

# Principios rectores y visión de la reforma sanitaria

II Conferencia Nacional de Salud



Nuestro agradecimiento especial a la doctora Ana Güzmes García, médica feminista, quien elaboró el documento base sobre Principios rectores y visión de la reforma sanitaria, discutido y aprobado en la II Conferencia Nacional de Salud.

---

Principios rectores y visión  
de la reforma sanitaria

---

© Forosalud  
Calle 27 de noviembre 377  
Miraflores, Lima – Perú  
Teléfonos 243-4431 / 243-4432  
**www.forsalud.org.pe**  
**coordinacionnacional@forsalud.org.pe**

© Consorcio de Investigación Económica y Social  
Observatorio del Derecho a la Salud  
Antero Aspillaga 584, San Isidro  
Teléfonos 421-8082 / 421-7968  
**www.consortio.org/observatorio**

Edición: Lima, abril 2006

Impreso por Ediciones Nova Print SAC

## Principios rectores y visión de la reforma sanitaria

Las dinámicas de la salud requieren ser ubicadas como parte de un proceso global. Dos son los procesos que han impactado con fuerza en América Latina: la globalización y el ajuste estructural que impuso el modelo neoliberal. Los procesos de ajuste han aumentado en forma dramática la exclusión y la pobreza en todo el mundo, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos. La globalización ha producido la reducción y fragmentación del Estado, el traspaso de sus obligaciones al ámbito privado o doméstico —en cuyo centro están las mujeres—, así como una creciente falta de autonomía para tomar decisiones políticas y, especialmente, económicas. También ha alimentado el surgimiento de nuevos estilos de organización de los movimientos sociales, cuyas formas de existencia y de articulación han variado. Un ejemplo de ello es ForoSalud.<sup>1</sup>

ForoSalud asume una visión crítica del proceso económico de la globalización. La creencia de que el crecimiento económico, por sí solo, puede ser motor del desarrollo es obsoleta. Son numerosos los países de América Latina —Argentina, Chile, Brasil, Perú, entre otros— que durante buena parte de los años noventa experimentaron altas y sostenidas tasas de crecimiento de su PBI y en los que, sin embargo, se ha notado un simultáneo incremento de las tasas de desempleo, así como una ampliación tanto de la brecha entre ricos y pobres como de las asimetrías regionales, sociales, de género y étnicas.

<sup>1</sup> Gúezmes García, Ana. **Reforma del Sector Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos**. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud/Paltex, 2004.

Durante las últimas dos décadas América Latina ha experimentado profundas reformas institucionales. La mayoría de los regímenes vigentes han sido elegidos democráticamente, pero no siempre gozan de legitimidad popular, como lo demuestra el actual Gobierno del Perú. Sin embargo, la promesa de la democracia no se ha traducido en el progreso económico y político esperado, y los y las ciudadanas demandamos soluciones a los problemas de desempleo, corrupción y pobreza, así como a las deficiencias en los campos de la educación y la salud.

#### 1. NUESTRA VISIÓN

En el año 2002 el número de latinoamericanos que viven en la pobreza alcanzó los 220 millones, de los cuales 95 millones son indigentes; esto representa 43,4% y 18,8% de la población, respectivamente.\*

¿Podrán los sistemas públicos de salud atender a estas personas bajo criterios de equidad y universalidad? La respuesta a esta interrogante es central para el futuro de las reformas en la región.

\* Comisión Económica Para América Latina (CEPAL). **Panorama social de América Latina 2002-2003**. Santiago, 2004.

Trabajamos con creatividad y compromiso para que el Perú sea una sociedad plural e incluyente, en la cual los ciudadanos y las ciudadanas convivamos, solidaria y respetuosamente, en la diversidad. Ciudadanos y ciudadanas que somos responsables de nuestros actos y estamos comprometidos con el bienestar individual y colectivo. Ciudadanas y ciudadanos que nos organizamos en redes como ForoSalud y otras instancias comprometidas con la promoción del ejercicio pleno de la ciudadanía.

Trabajamos para estar dotados de un Gobierno democrático y descentralizado, que garantice los derechos humanos a través de instituciones sólidas y abiertas a la participación social. El Estado y la sociedad contribuimos, así, al desarrollo del país sostenible y con justicia social.

