

LIMA  
JULIO 2002

# Derechos humanos y salud:



Vinculando dos perspectivas



Con el auspicio de la Fundación Ford

flora  
tristán   
centro de la mujer peruana

  
APRODEH



consorcio de investigación  
económica y social



# Indice

Presentación	3
<b>I Parte</b>	
Conceptos básicos: derechos humanos y salud pública	5
<b>II Parte</b>	
Algunos temas de interés con respecto a la salud pública y los derechos humanos	
• La salud como derecho: Gobernando en salud. Eduardo Cáceres V.	43
• Focalización de los recursos públicos en salud. Betty Alvarado P.	49
• Salud sexual y reproductiva. Alfredo Guzmán Ch.	53
• Acceso universal a medicamentos esenciales en el Perú. Manuel Vargas G.	57



## Presentación

El presente documento es el resultado de un evento que vinculó a dos comunidades que hasta entonces no habían dialogado. El confrontar la perspectiva de aquellos que trabajan en defensa de los derechos humanos con la de la salud pública fue una experiencia fructífera de la que surgieron encuentros y desencuentros. El *Seminario Taller Salud Pública y Derechos Humanos: Estableciendo Lazos* que fue organizado por Flora Tristán, el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y la Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH) se llevó a cabo en Lima en mayo de 2002.

El objetivo de esta publicación es propiciar la reflexión y el diálogo sobre el tema de los derechos humanos en salud a partir de algunos documentos básicos. El primero constituye un marco en el abordaje del tema y trata sobre lo que son los derechos humanos y las ventajas de aplicar esta perspectiva de derechos a la salud pública. Fue construido con base en el documento *“Marco conceptual de los derechos humanos en salud”* preparado por Alicia Yamin (Universidad de Columbia), Mario Ríos (APRODEH) y Raquel Hurtado (Flora Tristán). El segundo trabajo conceptual, preparado por Eduardo Cáceres de APRODEH, aborda la relación entre derechos humanos y el rol del Estado en la salud pública desde su particular perspectiva.

Posteriormente se presentan algunos artículos que tratan temas que se consideraron relevantes como es el caso del trabajo sobre focalización del gasto en salud de Betty Alvarado, el de salud reproductiva de Alfredo Guzmán y el de acceso a los medicamentos esenciales de Manuel Vargas. Estos tres artículos constituyen versiones reducidas de las que aparecen en el libro editado por el CIES, *“La salud peruana en el siglo XXI: Retos y propuestas de política”* (Lima, 2002).

Agradecemos de manera especial a la Fundación Ford sin cuyo apoyo no hubiera sido posible la realización del Seminario y la difusión de las reflexiones que se suscitaron en ese espacio.

**Carlos E. Aramburú**  
Director Ejecutivo  
Consorcio de Investigación Económica y Social



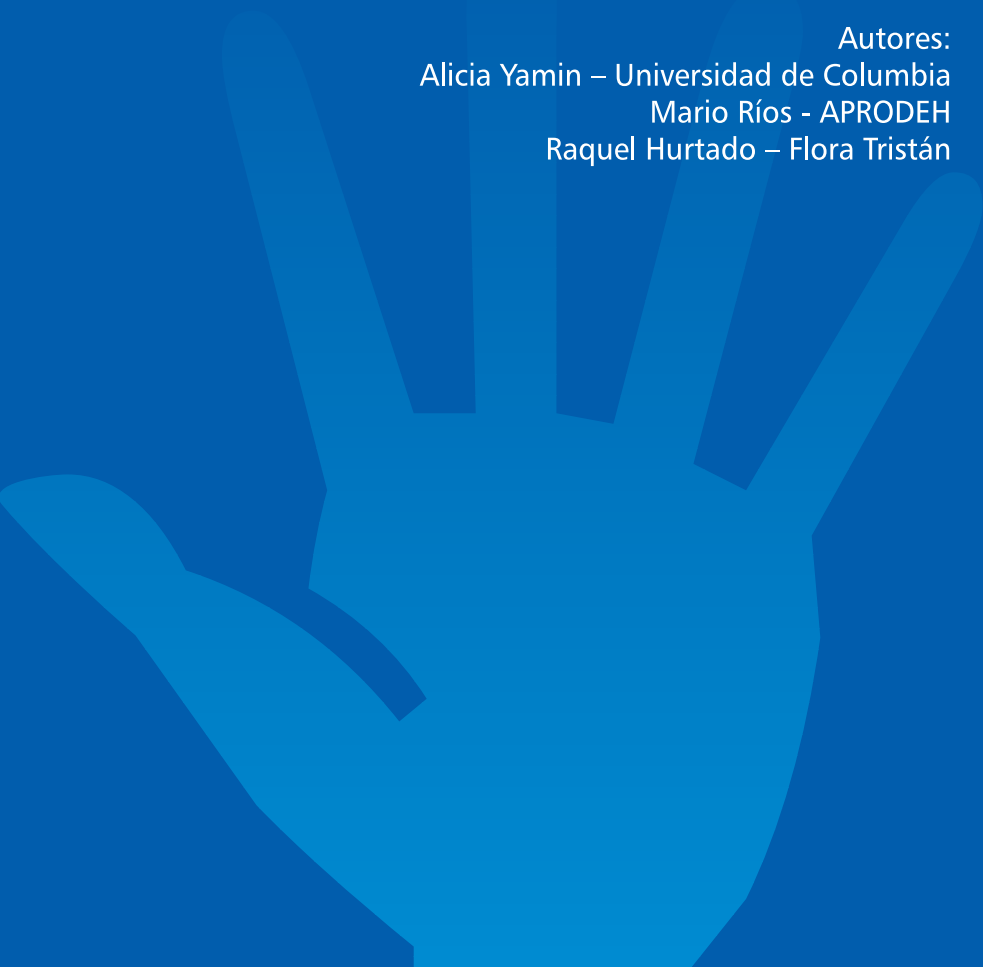


I PARTE

## Conceptos básicos: Derechos humanos y salud pública

Este primer trabajo se basa en un documento previo:  
**Marco conceptual de los derechos humanos en salud**

Autores:  
Alicia Yamin – Universidad de Columbia  
Mario Ríos - APRODEH  
Raquel Hurtado – Flora Tristán









## Conceptos básicos: derechos humanos y salud pública

### ¿Qué son los derechos humanos?<sup>1</sup>

Los **derechos humanos** son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos, establecidos en la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado.

Todos estamos obligados a respetar los derechos humanos de las demás personas. Sin embargo, según el mandato constitucional, quienes tienen mayor responsabilidad en este sentido son las autoridades gubernamentales, es decir, los hombres y mujeres que ejercen la función de servidores públicos.

La tarea de proteger los Derechos Humanos representa para el Estado la exigencia de proveer y mantener las condiciones necesarias para que, dentro de una situación de justicia, paz y libertad, las personas puedan gozar realmente de todos sus derechos. El bienestar común supone que el poder público debe hacer todo lo necesario para que, de manera paulatina, sean superadas la desigualdad, la pobreza y la discriminación.

### ¿Qué función cumple la defensa o protección de los derechos humanos?

- Contribuye al desarrollo integral de la persona.
- Delimita, para todas las personas, una esfera de autonomía dentro de la cual puedan actuar libremente, protegidas contra los abusos de autoridades, servidores públicos y particulares.
- Establece límites a las actuaciones de todos los servidores públicos, sin importar su nivel jerárquico o institución gubernamental, estatal o municipal, con el fin de prevenir los abusos de poder, negligencia o simple desconocimiento de la función.
- Crea canales y mecanismos que faciliten la participación activa de todas las personas en el manejo de los asuntos públicos y en la adopción de las decisiones comunitarias.

---

1 Comisión Nacional de Derechos Humanos, México DF, julio 2001.





## Los derechos humanos se caracterizan por ser:

**UNIVERSALES**, en tanto constituyen patrimonio de todos los seres humanos, con prescindencia de las características accidentales de la persona.

**INDIVISIBLES**, en la medida en que no se pueden escindir, ni sacrificar el respeto de unos derechos como requisito para el disfrute de otros.

**INTEGRALES**, ya que cubren todas las esferas que guardan relación con la dignidad humana.

**IMPRESCRIPTIBLES**, ya que su vigencia está relacionada con la existencia del género humano.

**IRRENUNCIABLES E INALIENABLES**, ya que dada su naturaleza no cabe renuncia ni disposición arbitraria de los mismos.

**INVOLABLES**, ya que su sola existencia impone al Estado, a la comunidad internacional y a todas las personas, un deber genérico e inalienable de respeto, protección y promoción.

**PROGRESIVOS**, ya que el desarrollo de la conciencia social en torno a la esencia individual y colectiva de la dignidad humana amplía y no reduce su ámbito de protección.





## ¿Por qué es importante relacionar los derechos humanos y la salud pública?

La salud y los derechos humanos no se han relacionado frecuentemente en forma explícita. Con raras excepciones, especialmente en lo que se refiere al acceso de la atención en salud, las discusiones sobre salud no han incluido consideraciones de los derechos humanos. En forma similar, excepto cuando existe un daño evidente a la salud como manifestación inicial del abuso a un derecho humano, como es el caso de la tortura, la perspectiva de salud generalmente no incluye el discurso de los derechos humanos.

Algunas explicaciones para la escasa comunicación entre el área de la salud y de los derechos humanos incluyen las diferencias en las perspectivas filosóficas, en el vocabulario, en la capacitación y selección del personal, en los roles societarios y en los métodos de trabajo. Adicionalmente, los conceptos modernos tanto en el campo de la salud como en el de los derechos humanos son complejos y están en constante evolución.

En un nivel práctico, el personal de salud puede preguntarse no sólo sobre la necesidad, sino también sobre la utilidad y aplicabilidad (el valor agregado) de incorporar la perspectiva de los derechos humanos en su trabajo. La historia de relaciones conflictivas entre la medicina y el derecho, o entre los funcionarios de salud pública y los defensores de las libertades civiles, puede explicar el clima de dudas sobre el potencial de esta nueva perspectiva y el beneficio de una mutua colaboración.

La salud pública y los derechos humanos constituyen enfoques modernos y prometedores para definir y avanzar en el objetivo del bienestar humano. La vinculación de estos dos enfoques puede proporcionar beneficios prácticos para aquellos que estén comprometidos en el trabajo en salud o en derechos humanos, puede ayudar a reorientar la reflexión sobre las grandes metas globales en salud, y puede contribuir a ampliar la teoría y la práctica en derechos humanos. Sin embargo, se requiere un campo común para establecer un diálogo serio y efectivo sobre la interacción entre la salud y los derechos humanos.





