Fortalecer la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud

Atención a poblaciones dispersas y excluidas

contribución a la disminución de los riesgos y daños a la salud de poblaciones dispersas y excluidas.

Medicamentos de calidad para todos y todas.

Asegurar el acceso y uso de medicamentos esenciales así como la vigilancia de la calidad de los productos farmacéuticos y sanitarios.

Descentralización e integración regional de salud

Fortalecer el rol de rectoría y conducción sectorial del Ministerio de Salud con participación de los sectores sociales.

Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos en salud.



JUNTA NACIONAL DEL CAFÉ



Jr. Ramón Dagnino 369 Jesús María
 Telefax: (511) 332-7914 (511) 433-1477
 Email: jnc@juntadelcafe.org.pe / prensa@juntadelcafe.org.pe
 Website: www.juntadelcafe.org.pe