Trabajamos por tener un Sistema Público Nacional de Salud integrado, de carácter descentralizado, que involucre a los diferentes niveles de gobierno —nacional, regional y local—, que sea participativo e intersectorial y que actúe bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

Por tanto, consideramos que la **transición política en salud** exige **reformas** profundas tanto en las instituciones como en la gestión de las políticas sociales. Igualmente, requiere transformaciones importantes en la estructura y la política sectorial de salud. Consideramos, así, que es necesario retomar la desatendida **reforma sanitaria**, que parta de un Acuerdo Nacional en Salud, el cual debe abordar el nuevo marco legal en salud, el apoyo a la descentralización en salud como parte de un proceso integral de descentralización de las políticas sociales, así como las políticas específicas de aseguramiento universal, seguridad ambiental, recursos humanos de salud y medicamentos, entre otras.

Afirmamos que el fortalecimiento de la institucionalidad democrática es el camino más adecuado para realizar los profundos cambios sociales que el país y el sector Salud requieren con el fin de lograr la equidad y la igualdad de oportunidades para todos los y las ciudadanas.

## 2. SALUD Y DEMOCRACIA

Una visión política, económica y ética del desarrollo del sistema sanitario del Perú y del desarrollo social de su población se basa en la dignidad humana, los derechos humanos, la igualdad de oportunidades, la justicia social, el respeto, la paz, la democracia y el pleno reconocimiento de las diversidades en el país. Otorgamos la máxima prioridad a la promoción y garantía del derecho a la salud —integrado al conjunto de los derechos humanos e interdependiente con éstos—, y al mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida, sobre la base de la plena participación de todos los ciudadanos y ciudadanas.

ForoSalud promueve el incremento del diálogo, la interacción y la búsqueda de consensos entre quienes toman las decisiones, los profesionales, los investigadores, las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad de donantes. Estos esfuerzos están contribuyendo a **un cambio en el pensamiento y la práctica** entre los actores clave, de modo que los desafíos de la política y de la gobernabilidad, los derechos humanos, las preocupaciones sobre equidad y las cuestiones técnicas y de políticas en materia de salud se consideren, cada vez más, como temas relacionados integralmente.

### 3. EL DERECHO A LA SALUD EN LA BASE DE LOS PRINCIPIOS SANITARIOS

La propia Constitución de la OMS<sup>2</sup> establece lo siguiente:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los **derechos fundamentales** de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La Declaración Universal de Derechos Humanos,<sup>3</sup> en su artículo 25, señala:

1. 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 seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el “derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental” (artículo 12) y desarrolla una serie de disposiciones jurídicamente vinculantes que se aplican a todas las personas en los 146 Estados que lo han ratificado. El derecho a la salud se refleja también en la Conven-

<sup>2</sup> La Constitución fue adoptada en Nueva York, el 22 de julio de 1946, por la Conferencia Institucional de la Salud. Fue firmada por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26.<sup>a</sup>, 29.<sup>a</sup> y 39.<sup>a</sup> Asambleas Mundiales de la Salud se han incorporado al presente texto. Estos principios fueron reafirmados en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia Internacional sobre Atención de Salud Primaria) en 1978.

<sup>3</sup> Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948.

ción sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

La salud es considerada, además, como uno de los determinantes fundamentales del desarrollo. Junto con la educación y el ingreso, es uno de los tres componentes del Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, y ha ganado una amplia aceptación como un marcador de desarrollo, en comparación con los indicadores puramente económicos, como el ingreso per cápita. De hecho, “la salud es el derecho humano que en la práctica marca más visiblemente las diferencias de raza o de condición económica y social”.<sup>4</sup>

Paul Hunt, relator especial del Derecho a la Salud del Sistema de Naciones Unidas (2003), desarrolla algunas observaciones iniciales sobre el contenido jurisprudencial del derecho a la salud:<sup>5</sup>

**La atención sanitaria y los determinantes básicos de la salud.** El derecho a la salud es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes básicos de la salud, como el acceso al agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

**Libertades y derechos.** El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud, en particular el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud (esto es, atención sanitaria y los determinantes básicos de la salud) que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

<sup>4</sup> Booker y Minter. “Global Apartheid”. *The Nation*, Nueva York, 9 de julio de 2001.