## Relaciones entre derechos humanos y salud

En un esfuerzo por sistematizar la conexión entre la salud y los derechos humanos, Jonathan Mann y Sofía Gruskin<sup>2</sup>, proponen tres relaciones, cada una de las cuales enfoca un aspecto particular de esta interrelación crítica:

**SALUD** → **DERECHOS HUMANOS**

La primera relación se refiere al impacto potencial de las políticas, programas y prácticas de salud, en los derechos humanos. El reconocimiento de la complementariedad de los objetivos de la salud pública con las normas de los derechos humanos puede propiciar políticas en salud y programas más efectivos. El reto está en la capacidad de establecer una negociación balanceada para alcanzar un nivel óptimo entre la promoción y la protección tanto de la salud pública como de los derechos humanos.

**SALUD** ← **DERECHOS HUMANOS**

La segunda relación expresa la idea de que las violaciones o la falta de cumplimiento de alguno o de todos los derechos humanos tienen efectos negativos en la salud y el bienestar físico, mental y social del individuo. Esto es cierto en tiempo de paz, y también, por supuesto, en períodos de conflicto y de represión política extrema.

**SALUD** ↔ **DERECHOS HUMANOS**

La tercera relación se basa en la idea de la conexión íntima entre ambos campos. La idea central del movimiento por la salud y los derechos humanos es que actúan en sinergia. La promoción y la protección de la salud requiere esfuerzos explícitos y concretos para promover y proteger los derechos humanos y la dignidad, y una realización completa de los derechos humanos necesita poner gran atención a la salud y a sus determinantes sociales.

2 Mann, J, S. Gruskin, M. Grodin and G. Annas. *Health and Human Rights: A Reader*. Published by Routledge, 1999.







## ¿Qué implica aplicar el marco de derechos a los problemas de salud?

La aplicación del marco de derechos a los problemas de salud cambia no sólo la comprensión del fenómeno, sino también el enfoque estratégico que se emplee para enfrentarlo.

Por ejemplo, definir la mortalidad materna como un problema de derechos humanos implica reconocer que las innecesarias y con frecuencia atroces muertes, representan una gran injusticia social por la que se debería hacer responsable al Estado en razón de los tratados internacionales a los que voluntariamente se ha adherido.

Un marco de derechos potencialmente provee a los defensores y grupos interesados de una herramienta valiosa para colocar y mantener la salud pública en la agenda política. Una vez que se reconozca el derecho a la salud, el gobierno tiene la correspondiente obligación de llevar ese derecho a la práctica a través de leyes, políticas y programas. A pesar de la debilidad de los mecanismos en el ámbito jurídico internacional, la mayoría de los gobiernos que ratifican tratados y suscriben declaraciones internacionales cumplen con sus obligaciones correspondientes con cierta seriedad, sólo para no ser avergonzados por otros gobiernos en foros internacionales o para asegurar préstamos provechosos o ayuda para su desarrollo. Además, el uso de estándares jurídicos internacionales puede ser de gran valor para activistas locales y organizaciones no-gubernamentales (ONG) para promover campañas de incidencia política y hacer presión sobre sus gobiernos.

Por último, un marco de derechos está particularmente interesado en problemas de discriminación y en la protección de poblaciones marginadas o históricamente desfavorecidas. Se centra en las disparidades que a menudo permanecen ocultas en los grandes promedios nacionales. Las diferencias de las condiciones de salud entre la población rural y urbana pueden ser enormes. Bajo ciertas circunstancias, esta diferencia –esta inequidad- puede constituir una violación de derechos humanos.

Sin embargo, clasificar un problema de salud pública como una cuestión de derechos no constituye una solución mágica, pero es un primer paso para hacer que los gobiernos aborden los problemas de salud como una responsabilidad gubernamental.





## ¿Por qué es necesario cambiar el enfoque tradicional con el que se abordan los derechos humanos?

Los enfoques tradicionales de derechos humanos no son suficientes para favorecer la causa de la salud para todos. Los enfoques jurídicos de los derechos humanos aún relacionan derechos humanos y derecho a la salud mediante el examen de los impactos en la salud de las violaciones de los derechos civiles y políticos. El campo de los derechos humanos, por varias razones históricas e ideológicas, se desarrolló alrededor de los derechos civiles y políticos y las ONG en el campo continúan poniendo énfasis en este conjunto de derechos en su trabajo de documentación, educación y defensa. Con ciertas excepciones notables, los efectos de la pobreza o privación de los servicios básicos de salud no han sido tratados como temas de derechos humanos.

Aun cuando los informes hablen de derechos económicos y sociales, las estrategias convencionales de los derechos humanos todavía involucran generalmente la misma metodología aplicada en la mayoría de los casos de derechos políticos y civiles: en primer lugar se expone la situación factual y en segundo lugar se denuncia el comportamiento del gobierno en vista de las disposiciones aplicables de los instrumentos legales. Las recomendaciones indican a los gobiernos lo que deberían o no deberían estar haciendo pero raras veces se presta atención a *cómo* poner en práctica o mantener el cambio real de los programas o de las condiciones sobre el terreno.

En el caso de la salud, el cumplimiento gubernamental de estos derechos requiere de importantes obligaciones programáticas. Por ello no basta con simplemente mostrar los problemas o denunciar a los gobiernos por inacción o acción. En muchos casos, el gobierno sabe que la incidencia de mortalidad materna o infantil es inadmisiblemente alta. En esta nueva coyuntura el gobierno necesita tanto de orientación como de crítica; necesita entender cuáles deberían ser sus prioridades y precisamente cuáles son sus deberes programáticos según el derecho internacional. Y lo que es más importante, necesita saber qué beneficio trae considerar la perspectiva de derechos en la forma en la que se ofrecen los servicios de salud; por ejemplo: en el derecho a recibir información completa sobre el mal que aqueja a la persona, su tratamiento, efectos secundarios y pronóstico de la enfermedad. Esto es especialmente importante en poblaciones con culturas, lenguajes y valores diferentes a los del proveedor.





## ¿En qué consiste el derecho a la salud?

El derecho a la salud consiste en potenciar a las personas para que alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social. El derecho a la salud en el marco de los derechos humanos es el derecho a los cuidados de salud así como a beneficiarse de condiciones de salubridad, lo que significa implícitamente que la salud del individuo es inseparable del medio humano en el cual vive<sup>3,4</sup>.

Es obligación del gobierno no solo asegurar la salubridad, sino también brindar las instalaciones y los bienes necesarios para el disfrute del más alto nivel posible de salud<sup>5</sup>.

Ante la interrogante de: ¿cuál sería la fundamentación del derecho a la salud? ya en el siglo IV antes de Cristo, Aristóteles había señalado su importancia con las siguientes palabras<sup>6</sup>:

*“Si creemos que los hombres como seres humanos, poseen derechos que les son propios, entonces tienen un derecho absoluto de gozar de buena salud en la medida que la sociedad, y sólo ella, sea capaz de proporcionársela”.*

En conclusión<sup>7</sup>:

- Si se parte de la idea aristotélica de que la salud es un derecho natural, se debe aceptar también que existe un derecho a la protección de la misma.
- La salud es un derecho tanto individual como social.
- Su ejercicio depende de las condiciones en que se encuentre la sociedad, pues aunque el derecho sea válido en todo momento y lugar, su ejercicio está supeditado a las condiciones de la sociedad.

3 Álvarez Vita, Juan. *El Derecho al Desarrollo*. Publicado por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos y el Instituto Peruano de Derechos Humanos. Editorial Cultural Cusco. 1988

4 Este tema se debatió en el Seminario sobre los indicadores a utilizar para medir los progresos obtenidos en la realización progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales, que se realizó en Ginebra del 25 al 29 de enero de 1993.

5 Vera, Dante y Javier Mujica. *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Cuaderno 5. Módulo Educativo para promover iniciativas a favor de los DESC. CEDAL. Alternativa y Aprodeh. Noviembre, 2001.

6 Wartburg, Walter. “A right to Health? Aspects of Constitutional Law and Administrative Practice”, en *The Right to Health as a Human Right*, Seminario celebrado en La Haya del 27-29 de junio de 1978.

7 Ruth Roemer con base en la cita aristotélica llegó a las mismas conclusiones (*Derecho a la atención en salud*)





## **El derecho a la salud no es un derecho aislado**

La salud no sólo depende del derecho a la educación, el trabajo, la vivienda o la alimentación. Está relacionado con el disfrute de los derechos civiles y políticos. El derecho a la no-discriminación, a la igualdad ante la ley, a estar libre de tortura, a la libertad de información. La defensa del derecho a la salud involucra algunos de estos derechos.







## Algunos principios básicos en cuanto al derecho a la salud

### Obligaciones tripartitas

El cumplir con el derecho a la salud supone libertades y derechos. Tanto el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) como el Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) han reconocido explícitamente que el cumplir con el derecho a la salud conlleva obligaciones: abstenerse de las disposiciones opositoras del tratado operativo con respecto a la salud; la protección del derecho -para prevenir que terceros infrinjan el disfrute del mismo-; y el cumplimiento del derecho -adoptando medidas específicas para facilitar y promover la salud de las personas, y, en el caso de CEDAW, eliminar la discriminación contra la mujer en el campo de la atención de la salud.

### No discriminación

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud debe realizarse sin distinción alguna de raza, color, sexo, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social<sup>8</sup>. Este principio se aplica inmediatamente y a cada aspecto de la implementación del derecho a la salud desde políticas hasta programas. Atención especial debería darse a la protección del estatus y acceso a la atención de mujeres, niños y grupos vulnerables de la discriminación.

### Equidad

Los gastos y políticas de salud deben poner énfasis en los servicios primarios y preventivos y en actividades de promoción de la salud que benefician a la mayoría de personas, en vez de invertir en servicios curativos que benefician a pocos. Sin embargo, el género se debe considerar en la determinación de los servicios básicos de salud como, por ejemplo, las necesidades de las mujeres con respecto a los cuidados obstétricos esenciales.

### Progreso adecuado

Aunque el derecho a la salud está sujeto a una “realización progresiva” los Estados partes deben adoptar medidas concretas y deliberadas dirigidas hacia la satisfacción del derecho, tan pronto como ratifiquen los tratados relevantes. Igualmente, el retroceso en la realización del derecho a la salud es una violación de la ley internacional. CDESC ha definido un conjunto de obligaciones centrales mínimas que son no-derogables y deben ser cumplidas, a pesar de lo restringido de los recursos disponibles del Estado.

### Participación auténtica

El derecho a la salud significa más que un paquete de servicios; se trata de potenciar a las personas para que alcancen el más alto nivel posible de bienestar. La participación popular en la toma de decisiones sobre políticas de salud, sistemas de seguros para la salud y la organización y funcionamiento del sector salud debe ser una parte integral de la realización del derecho a la salud.

### Acceso a recursos efectivos

Ya que no es un simple paquete de servicios, el derecho a la salud no puede asegurarse sólo a través de los programas que ofrece el sector de salud. Cada persona debe tener el derecho a un recurso efectivo, ante instancias judiciales nacionales e internacionales, ante las violaciones al derecho a la salud. Por lo tanto, la realización del derecho a la salud requiere la promulgación de una legislación y provisión de recursos a través de un sistema judicial operante.

Fuente: Yamin, Alicia. *Conjurando Inequidades. Vigilancia Social del Derecho a la Salud*. Lima, 2001

8 Párrafo 1 del Artículo 2 del PIDESC, supra nota 1.





## ¿Cuáles son las ventajas de usar el marco conceptual de los derechos humanos en el campo de la salud<sup>9</sup>?

La importancia de la utilización del marco conceptual de los derechos humanos en las políticas y los programas de salud reside en que éste enfoque propone una metodología de análisis y un marco para la acción, que pueden ser usados en intervenciones específicas que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones.

Este enfoque requiere la utilización de los documentos de derechos humanos internacionales para determinar la especificidad del derecho aplicable en cada situación, y luego considerar cómo y en qué medida el cumplimiento insuficiente de los derechos humanos son causa o factor contribuyente de la morbilidad, mortalidad, discapacidad, comportamientos de riesgo y vulnerabilidad a las enfermedades y/o daños en salud.

Un segundo nivel de análisis puede desarrollarse a partir de reconocer la convergencia de los tres niveles en salud (resultados, sistemas de salud y condiciones pre-existentes) con los tres niveles de obligación del Estado (respeto, protección y realización). En la tabla que aparece a continuación se presentan los tres campos en salud como puntos de partida cruzados con los tres niveles de obligación del Estado. Su utilidad reside en que permite identificar cómo cada nivel de obligación del Estado puede influir en los programas y/o políticas en cada uno de los niveles identificados en la primera columna. Además, este tipo de análisis puede emplearse para evaluar cómo estos enfoques que reconocen las mejores prácticas en salud para cada uno de los campos pueden contribuir a visualizar el avance del cumplimiento del Estado en relación al derecho a la salud en cada uno de los niveles.

---

9 Gruskin, S. y D. Tarantola. "Health and Human Rights". *Working Paper Series. No.10.* December 2000. Harvard School of Public Health. Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights.



**Tabla 1**  
**Un Camino hacia la Salud y los Derechos Humanos**

Niveles en Salud	Obligaciones del Gobierno con respecto a los Derechos Humanos		
	Respeto	Protección	Realización
1. Resultados en salud	El gobierno no viola el derecho de las personas con relación a su estado de salud, incluyendo la información, recopilación y análisis, así como el diseño y la provisión de salud y otros servicios.	El gobierno previene que los actores no gubernamentales (incluyendo la estructura del sistema privado de salud y las aseguradoras) violen los derechos de las personas con relación a su estado de salud, incluyendo la provisión de la atención en salud y otros servicios.	El gobierno asume medidas administrativas, legislativas, judiciales y otras para promover y proteger el derecho a la salud de las personas, incluyendo la generación de información relativa a resultados en salud que sirvan de guía para las políticas de salud y la provisión de salud y otros servicios, así como en la provisión de medidas legales de reparación, que sean conocidas y accesibles.
2. Sistemas de salud	El gobierno no debe violar directamente los derechos en el diseño, implementación y evaluación de los sistemas nacionales de salud, incluyendo la garantía de que sean suficientes, accesibles, eficientes, costeables y de buena calidad para toda la población.	El gobierno debe prevenir que los actores no gubernamentales (incluyendo la estructura de atención privada en salud y los proveedores de seguros) violen los derechos en el diseño, implementación y evaluación de los sistemas y estructuras de salud, garantizando que sean suficientes, accesibles, eficientes, costeables y de buena calidad.	El gobierno implementa medidas administrativas, legislativas, judiciales y otras, incluyendo la suficiente asignación de recursos y la construcción de redes seguras que garanticen que los sistemas de salud son suficientes, accesibles, eficientes, costeables y de buena calidad, además de proveer medidas legales de reparación, conocidas y accesibles para la población.
3. Precondiciones societarias y ambientales	El gobierno no puede violar directamente los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas, reconociendo que la negligencia o la violación de estos derechos impactan directamente en la salud.	El gobierno previene la violación de los derechos por otros actores no gubernamentales, reconociendo que la negligencia o la violación de los derechos impactan directamente en la salud.	El gobierno toma todas las medidas administrativas, legislativas, judiciales posibles, incluyendo los mecanismos para la promoción del desarrollo humano, dirigidas hacia la promoción y protección de los derechos humanos, así como a la provisión de medidas de reparación conocidas y accesibles por la población.





## Las obligaciones del Estado son de tres tipos:

### Obligaciones de Respeto

Se refieren a la obligación del Estado de no hacer. En este marco, el derecho a la salud significa que el individuo y la colectividad, tiene el derecho de que el Estado se abstenga de todo acto que ponga en riesgo la salud de la persona o de la comunidad. Incluye el derecho a la vida, a la integridad física y mental, a la prohibición de la tortura. Sin embargo, es importante resaltar que el deber del Estado de abstenerse de un trato inhumano puede involucrar medidas de acción positiva, como en el caso de las personas detenidas o de los prisioneros de guerra.

### Obligaciones de Protección y Realización

Se refieren a la obligación de actuación del Estado. Consiste en un conjunto de medidas que el Estado debe adoptar a efectos de prevenir las enfermedades y proveer el tratamiento de las mismas una vez que se han declarado. Comprende las medidas de promoción, prevención e intervención para enfrentar las epidemias, vacunaciones, creación de condiciones para impulsar el desarrollo y el mantenimiento de una infraestructura sanitaria y médica; medida para conservar el medio ambiente, seguro para enfermedades y la atención médica a los indigentes.

Por lo tanto, el requerimiento de una acción positiva del Estado para el cumplimiento del derecho a la salud, ratifica la naturaleza social de éste derecho y resalta las características de interdependencia, indivisibilidad, universalidad y fundamentalmente de progresividad para alcanzar el bienestar y el desarrollo humano sostenible y no sólo la ausencia de enfermedad física y mental.







## ¿Cómo monitorear las acciones en salud y derechos humanos?

Otra dimensión para desarrollar la relación de la salud con los derechos humanos es la aplicación de los mecanismos, metodología e instrumentos para monitorear el progreso y los defectos en la implementación de la salud y de los derechos humanos a nivel nacional e internacional. La OMS está desarrollando indicadores y métodos de monitoreo que, aunque técnicamente no son vinculantes para los gobiernos (con excepción de los que se reportan bajo las Regulaciones de Salud Internacional), proponen normas internacionales que comprometerán a los estados miembros una vez que sean aceptadas por la Asamblea Mundial de Salud. En el pasado, la OMS intentó medir la salud a nivel nacional e internacional usando indicadores selectivos de morbilidad, mortalidad e incapacidad<sup>10</sup>. Esta experiencia fue muy limitada, debido a la información incompleta, las diferentes metodologías de medición entre los países, y más importante aún, la incapacidad de relacionar los resultados en salud con el rendimiento de los sistemas de salud. La mayoría de éstos indicadores se aplicaban a nivel nacional, con intentos insuficientes de desagregar estos valores para revelar las disparidades existentes al interior de las naciones. Era evidente que los indicadores agregados a nivel nacional, no podían revelar importantes diferencias y brechas asociadas con la discriminación y la exclusión de ciertos grupos sociales lo que constituye violaciones de los derechos humanos de estos grupos.

Con el fin de mejorar el conocimiento y la comprensión del estado de salud y las tendencias y para relacionarlas al rendimiento de los sistemas de salud, la OMS ha desarrollado los siguientes cinco indicadores globales<sup>11</sup>:

1. **Esperanza de vida saludable:** es un indicador compuesto que incorpora la mortalidad, morbilidad e incapacidad en una medida ajustada de los años de incapacidad. Este indicador refleja el tiempo transcurrido en un estado de menor salud que el óptimo.
2. **Inequidades en salud:** es el grado de disparidad en la esperanza de vida saludable entre las poblaciones.
3. **Sensibilidad de los sistemas de salud:** es un indicador compuesto que refleja la protección de la dignidad, confiabilidad en y a través de los sistemas de salud y la autonomía de la gente (por ejemplo, la capacidad individual para efectivizar la elección informada en salud).
4. **Sensibilidad a las inequidades:** se refiere a la disparidad en sensibilidad de los sistemas de salud que revela asuntos de baja eficiencia, negligencia y discriminación.
5. **Equidad en el financiamiento:** medida por el nivel de la contribución en el financiamiento de salud de las familias de distintos niveles de ingreso.

10 Draft Catalogue of Indicators Department of Systems Development, WHO, Genova, March 1999.

11 WHO: World Organization, World Report, July 2000.





## El derecho a la salud en la legislación peruana

El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 7º de la Constitución Política del Perú, dentro del capítulo relativo a los derechos sociales y económicos<sup>12</sup>. El Estado determina la política nacional de salud y le compete al poder ejecutivo normar y supervisar su aplicación, diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud<sup>13</sup>. La Constitución del 93 incluye una provisión tutelar respecto de los consumidores y usuarios en los siguientes términos: “El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo, vela en particular por la salud y seguridad de la población”.<sup>14</sup>

Según la Ley General de Salud<sup>15</sup>, la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública es irrenunciable y es su deber intervenir en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad<sup>16</sup>. Toda persona tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. Las personas usuarias tienen derecho a exigir que los servicios que se prestan para la atención de su salud cumplan con niveles de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales<sup>17</sup>. De esta manera, los profesionales, técnicos y auxiliares son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades<sup>18</sup> y el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable con ellos cuando exista relación de dependencia.

---

12 Constitución Política del Perú, art.7º. “Todos tiene derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.

13 Ibid., art.9º

14 Const.,art.65.

15 Ley 26842, 15 de julio, 1997 y publicada el 20 de julio de ese año. De acuerdo con la disposición final sexta, la Ley General de Salud entró en vigencia a los 180 días calendarios de su publicación, vale decir, enero de 1998, con excepción del capítulo III sobre productos farmacéuticos y galénicos y los recursos terapéuticos nacionales, y el capítulo V sobre alimentos y bebidas, productos cosméticos y similares, insumos, instrumental y equipo de uso médico quirúrgico u odontológico, productos sanitarios y productos de higiene personal y doméstica, los cuales rigieron desde el día siguiente de publicada la ley.

16 Ley General de Salud, art. 6º, tít. preliminar.

17 Ibid., art. 2º.

18 Ibid., art.36.





## Jurisprudencia relativa a los derechos en salud en el Perú<sup>19</sup>

Tradicionalmente el derecho a la salud no ha merecido protección jurídica e institucional acorde con su naturaleza de derecho fundamental. Los textos normativos han sido desarrollados sin disponer de mecanismos claros y efectivos que garanticen derechos en este campo en caso de ser amenazados o vulnerados.