<sup>5</sup> Comisión de Derechos Humanos. 59.º período de sesiones. Tema 10 del programa provisional: “Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt. E/CN.4/2003/58. 13 de febrero de 2003.

**Derechos más concretos.** El derecho a la salud es un concepto amplio que puede desglosarse en derechos más concretos como los derechos a:

- la salud materna, infantil y reproductiva;
- la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- la prevención y el tratamiento de enfermedades, incluido el acceso a los medicamentos básicos;
- el acceso al agua limpia y potable.

**No discriminación e igualdad de trato.** La no discriminación y la igualdad de trato son dos de los elementos más importantes del derecho a la salud. Por consiguiente, las normas internacionales de los derechos humanos proscriben toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de salud y a los factores determinantes básicos de la salud por los motivos prohibidos internacionalmente, entre ellos el estado de salud, que tengan por objeto o por resultado el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad del derecho a la salud.

**Obligaciones inmediatas.** Aunque está supeditado a su paulatina realización y a limitaciones de recursos, el derecho a la salud impone diversas obligaciones de efecto inmediato. Entre estas obligaciones figuran las garantías de no discriminación e igualdad de trato, así como la obligación de tomar medidas deliberadas, concretas y encaminadas a la plena realización del derecho a la salud, como la preparación de una estrategia nacional y de un plan de acción en materia de salud pública. La realización paulatina significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y permanente de avanzar lo más rápida y efectivamente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.

**Asistencia y cooperación internacional.** Los Estados tienen la obligación de tomar medidas, tanto a título individual como por medio de la asistencia y la cooperación internacional, para lograr la plena realización del derecho a la salud. Por ejemplo, los Estados Partes están obligados a respetar el disfrute del derecho a la salud en otras jurisdicciones, velar por que ningún acuerdo o política internacional menoscabe el derecho a la salud y que sus representantes en organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta este derecho, así como la obligación de asistencia en todos los asuntos de formulación normativa.

**Asistencia humanitaria.** Los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar para proporcionar ayuda en caso de

catástrofe y asistencia humanitaria, entre otras cosas ayuda médica y agua potable, en situaciones de emergencia, incluida la asistencia a los refugiados y los desplazados internos.

**Responsabilidades de todos los agentes.** Si bien los Estados son los principales responsables de la realización de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, todos los agentes sociales —particulares, comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, profesionales de la salud, empresas privadas y otros agentes— tienen responsabilidades en lo tocante a la realización del derecho a la salud.

**Interdependencia.** El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y libertades fundamentales enunciadas en los principales tratados internacionales de derechos humanos, incluidos el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, a la participación, al acceso a la información y a las libertades de asociación, reunión y circulación.

**Limitaciones.** Los Estados suelen utilizar a veces cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. Esas limitaciones deben estar en consonancia con el derecho, incluidas las normas internacionales de derechos humanos y que son estrictamente necesarias para la promoción del bienestar general en una sociedad democrática, proporcionales, sujetas a revisión y de duración limitada.

El derecho a la salud es un derecho humano, universal, integral e interdependiente del resto de los derechos humanos contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Los Estados tienen obligaciones concretas relacionadas con el respeto, la protección y la realización del derecho a la salud.

El análisis de la realización del derecho a la salud puede ordenarse en tres grandes áreas:\*

**El más alto nivel de salud alcanzable.** Incluye el análisis de los avances en términos de resultados que se expresan en las colectividades: avances y problemas en relación con la mortalidad, la enfermedad y la discapacidad, así como indicadores demográficos, de salud reproductiva,

de estilos de vida, etcétera. De esta área se obtienen los resultados e indicadores que podrán dar cuenta de la situación de los grupos más vulnerables o de aquellos que sufren mayor discriminación.

***La organización del Estado para atender sus obligaciones.***

Incluye la identificación de las acciones del Estado: qué hace —y cómo lo hace— para responder al ejercicio pleno de los derechos de sus ciudadanas y ciudadanos. Dentro de esta área se analiza el acceso a los sistemas de salud que ofrecen prevención, atención, rehabilitación y acompañamiento a las personas y comunidades con problemas de salud, la orientación de los recursos económicos sociales, así como el desarrollo y la aplicación de las políticas y los programas públicos.