El derecho a la salud, afectado por situaciones de mala práctica médica, no ha tenido mayor desarrollo en cuanto a su protección y resarcimiento por parte de las instancias judiciales. Los fallos de las instancias inferiores de la administración de justicia han descansado sobre la dificultad de probar la conectividad que debe existir entre el acto médico y el perjuicio sufrido por el o la paciente. Además, las cantidades fijadas por concepto de reparación civil son bastante exiguas.

---

19 Cabal, Luisa, Mónica Roa y Julieta Lemaitre (Eds) Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. "Cuerpo y Derecho": Legislación y Jurisprudencia en América Latina. Editorial Temis S.A. Bogotá-Colombia. 2001.





## Sistema universal de derechos humanos en salud

<p><b>Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)</b></p>	<p>Artículo 25          Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguro en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.</p>
<p><b>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)</b></p>	<p>Artículo 12          Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental</p>
<p><b>Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)</b></p>	<p>Artículo 11          Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos en particular:          (...)          f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.          (...)</p>
<p><b>Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979)</b></p>	<p>Artículo 12          1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, el condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.          2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.</p>







## Sistema interamericano de derechos humanos en salud

<b>Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)</b>	Artículo XI Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.
<b>Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" (1988)</b>	Artículo 10 Derecho a la Salud Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. (...)





## El derecho a la salud en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)

El derecho a la salud se encuentra establecido en tratados y declaraciones de conferencias internacionales, pero el tratado internacional que probablemente es de mayor relevancia es el PIDESC, del cual el Perú es Estado Parte. El artículo 12 del PIDESC expresa que los gobiernos reconocen que toda persona tiene derecho al “disfrute del más alto nivel posible de salud”.

En el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), encargado del monitoreo del PIDESC, emitió una Observación General relacionada específicamente con el derecho a la salud, que va más allá en la definición del contenido normativo del derecho y las consiguientes obligaciones del Estado. La Observación General CDESC N° 14 tiene implicancias más amplias en cuanto a lo que significa el derecho a la salud bajo los tratados internacionales. También define los componentes esenciales de la atención de salud: **disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad**.

Además, la Observación General No. 14 trata también un conjunto de temas transversales en cuanto al derecho a la salud, como son las obligaciones de las instituciones internacionales, interestatales y otros Estados, y establece un marco para la provisión de recursos efectivos para violaciones al derecho.

El artículo 12 del PIDESC y la Observación General (No. 14) constituyen un buen punto de partida en la discusión sobre el derecho a la salud en el Perú y con respecto a la construcción de un programa de derechos humanos en salud en el país.

### Contenido mínimo del artículo 12 del PIDESC

#### A. Artículo 12(2)(a): El derecho a la atención materna, infantil y reproductiva

La disposición relativa a «la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños» (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12) se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información. CDESC Observación General N° 14, párrafo 14.





#### **B. Artículo 12(2) (b): El derecho a entornos saludables y del entorno trabajo**

«El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial» entraña, en particular, la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos. Además, la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral. Además, el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca la cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras, el suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas. CDESC Observación General N° 14, párrafo 15.

#### **C. Artículo 12(2)(c): El derecho a la prevención, tratamiento y control de enfermedades**

«La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas» exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas. CDESC Observación General N° 14, párrafo 16.

#### **D. Artículo 12(2) (d): El derecho a las instalaciones de salud, bienes y servicios**

«La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional”. Observación General N° 14 del CDESC, párrafo 17.





II PARTE

Derechos humanos y salud pública



# La salud como derecho: "Gobernando en Salud"







## La salud como derecho: «Gobernando en Salud»

**Eduardo Cáceres Valdivia**  
Director General de APRODEH

Nada más evidente a primera vista, que la afirmación de que la salud es una necesidad lo suficientemente fuerte como para justificar su reconocimiento como un derecho humano. Como tal el derecho a la salud ha estado reconocido desde los primeros borradores de las declaraciones de derechos humanos. Sin embargo, las reiteradas carencias en relación con este derecho, no sólo en países en desarrollo, como el Perú, sino también en países desarrollados, demuestran que la evidencia del derecho es sólo aparente y que subsisten serios problemas en la comprensión y cumplimiento del mismo.

### Integralidad de los derechos humanos

Los derechos humanos son integrales, interdependientes e indivisibles, es decir engloban atribuciones significativas tanto para la existencia política como para la existencia económica, social y cultural de las personas. La plena vigencia de unos reclama la vigencia de los demás. La definición más simple de «derecho» lo equipara con un «dominio» que el titular del derecho posee. En este caso se trata de «dominios» que no derivan ni de un contrato, ni de una concesión. Los derechos humanos son aquellos «dominios» que derivan directamente de la condición humana. La no-vigencia de alguno de ellos afecta la vigencia global de los derechos humanos. Por ello, por ejemplo, una creciente desigualdad en los ingresos entre los miembros de una sociedad, afectan seriamente la gobernabilidad de la misma.

### La historia de los derechos: respuestas a la crisis de gobernabilidad

La historia de los derechos humanos no es la historia de un proceso «inflacionario» y por ende superfluo. En realidad cada avance en la formulación de los derechos no es sino una respuesta a las crisis de gobernabilidad que han afectado a las sociedades contemporáneas.

Los orígenes del llamado «mundo moderno» no sólo están vinculados al capitalismo y la expansión del mercado, o a la aparición de los Estados nacionales. Se incluyen entre sus características la legitimación de un conjunto de limitaciones que se imponen al mercado y al Estado, para garantizar la existencia autónoma de los sujetos.

Los individuos de la sociedad moderna poseen prerrogativas que escapan al arbitrio del soberano -su derecho a la vida o a la propiedad, por ejemplo-, e incluso pueden aspirar a poner al soberano

bajo control: tal es el origen de los derechos civiles y políticos. A diferencia de la antigüedad - cuando existían esclavos o siervos-, en el mundo moderno los seres humanos dejan de ser bienes transables. Esto no es meno altruismo: la esclavitud se convirtió a los ojos de todos en una traba al desarrollo de la productividad y del propio mercado. El libre cambio exigía que todos pudieran comprar y vender, transar y contratar.

Para que el Estado pueda ser un soberano legítimo, es indispensable limitarlo. Para que la democracia funcione, es necesario sentar algunas premisas que no podrán ser alteradas ni por la más unánime de las votaciones. Para que el mercado sea tal, se requiere que los seres humanos no puedan ser transados en él. Establecidas estas condiciones, puede inaugurarse en una sociedad el vertiginoso, contradictorio e incierto proceso de cambio denominado modernidad.

La primera versión de los derechos humanos se formula en el marco de la lucha contra los absolutismos europeos y se nutre de las concepciones individualistas propias del liberalismo. Su momento estelar fueron las grandes revoluciones del s. XVIII y sus proclamas: la revolución de la independencia norteamericana y la revolución francesa, ambas acompañadas de sendas Declaraciones Universales de los Derechos del Hombre. Más allá de las discrepancias entre sus propugnadores, estas declaraciones enunciaron una estructura de valores fundamentales que rápidamente sacó a la luz sus contradicciones internas.

Es común presentar la historia de los derechos humanos -así como la de la ciudadanía- como una sucesión de «generaciones» de derechos. Primero los derechos civiles -siglo XVII-, luego políticos -siglo XVIII-, más tarde los económico-sociales -entre los siglos XIX y XX.

La distinción, más allá de su utilidad pedagógica, es engañosa. No sólo porque en la historia ha sucedido muchas veces que se invierte el esquema, sino, sobre todo, porque desde las formulaciones iniciales quedaba claro que el derecho ciudadano más elemental iba de la mano con el ejercicio de algún derechos económico mínimo: tal es el sentido de la vinculación entre ciudadanía y propiedad en el liberalismo clásico.

La primera constitución que proclamó junto a los derechos individuales los derechos sociales fue la de México (5 de febrero de 1917). Siguió la constitución de la tumultuosa e inestable república en Weiner (11 de agosto de 1919). La constitución soviética había sido promulgada unos años antes (19 de julio de 1918). Sin embargo, más allá de estas constituciones revolucionarias, la conquista de derechos sociales acompañó la lenta y tortuosa transformación -sobre todo en Europa, entre 1850 y 1914- de las democracias liberales restringidas en democracias con mayor participación social. No podía esperarse otra cosa, anota Karl Polanyi, en la medida que la economía de mercado era vista por los trabajadores y los movimientos progresistas de la época como un gran peligro para los componentes naturales y humanos del tejido social.

Tras la primera guerra mundial, las convulsiones revolucionarias de la tercera década del siglo y la gran crisis económica de 1929, se comenzaron a definir los elementos de un cierto consenso económico-social y político que recién se plasmó tras la segunda guerra mundial. Un período largo de expansión económica, la presión de movimientos sociales y políticos clasistas, la tensión de la guerra fría y la amenaza de revoluciones llevaron a establecer lo que se ha llamado el «consenso social-demócrata». Este reposó sobre la existencia de un pacto social que permitía negociar los conflictos de clase, un Estado capaz de intervenir en la economía por la vía de las nacionalizaciones el control de instrumentos claves de política económica, una vasta red de instituciones de seguridad social y políticas económicas de crecimiento por la vía de la expansión de la demanda.



Las mentes más lúcidas que analizaron el fenómeno de los autoritarismos europeos de las primeras décadas del siglo vincularon la emergencia de tales regímenes con la destrucción de las seguridades económicas mínimas y el debilitamiento extremo de la subjetividad de los individuos y los movimientos sociales.

Es por ello que cuando se trató de construir un orden internacional capaz de prevenir la emergencia de fenómenos similares, se enunciaron derechos integrales y universales. Franklin Roosevelt sintetizó en una frase el problema a resolver: «Un hombre en necesidad no es un hombre libre» (1942).

No fue la existencia de presión desde el socialismo la que definió la inclusión de los derechos al trabajo, la atención de la salud, la educación, etcétera, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, junto a la libertad de creencia y circulación. También desde una óptica estrictamente liberal es posible entender la necesidad de tales derechos. Una reflexión, escrita hace más de doscientos años, nos puede dar algunas claves para esclarecer esto: «Si los hombres fuesen justos a su debido tiempo, no existirían los pobres, en vista de lo cual no tendríamos que darles limosna ni tampoco atribuirnos el mérito de la benevolencia». El texto pertenece a Immanuel Kant, uno de los padres del liberalismo contemporáneo. No sólo acierta al explicar la pobreza como consecuencia de la injusticia, sino que también devela la relación entre limosna -sea esta privada o pública- e injusticia. Para Kant el «instinto de la benevolencia (es aquel) por medio del cual compensamos lo que hemos obtenido ilegalmente». En sus Lecciones de Ética, la benevolencia se contrapone al respeto al derecho de los demás hombres. Lo actuado por «benevolencia» no es, sin embargo, algo meramente privado. Nos genera un «mérito», una especial consideración ante los demás, un status especial. Si algo unifica diversas formas de ejercicio del poder, desde los antiguos imperios hasta muchas «democracias» contemporáneas es el tratar de legitimarse como benefactoras de sus súbditos/»ciudadanos».