***La existencia de un entorno económico, social, ambiental y político saludable.***

Se refiere al conjunto de políticas gubernamentales que garantizan, finalmente, el ejercicio del derecho a la salud, dentro de la visión de integralidad e interdependencia. En el entorno se consideran las políticas económicas que favorecen el capital humano y social, las políticas intersectoriales, la existencia de regímenes democráticos y los modelos de desarrollo sostenible.

\* Adaptado de Arroyo, J.; Cáceres, E.; Chávez, S. y Ríos, M. ***Vínculos entre salud pública y derechos humanos en la investigación en Perú.*** Lima, CIES-Aprodeh, Universidad Peruana Cayetano Heredia-Flora Tristán, 2004.

## 4. REFORMULANDO LOS PRINCIPIOS SANITARIOS

### 4.1 UNIVERSALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN SALUD

La universalidad en salud ha sido expresada bajo el principio de “salud para todos”, concretado en el acceso a los servicios de salud. ***En este sentido, es importante avanzar en el aseguramiento universal de los y las ciudadanas, bajo criterios de solidaridad y justicia distributiva.*** Para lograr el bienestar común y la salud colectiva, todas las personas y sectores tenemos que contribuir al funcionamiento del sistema de acuerdo con nuestras capacidades, y ser beneficiados también de acuerdo con nuestras necesidades actuales y futuras. Sin embargo, se requiere como

punto de partida un Estado que centre sus prioridades en la calidad de vida y el bienestar de su población, y por tanto invierta en la salud.

La universalidad en salud no se refiere únicamente al goce de una atención de carácter recuperativo sino al acceso a un conjunto de bienes públicos en salud que incluyen, además de la atención integral de la salud, medicamentos y principios terapéuticos de alto valor social como los anticonceptivos, el saneamiento básico, la protección del medio ambiente, la prevención de riesgos y daños y la educación en salud, entre otros, con el fin de lograr que las personas y las comunidades se mantengan saludables.

Junto con el principio de universalidad, se debe considerar el principio de **interculturalidad** y la urgencia de realizar los esfuerzos necesarios para definir mecanismos que permitan la construcción de una sociedad basada en relaciones de diálogo intercultural, conocimiento y valoración mutua, así como procesos de inclusión y no discriminación en el contexto de un Estado democrático y participativo. Para ejecutar y evaluar las políticas generales, se requieren expresiones y modos de intervención plurales, y que estén en permanente diálogo con los y las representantes de las comunidades, así como de los grupos indígenas y étnicos.

## 4.2 EQUIDAD E INCLUSIÓN

En la actualidad, una gran parte de la población está excluida de la protección social en salud. Este sector no puede acceder a las condiciones que le permitirían cubrir sus necesidades básicas de salud, educación, vivienda y otros aspectos fundamentales de una vida con calidad. Esto constituye una injusticia y un obstáculo para el desarrollo socioeconómico del Perú. Es difícil estimar la magnitud del problema porque la exclusión no es un estado preciso que se identifique fácilmente, sino que adopta múltiples formas. La OIT expresa que “los sistemas nacionales de seguridad social cubren al 10% de la población de los países, mientras que la mayoría de la población (60% en promedio) trabaja en los sectores no formales”. En la mayor parte de los países, la gente pobre de las áreas urbanas, la mayor parte de la población rural, los desempleados, los desplazados y los migrantes están excluidos de los sistemas de protección social. Y gran parte de ellos son mujeres y niños. La inclusión en los sistemas de protección social es, así, una tarea pendiente.

La **exclusión social** no está inscrita de manera fatalista en el destino de ninguna sociedad. Al contrario, es posible abordarla desde la acción colectiva, desde el tejido social y desde las políticas públicas. ¿Por qué es importante hacer hincapié en este punto? Porque a menudo se impone cierta perspectiva que considera que la exclusión es inherente a América Latina. Para ForoSalud es importante romper esta visión fatalista y contribuir a la capacidad de autoorganización y expresión pública de los colectivos “sin voz”.

En concreto, algunos de los ejes o ámbitos en los que se concreta el fenómeno en cuestión son los siguientes: a) pobreza, en el sentido de escasez de recursos económicos; b) dificultad en la integración laboral; c) problemas de acceso a la educación y los mínimos educativos; d) inexistencia de una vivienda digna; e) carencia de salud, de capacidad psicofísica o de asistencia sanitaria; f) ausencia o insuficiencia de apoyo familiar o social; g) ámbitos de marginación social; h) dificultad en el acceso a la justicia e i) problemas para acceder a las nuevas tecnologías o para aprender a utilizarlas.

La equidad es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social. Algunas perspectivas identifican la equidad sólo como disminución de brechas o disparidades, objetivo en sí mismo importante en nuestra región. En otros casos, se asocia la equidad con el logro de un nivel mínimo de salud o con la provisión de un paquete básico de atenciones en salud. Éstas son las nociones más frecuentes en los supuestos de las reformas de la salud.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, se agrega a este concepto una línea normativa de valores asociada a la justicia social, que atribuye responsabilidad al sufrimiento innecesario. Así, la OMS define la equidad como “el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos”.<sup>6</sup>

Al hablar de equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud, cuidado de la salud y obligaciones estatales. El estado de salud se refiere al bienestar físico, psíquico y social de las personas y comunidades, mientras que el cuidado de la salud —doméstico o institucional— es sólo uno de los múltiples determinantes del estado de salud; las obligaciones

<sup>6</sup> Braveman, Paula. **Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and Middle-Income Countries**. Ginebra, OMS, 1998.

estatales incluyen las responsabilidades del Estado —como primer responsable— y de los demás actores sociales para promover, proteger y garantizar el derecho a la salud.

Para abordar la equidad es importante:<sup>7</sup>

- a) Partir de las necesidades colectivas y específicas de las poblaciones, las comunidades y las personas. Es importante destacar que la noción de necesidades está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.<sup>8</sup> En este sentido, resulta adecuada una focalización sanitaria que se oriente por principios estructurales de justicia distributiva y respuesta a la vulnerabilidad social y a la exclusión. Los instrumentos de derechos humanos, junto con el **principio de igualdad** y no discriminación, consideran la importancia del **principio de relevancia**. Este principio aplicado, por ejemplo, en términos de género, implica tener en cuenta las diferencias y desventajas que afectan a todas las mujeres o a grupos determinados de mujeres o de hombres, que al no ser consideradas en una política de salud, contribuyen a mantener las desigualdades o propician daños y riesgos particulares.
- b) Considerar la multidimensionalidad de la exclusión. Las reformas del sector Salud se han centrado en el análisis de la exclusión socioeconómica. Pero si bien la pobreza es una de las principales limitaciones para el desarrollo, no es suficiente para explicar la exclusión de las mujeres, de los y las adolescentes y de los pueblos indígenas de los sistemas de salud. Se requiere abordar de manera simultánea todos los macrodeterminantes de la salud y sus relaciones, asegurando que los ciudadanos y ciudadanas y los grupos en estado de vulnerabilidad o excluidos por razones de situación socioeconómica, género, sexo, etnia, raza, ubicación geográfica,

<sup>7</sup> Adaptado de Gúezmes García, Ana. **Reforma del Sector Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos**. Washington, D. C., É ,bnización Panamericana de la Salud/Paltex, 2004.

<sup>8</sup> Gómez, Elsa. **Equidad de género y políticas de reforma del sector Salud**. OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1999.

idioma, edad, discapacidad, orientación sexual u opinión política o de otra índole vean satisfechas sus necesidades específicas de salud y cuenten con mecanismos de participación plena en el sistema de salud.

- c) El derecho a la salud implica un progreso adecuado, continuo y deliberado de las políticas públicas, así como de los presupuestos destinados y de su impacto efectivo en la salud de las colectividades. Sin embargo, los Estados tienen obligaciones inmediatas que pueden ser exigidas por sus ciudadanos y ciudadanas en los canales nacionales o internacionales de exigibilidad de derechos. Estas obligaciones inmediatas incluyen las garantías de no discriminación e igualdad en el trato.