Satisfacer las necesidades básicas es un derecho fundamental de todo ser humano, aunque no lo reconozca así la constitución de 1993. No consiste en recibir como dádiva o como soborno tal o cuál bien; menos aun puede ser motivo para el establecimiento de relaciones de dependencia personal.

En síntesis, la ampliación de los derechos fue antes que una declaración o un pacto -ambos instrumentos fueron proclamados por la ONU en 1948 y 1966, respectivamente- el correlato normativo y teórico de conquistas e instituciones tangibles. Apareció como resultado de un complejo proceso de luchas políticas y sociales, conflictos y transacciones a escala planetaria, cuya garantía reposaba en la existencia de una determinada correlación de fuerzas en cada país y en el mundo.

### **Nueva gobernanza y derechos**

El objetivo de este artículo es proponer algunos elementos de discusión que contribuyan a entender mejor la profunda relación entre Derechos -en particular el derecho a la salud- y la Gobernanza, entendida ésta como la capacidad de gobierno que la sociedad construye y ejercita a todo nivel.

Los análisis y propuestas en relación a los asuntos públicos están marcados, en los países desarrollados, por una cierta frustración en relación con los costos y la efectividad de los programas gubernamentales, por un lado, y las creencias liberales, por otro. En este marco la discusión en torno a la gobernabilidad deviene en la discusión en torno a cómo mejorar la acción pública a partir de asumir el paradigma de la administración empresarial capitalista.

La clave de esta reforma -que se ha desarrollado como privatización, reinversión, reducción, descentralización, etc.- ha sido poner en juego un conjunto nuevo de instrumentos más allá que la mera provisión directa de servicios: préstamos, garantías para préstamos, donaciones, contratos, regulaciones sociales y económicas, vouchers, etc. Quizás lo único que tienen todos estos nuevos instrumentos es que todos son «indirectos». Es decir, si bien financiados por el gasto público, son ejecutados por agentes privados. .

Hay que tener muy en cuenta, sin embargo, que estos nuevos instrumentos son coherentes con la cultura institucional del país donde se han originado. En Estados Unidos, antes de la oleada neoliberal, en 1982, el 39% de los servicios públicos (es decir financiados por el gobierno) eran proveídos directamente por el Estado y el 60% por entes privados (ONG en un 42% y empresas en un 19%). Reflexiones similares podrían hacerse en relación con diversos países europeos. Es por ello que la copia indiscriminada de nuevos instrumentos de políticas sociales puede generar resultados contraproducentes en caso que se haga sin tener en cuenta las culturas institucionales (además de consideraciones de índole presupuestal, por ejemplo).

Incluso los más entusiastas promotores de estos nuevos instrumentos de políticas públicas señalan que su adopción no es un problema técnico sino político. Y es aquí donde la referencia a los derechos humanos se vuelve indispensable. Pasar de la «jerarquía» a la «red», de la oposición a la colaboración entre lo público y lo privado, del «comando y control» a la «negociación y persuasión», de las «capacidades administrativas» a las «capacidades promotoras», en ningún caso debe sacrificar los criterios de equidad y de respeto por cada una de las personas involucradas en la demanda, por un lado, y la provisión de los derechos, por otro.

En realidad cada uno de estos instrumentos y nuevos principios deben ser examinados cuidadosamente desde una óptica de derechos tratando de implementarlos, cuando se los juzgue adecuados, como oportunidades para fortalecer los derechos de las personas involucradas.

### **Derechos, políticas sociales y desarrollo**

Defender una visión integral de los derechos humanos es casi imposible mientras sigamos sujetos a los discursos de inspiración “productivista”. Por ejemplo, la idea de que el crecimiento económico es la panacea de la humanidad y que el bienestar de ésta se mide por la tasa de crecimiento del producto bruto interno (PBI). En ese sentido una mirada desde los derechos humanos sobre el tema del desarrollo podría sentirse más cercana a los esfuerzos por construir indicadores del desarrollo humano auspiciadas por diversas agencias de Naciones Unidas.

Esto se percibe mejor cuando se pasa a evaluar las políticas sociales. En el Perú, por ejemplo, sería equivocado decir que se está reduciendo el gasto social. Por el contrario éste ha crecido en los últimos años. Lo peculiar del mismo se resume en dos palabras: «inversión» y «focalización». Con la primera se quiere resaltar el hecho de que el gasto social apunta a fortalecer un factor económico «capital», el capital humano (que, como todo capital, deberá, más, adelante, dar utilidades). La segunda palabra apunta a remarcar que el gasto social esta apuntado a determinados segmentos de la población: los más pobres. Cualquier otro destino del gasto social es puesto en cuestión. Esto que a primera vista parecería justo en el contexto de extrema pobreza y escasez de recursos, oculta una visión distorsionada de lo «social».

Lo «social», así entendido, es una compensación excepcional de lo que no se puede lograr por la vía individual. Subyace la idea de que lo normal es que cada uno afronte, a partir del ingreso que generó su actividad privada, el conjunto de los gastos que exige su existencia: alimentación, salud, educación, jubilación, etcétera. La sociedad es una colección de individuos librados a su

suerte que sólo se ve obligada a asumir responsabilidad frente a los casos excepcionales de quienes, por carencias de diverso origen, no pueden afrontar su existencia.

Sobre un escenario social en el que prima una débil conciencia de derechos, la absoluta personalización de la acción del Estado apunta a construir relaciones de dependencia y clientelaje que buscan restringir o anular los márgenes de libertad afectiva de los beneficiarios. Es por ello que cuando afectivamente se satisfacen las necesidades básicas entendidas como derechos, crece la autonomía de los individuos, su libertad, se afianza su dignidad. Y esto revierte en el fortalecimiento de relaciones voluntarias de solidaridad.

Una medición de la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales que se concentre en los volúmenes de gasto, en la cantidad de bienes y servicios disponibles en una determinada área de la vida social -la educación, la salud, la vivienda, por ejemplo- no llega a captar la cuestión crucial: qué tanto ha crecido la autonomía y dignidad de los ciudadanos. Es un avance, por ejemplo, la prioridad que comienza a darse, en relación con el derecho a la atención en salud, a indicadores del estado de la salud -talla y peso de los niños, entre otros- antes que al gasto, el número de prestaciones, o el número de enfermos y muertos. Así mismo, y con resultados a veces sorprendentes, se ha comenzado a indagar en torno a las actitudes frente a la salud y la enfermedad, así como -en menor medida- a los niveles de participación de la comunidad y el tipo de relaciones que se establece con los prestatarios del servicio (médicos, enfermeras, etc.).

Sólo así podrá vincularse efectivamente la problemática del desarrollo con la problemática de la libertad, entendida de manera positiva y no como mera ausencia de coerción.

Varios siglos de luchas sociales y debates teóricos, llevaron a las sociedades modernas de las «Leyes de Pobres» (propias del s. XVIII) a los derechos sociales contemporáneos. La tesis subyacente a este proceso afirma que de lo que se trata no es de «segregar» -en beneficencias, casas de pobres o programas «focalizados»- sino de integrar a través del trabajo, la educación, la vida ciudadana a los que se encuentran en una situación de pobreza.

Parecería obvio reconocer que sociedades crecientemente integradas serían las que mejor expresarían los valores de la modernidad capitalista. A mayor número de «competentes», mayor competencia y productividad; a mayor individuación -autoestima y conciencia de derechos- mayor ciudadanía y por ende mejores condiciones para la vigencia de las instituciones liberales. Sin embargo, el curso reciente de la mayor parte de las sociedades modernas contradice este paradigma. Las causas probablemente no se encuentren en algún desajuste transitorio sino en problemas más de fondo: la concentración de la riqueza y propiedad, la subordinación de la economía a la ganancia y no a las necesidades, la reducción del ciudadano a la condición de consumidor. A esto se suma, en nuestro caso, la reproducción de relaciones sociales y políticas que contradicen el paradigma modernizador.

La existencia de un tejido de instituciones y derechos positivados que garanticen socialmente la existencia humana, lo que hoy se suele llamar «seguridad humana» -económica, alimentaria, política- no tiene por qué contraponerse al ejercicio de las libertades individuales. Cuando efectivamente se satisfacen las necesidades básicas entendidas como derechos, crece la autonomía de los individuos, su libertad, se afianza su dignidad, y esto revierte en el fortalecimiento de relaciones voluntarias de solidaridad.

Para no morir de hambre o para hacer negocios es indispensable tener derechos. La frase resume, de manera simple, los resultados del trabajo de economistas que, además de haber recibido ambos el premio Nobel, tienen poco en común.

Amartya Sen (premio Nobel de Economía 1998) ha demostrado que la principal explicación en relación al diferente impacto, en términos de mortandad humana, de grandes hambrunas en Asia y África es el nivel de derechos de los que disponían las poblaciones afectadas. No sólo salarios, también acceso a tierras, movilidad, organización, etc. Douglas North (premio Nobel de Economía 1993) ha insistido repetidas veces sobre la importancia de Instituciones (reglas de juego, es decir derechos, leyes, costumbres) para un eficaz funcionamiento del mercado. Su ausencia deforma la economía incrementando los llamados «costos no económicos de la transacción».

A diferencia de A. Sen, D. North tiene probablemente una visión más restringida de los derechos -de hecho concentra su atención en los derechos de propiedad-, pero no deja de notar que éstos son mucho más que enunciados jurídicos, pueden considerarse dentro de nuestra perspectiva componentes de una cultura, piedras angulares de una ética social.

La ausencia de derechos afecta, por tanto, a todos los estratos de la población. A unos los pone al borde del exterminio; a otros los conduce a la incertidumbre que alentará comportamientos especulativos y parasitarios. Sin derechos interiorizados, reconocidos y vigentes, regresamos a la ley de la selva.

En la percepción popular, el «derecho a la vida» engloba aspectos civiles, económicos y sociales. La configuración de la economía y de la vida social no es ajena a la vigencia de la dignidad humana; es un terreno en el que existen derechos que deben no sólo formularse sino también concretizarse. La existencia de un tejido de instituciones y derechos positivados que garanticen socialmente la existencia humana, lo que hoy se suele llamar «seguridad humana» -económica, alimentaria, ambiental, personal, comunitaria, política- no tiene por qué contraponerse al ejercicio de las libertades individuales. Por el contrario es la base indispensable para el ejercicio de éstas.

A stylized illustration of a hand in shades of yellow and orange. The hand is positioned with the palm facing down. A small, rectangular bandage with a grid of dots is placed on the middle finger. The background is a gradient of yellow and orange.

II PARTE    Derechos humanos y salud pública

# Focalización de los recursos públicos en salud

A stylized illustration of a hand in shades of yellow and orange, similar to the one above, positioned at the bottom of the page with the palm facing up.







## Focalización de los recursos públicos en salud

**Betty Alvarado**  
Investigadora CIUP - CIES

Nuestro país, que se encuentra inmerso en la dinámica de un mundo globalizado, presenta, sin embargo, indicadores del estado de la salud poco reconfortantes. ¿Qué se ha hecho hasta ahora por la salud del 54% de pobres y del 15% de pobres extremos en nuestro país? (ENNIV, 2000). En el caso de Perú las tasas de mortalidad más altas están concentradas en los pobres, en las áreas rurales y urbano marginales.

Para hacer frente a esta situación es necesario tomar la decisión de hacer el mejor uso posible de los recursos escasos teniendo en cuenta los principios de equidad y eficiencia. Para tal propósito, la literatura académica y las experiencias en varios países han llevado a recomendar la **focalización** del uso de los recursos; entendiéndose como focalización al acto por el cual el gobierno canaliza los subsidios a grupos objetivos de población.

### **Aspectos críticos: Problemas de inequidad en el acceso y resultados sanitarios.**

En el Perú, la tasa de mortalidad en el 60% de población más rica tiene un nivel similar al promedio latinoamericano; el problema está concentrado en el 40% pobre, que es el grupo poblacional en el que se produce casi el 60% de casos de muerte infantil. A pesar de los avances en mortalidad infantil, el Banco Mundial encuentra que la tasa en nuestro país sigue siendo alta en comparación con países con el mismo nivel de ingreso, constituyendo una de las peores en América Latina<sup>20</sup>.

En 1996, la tasa de mortalidad infantil en el Perú fue de 43 por mil nacidos vivos; se observa grandes diferencias al interior del país, la tasa de mortalidad infantil fue de 30 en la zona urbana y de 62 en la zona rural. En el año 2000, se registra una tasa de 33 por mil nacidos vivos siendo 24 en zonas urbanas y 45 en zonas rurales. Asimismo, la ENDES 2000 reporta que según lugar de residencia, los mayores niveles de mortalidad infantil se presentan en la Sierra y en el área rural y que la tasa de mortalidad infantil disminuyó más en el área urbana, particularmente en Lima Metropolitana y otras ciudades grandes (43 por ciento en ambas).

Lo avanzado en atención materna en las últimas décadas no es significativo y no guarda relación con el incremento que ha existido en los servicios de salud en los últimos años. (Informe de

---

20 Banco Mundial. "Perú: Improving Health Care for the Poor". Washington, 1999.

mortalidad materna, PSNB). En relación a acceso, existe una marcada diferencia de cobertura de atención de parto al interior del país: 82.4 por ciento de partos en el área urbana fueron atendidos en un servicio de salud mientras que increíblemente, 75.1 por ciento de los partos en área rural fueron atendidos en el domicilio. (ENDES, 2000)

### Problemas de inequidad en distribución actual de los recursos

Se le confiere poca importancia al sector salud en términos de recursos asignados al sector. Además los datos de las inequidades en el estado y acceso a la salud son desalentadores lo que se agrava si se considera que la distribución de recursos de subsidio público en salud no es progresiva. En términos de desigualdad el gasto per cápita por consumo en salud del quintil más rico es 4.5 veces más que el quintil más pobre. Esto último considera gasto personal y gasto del Estado. En el sector salud en general, la inequidad aumenta al considerar a EsSalud, ya que éste cubre a trabajadores formales que se ubican en los quintiles superiores.

Por otra parte, el presupuesto regional<sup>21</sup> fue regresivo, la distribución departamental medida en términos per cápita favoreció a los departamentos más ricos<sup>22</sup>. El presupuesto de Lima fue 66% (sin considerar hospitales nacionales) más alto que los departamentos, más pobres. Salud Básica por su parte tenía una distribución menos regresiva a nivel espacial, pero que no lograba estructurar una distribución progresiva, sino solamente proporcional.

### Necesidad de focalizar en salud

En muchos países en desarrollo, las políticas de cobertura universal no han tenido los resultados esperados, han fracasado en alcanzar o mejorar la equidad del sistema de salud. Por ello se ha visto la necesidad de buscar otras iniciativas, tal es el caso de las políticas de focalización<sup>23</sup>. En el Perú, los datos del estado de la salud de los grupos vulnerables y la distribución poco equitativa de los recursos escasos confirman la necesidad de focalizar el gasto.

Entre los problemas de la política de cobertura universal o lo que Godínez llama “forma tradicional de hacer política social” se encuentra el que ésta suele atender primero las demandas de los que no necesariamente son pobres, debido a que esta población, al tener mayor educación o contar con una mejor organización social y política, tiene mayores posibilidades de informarse sobre los servicios o programas disponibles. Los pobres en cambio, tienen barreras culturales, carecen de información y tienen escaso peso político<sup>24</sup>. Godínez concluye que hasta en momentos de prosperidad económica la focalización tiene ventajas. Su atractivo reside en que al identificar en forma más precisa a los beneficiarios, se pueden desarrollar políticas diferenciadas para cada grupo; permitiendo identificar a los más necesitados o pobres extremos, y aumentar el impacto<sup>25</sup> de las acciones.

---

21 La estructura de distribución permanece hasta hoy.

22 La diferenciación entre pobres y ricos se basó en el mapa de pobreza usado en ese año que categorizaba a los departamentos en muy pobres, pobres, medio y aceptable (Banco Mundial. Op. Cit. 1999).

23 Los programas focalizados se distinguen en directos e indirectos. Los directos hacen selección individual con base en la medición de la capacidad de pago u otro indicador del individuo o familia. Los indirectos buscan más bien focalizar en grupos de población, ya sea por alguna característica como madres solteras jefa de hogar, donde el índice de pobreza es mayor, o por área geográfica, focalizando áreas que tienen una mayor proporción de población considerada pobre.

24 Godínez, Armando, et al. “Focalización y pobreza”. Cuadernos CEPAL. Santiago de Chile. 1995.

25 Por ejemplo en Chile un estudio encontró que el total de subsidios estatales podría representar para una familia en pobreza extrema una renta mensual superior al 90% del ingreso mínimo evitando su dispersión.

En la actual coyuntura, la focalización se muestra como una alternativa metodológica y política para asegurar una acción eficiente y equitativa que permita llegar a los pobres y asegurar su legitimidad dentro de este grupo. Asimismo, la identificación transparente de los beneficiarios permitirá reducir el clientelismo político que crea el populismo y asegurará la gobernabilidad. Otro aspecto que hay que comentar es que no debe confundirse la responsabilidad del Estado de asegurar acceso universal a la población con subsidio generalizado, pero dada además la poca disponibilidad de recursos para subsidiar a los no pobres, y en aras de lograr equidad en los resultados sanitarios y en la financiación de los servicios, se deberá focalizar o priorizar las acciones.

### **Experiencias de focalización**

La pregunta crucial es ahora, ¿qué tanto podemos esperar de un programa o actividad focalizada? Generalmente, lo primero que se evalúa en los programas focalizados es ver si se comenten alguno de los dos tipos de errores más comunes: error tipo I o “subcobertura” que consiste en calificar como no pobre a alguien que es pobre, y error tipo II o “filtración” que se caracteriza por calificar como pobre a alguien que no es pobre. Se evalúa además la dimensión en la que ocurre. El Proyecto 2000, en base al ENNIV 1997, calculó, en dos escenarios, las filtraciones y subcoberturas de las atenciones en consulta y en hospitalizaciones. En el primero, la población objetivo era sólo la población en pobreza extrema, en el segundo, la población objetivo fue población pobre y pobre extrema. El mayor error de subcobertura en consulta se da en los hospitales. Asimismo, se observa altos niveles de filtración en consulta, tanto en hospitales como en centros y puestos de salud. Con respecto a hospitalización, también se observa que el 50% de pobres fue considerado no pobre, con las consecuencias que eso conlleva.

### **Focalización individual y geográfica**

La aplicación de la focalización individual ha surgido principalmente como una forma de contrarrestar los efectos de la aplicación de tarifas en el sector salud, y de alguna forma busca reducir el peso a través de tarifas diferenciadas o exoneraciones para los beneficiarios identificados. Las experiencias internacionales muestran resultados variados.

Evidentemente, si se sabe que la pobreza estará concentrada en algunas zonas del país, es prudente recomendar focalizar en estas zonas, a esto se denomina focalización geográfica. Sin embargo, de acuerdo con lo que se observa de la experiencia internacional, tendrán más posibilidades aquellos donde esta concentración sea más alta y las diferencias sean más severas. Una manera fácil de focalizar de esta forma es centrarse por ejemplo en las zonas rurales, donde la proporción de pobres es más alta.

Existen además otras formas de focalización como la que considera el grupo étnico o la población vulnerable.

### **El reto actual**

El tema de la focalización no es enteramente nuevo en el Ministerio de Salud. El aspecto positivo es que se han desarrollado y validado (encontrándose diferentes grados de validez) instrumentos de focalización individual y geográfica, sin embargo, todo este avance instrumental no ha ido acompañado de una política única o coordinada en el subsector salud.

En concreto se recomienda:

1. Aplicar **focalización geográfica** de todos los fondos del subsector, dadas las características de pobreza extrema concentrada en las zonas rurales del país; para lo cual será necesario concentrar todos los recursos, incluyendo los del Seguro Integral.
2. Aplicar **focalización individual** en hospitales y en centros de salud de referencia en las zonas urbanas consolidadas con calificación individual por demanda, es decir, intramuros.
3. Construir progresivamente el resto de base de datos de la población para **focalización individual**, utilizando el trabajo extramural en centros y puestos de salud y aplicando censos focales en zonas de riesgo.
4. Lograr la participación de otros agentes e instituciones del sector público, en especial los gobiernos locales, y ONGs, tanto en la definición de políticas como en la recopilación de información de la población dentro de las áreas adscritas a un establecimiento de salud, para hacer costo efectivo el levantamiento de información. Considerar a la focalización como parte integrante de la construcción de un *safety net* o red de fortalecimiento y protección social.
5. Uniformizar las herramientas de calificación individual y hacer transparente el proceso de calificación para evitar los clientelismos y mejorar la gobernabilidad del sistema.
6. Complementar el Seguro Público o Seguro Integral con un sistema de precios o cargo a los usuarios bajo diferentes modalidades, dependiendo del esquema de financiamiento (tarifas de venta directa total o copagos, primas de seguros). Para el caso de tarifas, se contaría con lineamientos centrales que permitan ajustes de acuerdo a las realidades y costos de cada red, bajo un modelo de gestión desconcentrado<sup>26</sup>.
7. Establecer el nivel de exoneraciones acorde con la disponibilidad presupuestal. Al respecto el Proyecto 2000 había estimado que en el corto plazo, tomando como objetivo a la población en pobreza extrema, las exoneraciones de consulta y hospitalización no generarían desequilibrios; situación que cambia si se considera pobres y pobres extremos a nivel nacional<sup>27</sup>. Los requerimientos presupuestales adicionales de la focalización individual para cubrir los recursos que se deja de recaudar, dependerán de las elasticidades de la demanda frente a las tarifas y exoneraciones.<sup>28</sup>
8. Promover la participación del sector privado e incentivar el aseguramiento del sector informal que puede aportar el pago de primas.