La **equidad en salud** exige considerar:<sup>9</sup>

- **En el estado de salud y sus determinantes:** la eliminación de diferencias injustas y evitables en las oportunidades de disfrutar de la salud, así como en las probabilidades de enfermar, quedar discapacitado o morir por causas que se pueden prevenir.
- **El acceso y la utilización de los servicios de salud** de acuerdo con las diferentes necesidades de atención, los distintos riesgos, las divergencias en las percepciones sobre la enfermedad, las distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención, las desigualdades en el grado de acceso a los recursos básicos, así como las diferencias en el acceso a los servicios básicos.
- **El financiamiento de la atención** de acuerdo con la capacidad económica, y no en relación con las necesidades o los riesgos. Implica, por ejemplo, que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, a la mayor morbilidad y a la mayor esperanza de vida; que las poblaciones rurales no tengan que asumir los costos de los traslados a los centros de salud; que las personas en situación de pobreza no tengan que pagar más por tener menor nivel de salud.
- **El balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud.** Que se reconozca, facilite y valore apropiadamente el trabajo de atención de la salud,

<sup>9</sup> Adaptado de Gómez, Elsa, ob. cit.

ya sea remunerado o gratuito, y que mujeres y hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisiones dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.

### 4.3 DEMOCRACIA PARTICIPATIVA Y DESCENTRALIZACIÓN

El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU definió la **participación ciudadana** como un aspecto importante de la implementación del derecho a la salud.<sup>10</sup>

En la Cumbre de las Américas de Santiago de Chile (1998), los jefes de Estado destacaron que “la fuerza y sentido de la democracia representativa residen en la participación activa de los individuos en todos los niveles de la vida ciudadana”. También asumieron el compromiso de profundizar la educación para la democracia y promover “las acciones necesarias para que las instituciones de gobiernos se conviertan en estructuras más participativas”.<sup>11</sup> Posteriormente, en diciembre de 1999, tras un amplio proceso de consulta en el hemisferio y en respuesta a los mandatos conferidos en las cumbres, la OEA adoptó la Estrategia Interamericana para la Promoción de la Participación Pública en la Toma de Decisiones sobre Desarrollo Sostenible. En la Cumbre de las Américas de Quebec, en el año 2001, los jefes de Estado y de Gobierno del hemisferio reafirmaron su voluntad de trabajar “con todos los sectores de la sociedad civil y las organizaciones internacionales para asegurar que las actividades económicas contribuyan al desarrollo sostenible de nuestras sociedades”.

En el campo de la salud, este propósito implica que los Estados generen mecanismos y procedimientos, y orienten sus recursos para promover, proteger y garantizar el derecho de la ciudadanía a participar en la toma de decisiones —en los planos nacional, regional y comunitario— respecto a la promoción de la salud y la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, así como en la organización del sector Salud, lo que incluye

<sup>10</sup> Artículo 17 de la Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22.º período de sesiones, 2000, UN Doc. E/C.12/2000/4.

<sup>11</sup> Declaración de Santiago, Segunda Cumbre de las Américas, OEA, Documentos Oficiales, p. 44.

la participación en las políticas públicas y en los presupuestos. Integra la transparencia y la rendición de cuentas; el desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos; la remoción de barreras para la participación; la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para que se produzca una participación inclusiva, plural e intercultural.

- El **control social** es el derecho y la capacidad de la sociedad civil para intervenir en la gestión pública orientando las acciones y los gastos estatales y públicos —no estatales—, como es el caso de la salud, de acuerdo con los intereses de la colectividad. Los mecanismos de control social son, al mismo tiempo, resultado del proceso de democratización del país y requisito para la consolidación de la democracia del sector Salud.
- La **rendición de cuentas** se refiere a la responsabilidad de los Estados por su propio desempeño y por el resultado de sus decisiones u omisiones, así como el derecho de la ciudadanía a acceder a información pública de buena calidad y a reivindicar sus derechos en caso de que sean vulnerados.
- **Transparencia en la gestión pública.** Relevamos la importancia del buen gobierno y de la administración transparente y responsable de todas las instituciones públicas y privadas, que genere información y evidencias tendentes a facilitar la toma de decisiones en salud y el control social.
- **Corrupción cero.** Exigimos que el Gobierno, el sistema de justicia, los partidos, los funcionarios estatales y la sociedad se comprometan a consolidar una cultura de cuidado de nuestros bienes públicos y lucha frontal contra la corrupción.

Reconocemos que el Estado peruano es el principal responsable de promover, controlar y garantizar estos principios y orientaciones en el cuidado de la salud. La comunidad internacional, las instituciones financieras internacionales, la ONU, las organizaciones nacionales, regionales y locales del país, así como todos los integrantes de la sociedad civil, deben contribuir positivamente, con sus propios esfuerzos y recursos, para que estos principios se plasmen de manera integral en las políticas, los programas y las actividades de salud.