---

26 Es importante distinguir entre tarifas a los usuarios y tarifas de proveedores. En el primer caso, el tomar en cuenta los costos de producción y los costos de la competencia, ayuda a monitorear y mantener la eficiencia del sistema de salud. El proceso de focalización exonera de los pagos tarifarios a los pobres. Por otra parte, las tarifas de proveedores se utilizan, por ejemplo, cuando los fondos de seguros compran a los prestadores un determinado conjunto de servicios.

27 MINSAL/ Proyecto 2000. "Propuesta para el desarrollo de las experiencias piloto asociadas al sistema de tarifas y exoneraciones por servicios de salud en los establecimientos del MINSAL". Lima, 2000.

28 Este hallazgo ha sido verificado en simulaciones en Trujillo, donde se ha verificado que los cambios no afectan el equilibrio financiero, pero cada caso es diferente.



II PARTE    Derechos humanos y salud pública

# Salud sexual y reproductiva







## Salud sexual y reproductiva

**Alfredo Guzmán**  
Investigador CIES

### INTRODUCCIÓN

En el Perú se muere de joven y no de viejo. El 45% de las muertes que ocurren anualmente en el Perú son en menores de 5 años y cada 8 horas muere una mujer por complicaciones del embarazo, parto, y puerperio. La mortalidad infantil y la mortalidad materna<sup>29</sup> indicadores clásicos del estado social y de salud de un país son aun sumamente elevadas. Según ENDES 2000 por cada 1,000 niños que nacen mueren 33 antes de cumplir su primer año, y 185 mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio por cada 100,000 nacidos vivos, lo que representa unas 1,258 muertes anuales. Este último indicador sin embargo, a diferencia de la mortalidad infantil, ha permanecido invariable por varias décadas, y es nuestro más serio problema de salud pública conjuntamente con la desnutrición infantil. Ambos indicadores mortalidad infantil y materna al ser promedios nacionales esconden vergonzosas diferencias regionales.

Una de las principales causas que contribuyen a esta alta mortalidad materna es la falta de acceso a los servicios de salud de una proporción importante de nuestra población, en especial la más pobre y rural. A este hecho relacionado a los servicios de salud, se agrega problemas de salud y nutrición que afectan a las mujeres y niños, es así que casi un 40% de las gestantes según ENDES 2000 padecían de anemia y el 25% de los menores de 5 años padecen de desnutrición crónica. La pobreza y la discriminación que sufren especialmente las mujeres contribuyen a agravar este hecho. A esto hay que agregar el riesgo que significa para la maternidad que las mujeres se embaracen muy temprano o muy tarde en su vida reproductiva, que tengan muchos hijos, los tengan muy seguidos, o que no los deseen. En el Perú, según ENDES 2000, cerca de la mitad de los nacimientos (48%) de los últimos cinco años ocurrió en alguna condición de alto riesgo reproductivo y el 13% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas.

Otra de las causas importantes de la mortalidad materna es el aborto clandestino. En el Perú según un reciente estudio basado en la misma metodología del estudio de Alan Gutmacher de 1991, se producen 352,000 abortos anualmente lo que significa que el 35% de embarazos terminan en un aborto inducido<sup>30</sup>. Contribuyendo el aborto clandestino con el 25% de las muertes maternas.

---

29 De acuerdo a la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, la muerte materna es la muerte de una mujer mientras estaba embarazada o dentro de los 42 días al término del embarazo, sin tener en cuenta la duración o el sitio del embarazo, o por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, pero no por causas accidentales o incidentales.

30 Ferrando, D. Estimación de los niveles de Aborto Inducido en el Perú. Pathfinder International, Flora Tristán, Fundación Ford. Lima, diciembre 2001.

## ASPECTOS CRITICOS

### Mortalidad Materna

La mortalidad materna es actualmente considerada como un indicador de desarrollo y de calidad de vida de una población. Está asociada con el nivel de desarrollo social, cobertura y calidad de los servicios de salud, y la posibilidad de ejercer los derechos reproductivos. Desde el punto de vista biomédico, la más importante causa de mortalidad materna parece ser la barrera que existe para el acceso a los servicios de salud y la limitada capacidad resolutive de éstos.

### Acceso a los servicios

Se calcula que un 25% de la población peruana no tiene acceso a los servicios de salud. Esto es especialmente crítico en el área rural y en las zonas más pobres del país. Las barreras más importantes son geográficas, económicas y culturales.

**Barreras geográficas:** La inadecuada planificación territorial de los establecimientos de salud, así como nuestra difícil geografía son razones por la que pese a que el país cuenta con cerca de 7,000 establecimientos de los cuales el 99% son centros y puestos de salud, éstos se encuentran aún a considerable distancia de los poblados en especial en el área rural.

**Barreras económicas:** Las barreras económicas de acceso en un contexto como el peruano donde casi la mitad de la población se encuentra en situación de pobreza se vieron agravadas en el último tiempo por la crisis económica, el desempleo, y las tarifas de los hospitales.

**Barreras culturales:** La gran diversidad cultural del país produce diferentes percepciones sobre el proceso salud-enfermedad y sobre la relación entre vida y muerte. El sistema de salud ha desarrollado muy limitadamente sus capacidades para comprender como la población entiende su relación con la vida y la salud.

### Capacidad Resolutiva<sup>31</sup>

Las barreras de acceso a los servicios junto a la poca capacidad resolutive de los establecimientos para afrontar emergencias obstétricas o infantiles, y el deficiente sistema de referencia y contra-referencia son los factores que mantienen una alta tasa de mortalidad materna en nuestro país<sup>32</sup>.

### Acceso a servicios de anticoncepción

Así como hay problemas de acceso a los servicios de atención materna, también existe un insuficiente acceso a información y servicios de anticoncepción de calidad, lo que se traduce en un

---

31 Por capacidad resolutive se entiende: infraestructura, equipamiento e instrumental obstétrico y neonatal, personal con competencia en la atención del parto y sus complicaciones, insumos (medicinas y sangre segura) y educación permanente en servicio.

32 Benavides B y A. Villacorta. "Una nueva herramienta analítica para programas de maternidad segura y saludable". *Ginecología y Obstetricia, Órgano Científico de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XLVII, No 3, julio 2001, Lima, Perú.





no uso de métodos anticonceptivos en especial por mujeres del área rural y adolescentes, por no ser los servicios adecuados a lo que ellas esperan.

### **Embarazo adolescente**

Un grupo poblacional que merece una atención especial en salud reproductiva es el de los y las adolescentes. En el mundo aproximadamente 15 millones de mujeres menores de 20 años tienen un parto. En el Perú, la población adolescente (10 a 19 años) equivale a aproximadamente el 22% de la población. Según ENDES 2000, el 13% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas –lo que es similar a lo informado por ENDES 96- con un rango que va de 5.7% en Lima Metropolitana a 20% en Ucayali, Loreto, y Huancavelica.

### **Aborto**

En América Latina 4 millones de mujeres de todas las edades y características arriesgan sus vidas cada año al recurrir al aborto clandestino. De éstas, 7 de cada 10 mujeres viven en 6 países: Brasil, México, Perú, República Dominicana, Colombia y Chile<sup>33</sup>. En el Perú según el estudio reciente de Ferrando se producen anualmente 352,000 abortos<sup>34</sup>.

### **SIDA**

En América Latina se tiene 180,000 casos de SIDA y hay 1'500,000 infectados con VIH, y hasta 1999 habían muerto 557,000 personas con SIDA. En el Perú, fue en 1983 que apareció el primer caso de SIDA, dos años después que el primer caso reportado en USA. En el año 1999 según el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) se notificaron 987 casos de SIDA con una curva decreciente desde 1997.

### **Cáncer cervical**

Mundialmente el cáncer cervical es la segunda causa de cáncer en la mujer con aproximadamente 450,000 casos estimados anualmente. Es la primera causa de muerte por cáncer en los países en desarrollo.

### **Violencia y abuso sexual**

En América Latina la violencia es una importante causa de muerte o incapacidad en mujeres en edad reproductiva, tan grave como el cáncer, los accidentes de tránsito y el paludismo juntos. En conferencias internacionales los estados acordaron que la Violencia contra la mujer es una prioridad de salud pública y se comprometieron a abordar sus consecuencias para la salud.

---

33 *Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana*, Alan Gutmacher Institute, 1992.

34 Ferrando D. Op. cit.

## PROPUESTAS DE POLÍTICAS

La morbilidad y mortalidad materna puede reducirse a través del sinergismo de una serie de intervenciones combinadas, estas incluyen: educación para todos, acceso universal a servicios de salud y nutrición antes, durante y luego del parto, acceso a servicios de planificación familiar, atención profesional del parto, y acceso a servicios obstétricos de calidad en caso de emergencias obstétricas. Asimismo políticas que eleven el status económico y social de la mujer.

Dentro de las principales propuestas de políticas se pueden destacar las siguientes:

- **Fortalecimiento y mejora de la capacidad resolutiva**
- **Organización y movilización comunitaria**
- **Nuevo modelo de control pre-natal**
  - **Aplicación de guías nacionales y protocolos** para estandarizar el manejo de las emergencias obstétricas.
  - **Reporte y vigilancia epidemiológica**
  - **Indicadores trazadores** que permitan conocer el progreso en la reducción de la mortalidad materna.
- **Prevención de embarazos no deseados y aborto**
- **Establecimiento de servicios integrales de salud reproductiva**
- **Detección de violencia**
- **Legislación adecuada** relativa a la despenalización del aborto en casos de violación y malformaciones congénitas fetales incompatibles con la vida.

A stylized illustration of a hand in shades of purple and magenta. The hand is positioned with the palm facing upwards. A small, rectangular bandage with a grid of dots is applied to the middle finger. The background is a solid dark purple color.

II PARTE    Derechos humanos y salud pública

# Acceso universal a medicamentos esenciales en el Perú

A stylized illustration of a hand in shades of purple and magenta, positioned at the bottom of the page with the palm facing upwards. The hand is rendered in a similar style to the one at the top, with a dark purple background.





## Acceso universal a medicamentos esenciales en el Perú

**Manuel Vargas Girón**  
Investigador CIES

La salud es un derecho universal. Todos los seres humanos deben poder acceder a una adecuada nutrición, vivienda, vestido y servicios de salud. Así lo contempla la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Constitución Política del Perú. La salud es un factor fundamental en la lucha contra la pobreza y el desarrollo de las naciones. Las enfermedades limitan la participación de los individuos en el desarrollo de sus comunidades y sociedades; una persona enferma ve menoscabadas sus posibilidades de conseguir empleo.

Si bien es cierto que el buen estado de salud de las personas depende esencialmente de las mejoras a largo plazo en las condiciones económicas, políticas y sociales de los pueblos, sin embargo las enfermedades e incapacidades originadas por estos factores pueden ser controladas mediante el uso adecuado de medicamentos. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que los medicamentos y las vacunas tienen la capacidad de conferir enormes beneficios de salud, cuando se agregan a un suministro de agua segura y a condiciones apropiadas de saneamiento, provisión de educación y nutrición

Es inconcebible la existencia de sistemas de salud sin medicamentos. Ellos confieren a los sistemas credibilidad, confianza y eficacia, legitimándolos entre los usuarios. Los medicamentos esenciales, sobre todo, constituyen herramientas costo / efectivas para luchar contra las enfermedades. El acceso a medicamentos esenciales utiliza el máximo potencial farmacéutico para mejorar las condiciones de salud y asegurar avances en el desarrollo de las comunidades. Sin embargo, todavía amplios sectores de la población, especialmente los más pobres, no tienen acceso a medicamentos eficaces, de buena calidad y con precios a su alcance.

Otro aspecto crucial en el campo de los medicamentos es la calidad del uso que involucra la prescripción, dispensación y consumo final de dichos productos. Diversos estudios muestran serias deficiencias en la calidad del desempeño de los agentes prescriptores y dispensadores, así como en los pacientes y consumidores en general. Es frecuente que se receten demasiados medicamentos, en formas farmacéuticas o para indicaciones que no están plenamente justificadas; se prefiere recetar medicamentos caros, existiendo alternativas más baratas e igualmente efectivas. La dispensación en general no cubre aspectos como las instrucciones a los pacientes para un adecuado uso de los medicamentos y, en particular en el sector privado, se expenden medicamentos sin receta médica, cuando éstos la requieren. La automedicación inadecuada es muy frecuente y existen datos que muestran el abultado consumo de medicamentos por decisión del paciente, cuando sería necesaria una intervención de un prescriptor calificado.

Varios factores contribuyen a esta deficiente calidad de uso de los medicamentos. Uno de ellos es la oferta que no sólo consiste en medicamentos de probada eficacia y seguridad aceptable, sino de aquellos que no tienen eficacia terapéutica comprobada, son innecesarios o contienen combinaciones irracionales. Es importante señalar también las prácticas de mercadeo de los productores y distribuidores sobre los agentes que deciden la demanda –prescriptores, dispensadores y usuarios–, la permisiva o deficiente normatividad o el incumplimiento de ella. Asimismo, la mala calidad del registro de medicamentos ocupa un lugar importante en esta cadena de factores que dificultan un buen uso de los medicamentos.

### Situación de los medicamentos en el Perú

Aproximadamente 160 países tienen listas de medicamentos esenciales, sin embargo aún en muchos de ellos no son asequibles, disponibles, seguros y usados racionalmente.

La tercera parte de la población mundial no tiene acceso sostenido a medicamentos esenciales.

Un estudio realizado en 1996, en 12 regiones del país demostró que solamente el 45% de los pacientes atendidos en los establecimientos de salud del MINSA, adquirió la totalidad de los medicamentos prescritos, siendo la causa más frecuente de no-adquisición: la falta de dinero o la apreciación por parte de los pacientes de un elevado costo de los medicamentos.

En 1997 la ENNIV demostró que solamente el 50% de los pacientes que estuvieron enfermos pudieron comprar los medicamentos prescritos (con variaciones del 39% en áreas rurales a 61% en la zona urbana de Lima).

### Acceso a medicamentos

El acceso a medicamentos implica no solamente que estos bienes se encuentren oportunamente disponibles en el mercado y en los sistemas de salud, sino que tengan un costo que permita su adquisición a quienes lo requieran. Algunos estudios señalan que, en el 2000, el 28% de los peruanos que enfermaron no adquirieron los medicamentos que requerían, siendo mayor esta carencia en las zonas rurales.

El acceso a medicamentos depende en gran medida de la cobertura de los sistemas de salud. Sin embargo otros factores que influyen en el acceso de medicamentos incluyen las características del mercado de medicamentos, la forma de fijación de los precios, la capacidad adquisitiva de la población, los sistemas de suministro del sector público y privado, la legislación y regulaciones nacionales y los tratados internacionales.

Durante el periodo 1977-1997, **el mercado privado de medicamentos** creció de US \$ 126 millones a \$ 457 millones (247%), bajando en el 2000 a \$ 314 millones lo que representa un incremento final del 147%; mientras que las unidades consumidas disminuyeron de 134.3 millones en 1977 a 58.1 millones en el 2000 (es decir 40% de las que se consumían en 1977) y el valor promedio de cada unidad vendida varió de US \$ 0.93 en 1977 a \$ 5.40 en el 2000. En consecuencia el mercado creció a expensas de la exclusión de los sectores más pobres de la población.

La **forma de fijación de los precios** de los medicamentos no se encuentra claramente establecida como lo demuestra un estudio realizado en el 2001, en base a 12 medicamentos esenciales, en el



que se halló que en el sector privado se cobraba hasta 548% más caro por el mismo medicamento que en el sector público (Farmacia de DIGEMID).

En el **periodo 1997 – 2001 la pobreza se incrementó de 42.7% a 54%**, constituyendo los sectores en pobreza extrema más del 18% de la población. En consecuencia la baja capacidad adquisitiva de la población no permite que millones de personas puedan acceder a una atención de calidad.

### ADPIC y OMC

Merece especial atención el nuevo acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados al Comercio (ADPIC) administrado por la Organización Mundial de Comercio (OMC), que puede poner en riesgo las posibilidades de acceso a los medicamentos esenciales al influir de manera adversa en: la capacidad de producción local, la transferencia de tecnología y el precio de los medicamentos (Por ejemplo medicamentos anti retrovirales para VIH/SIDA, para TBC fármaco resistente, neoplasias, etc.).

En el Perú, la Ley de Patentes vinculada a la Comunidad Andina de Naciones (CAN) está ajustada a las exigencias del ADPIC, pero se ha eximido en la formulación de algunas disposiciones sobre las que tenía la facultad de decidir como la transferencia de tecnología, ocasionando limitaciones para el desarrollo de la industria farmacéutica en el ámbito local. Se establece que la “explotación de la patente” incluye “la importación, junto con la distribución y comercialización del producto”. (Decisiones 344 y 486 del Acuerdo de Cartagena y Ley de Propiedad Industrial).

El 14 de noviembre de 2001 la IV Reunión Ministerial de la OMC en Doha, Qatar, que congregó a 142 países, concluyó la declaración final relativa al ADPIC y la salud pública: Punto 4. “que el acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros (países) adopten medidas para proteger la salud pública. En consecuencia, (...) afirmamos que dicho Acuerdo puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso de los medicamentos para todos...” y en el Punto 5 b) «Cada miembro tiene el derecho de conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias”. c) «Cada miembro tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional (...), quedando entendido que las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional...».

### Uso de medicamentos

Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades del cuidado de la salud de la mayoría de la población; en consecuencia deben hallarse disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran. Sin embargo, todos los esfuerzos para proveer medicamentos esenciales serán en vano, si finalmente al paciente se le prescribe un medicamento inadecuado o no lo toma correctamente o se automedica cuando no debe hacerlo.

Diferentes estudios en el Perú, en el transcurso de los últimos 10 años, demuestran un uso irracional de los medicamentos (en consulta ambulatoria en hospitales del Ministerio de Salud: sólo 48% de los medicamentos prescritos se encontraban escritos en Denominación Común Internacional; 49% de las prescripciones correspondieron a antibióticos; más del 30% correspondían

a inyectables; 68.3% de los antibióticos despachados en farmacias de Ica se realizaba sin receta; sólo 58.3% de los pacientes conocían la dosis de medicamentos que debían recibir). Además, no existe una política o programa de medicamentos esenciales; no existe selección de medicamentos así como tampoco normas farmacológicas que regulen su registro sanitario; el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales presenta bajos índices de prescripción y solamente es de dispensación obligatoria; la información sobre los tratamientos a los pacientes es deficiente o casi inexistente, los comités farmacológicos aún son escasos y cuando están constituidos funcionan irregularmente, sin plan de trabajo y desintegrados del conjunto de la gestión.

### Áreas críticas

En el Perú, las áreas críticas identificadas con relación al acceso y uso racional de medicamentos son las siguientes:

- Acceso limitado a los medicamentos esenciales, sobre todo para los sectores en pobreza y pobreza extrema.
- Uso irracional de los medicamentos, resultado de una inadecuada prescripción, dispensación y uso.
- Deficiente control y vigilancia de la calidad de los medicamentos.
- Inadecuada legislación y regulación de medicamentos así como debilidad del organismo regulador de medicamentos.

### Propuesta para mejorar la situación de los medicamentos en el país

Mejorar la situación de los medicamentos en el Perú, exige la formulación de una Política Nacional de Medicamentos (PNM) articulada a la Política Nacional de Salud (PNS) que, actúe sobre la base de las áreas críticas detectadas, introduciendo la perspectiva de género, tomando en cuenta el contexto de pobreza e integrando la medicina tradicional. Esta PNM deberá considerar los siguientes objetivos:

- Garantizar el acceso universal de medicamentos esenciales de buena calidad.
- Promover el uso racional de medicamentos.

La Política Nacional de Medicamentos debe girar alrededor del concepto de medicamento esencial y su función social, así como de su impacto en el desarrollo del sistema integrado de salud. Esta política debe ser resultado de una discusión abierta en la que participen todos los agentes involucrados en el campo de los medicamentos, lo que garantizará su legitimidad, facilitando su aplicación exitosa. La PNM debe ser adecuadamente monitoreada teniendo en cuenta indicadores de las diferentes regiones ajustados a la realidad nacional. Asimismo, debe evaluarse el impacto de su aplicación.

Los componentes de dicha política de medicamentos que se señalan a continuación deben ser desarrollados de manera exhaustiva tanto en sus contenidos como en sus estrategias específicas de implementación.





- **Acceso universal a medicamentos esenciales:**
  - Creación del Programa Nacional de Medicamentos Esenciales.
  - Fortalecimiento de la producción, comercialización y uso de medicamentos genéricos.
  - Establecimiento de políticas de precios de medicamentos.
  
- **Promoción del uso racional de los medicamentos:**
  - Educación y capacitación para uso racional de medicamentos.
  - Promover la promoción responsable de medicamentos.
  
- **Garantizar la calidad de los medicamentos.**
  
- **Fortalecer el organismo de regulación y control de medicamentos.**

