

Planes de gobierno y derecho a la salud

Marcela Huaita(1)

El derecho a la salud se comprende como el derecho al disfrute de toda una gama de establecimientos, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo este derecho, los estados se comprometen a adoptar una serie de medidas para garantizarlos. Son estas medidas las que los partidos políticos proponen en sus planes de gobierno y las que a continuación analizaremos².

Para ello debemos reconocer que la salud es un fenómeno complejo en el que podemos distinguir distintos niveles de análisis. En primer lugar, está la situación de salud, es decir los resultados que se expresan en la población en términos de mortalidad, morbilidad o discapacidad. En segundo lugar, encontramos al sistema de salud, es decir, cómo se organiza el Estado para atender sus obligaciones en salud. El tercer nivel está referido al entorno o los factores condicionantes que garantizan el derecho a la salud desde una perspectiva integral. Para gozar del derecho a la salud es necesario la garantía de los demás derechos, y ello está en estrecha relación con el tema de los condicionantes de la salud, sin embargo su análisis nos llevaría a las diferentes políticas propuestas y no sólo la política de salud. Por ello, haremos referencia únicamente a los dos primeros niveles.

1. Situación de salud y resultados

La situación de salud está relacionada con las metas (resultados) que se expresan en las variables demográficas -mortalidad, enfermedad, discapacidad- que los planes de gobierno se proponen alcanzar a través de la implementación de determinadas políticas. Acorde con los objetivos del milenio, la reducción de la mortalidad infantil (MI) y de la mortalidad materna (MM) son las prioridades en los planes de gobierno analizados. Sin embargo, sólo dos de ellos precisan la meta que esperan alcanzar. Estos son UN que se compromete a la reducción de la MI de 30 a 20 por 1,000 y de la MM de 185 a 180 por 100,000 y FC que se compromete a la reducción en dos terceras partes de ambas tasas. A CD le preocupa más bien el problema de la desnutrición planteando como metas la reducción anual de 5 puntos porcentuales en la tasa de desnutrición aguda hasta llegar a la erradicación, así como la eliminación progresiva de la desnutrición crónica y malnutrición de niños menores de 5 años. Por su parte, tanto el APRA como ApP plantean compromisos en términos generales de reducción de MMI, incidencia de enfermedades infecto contagiosas y crónicas degenerativas, y sociopatías. La reducción de la violencia es una preocupación en la que coinciden el APRA y el PS, mientras que la reducción del embarazo adolescente es mencionado sólo por este último.

2. Sistema de salud y estándares de atención.

Al abordar los elementos esenciales del derecho a la salud analizaremos una política en particular que en nuestra opinión guarda estrecha relación con la dimensión tratada.

- **Disponibilidad: integración del sistema público de salud**

Es obligación del Estado contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas. En el Perú, ello está íntimamente relacionado con el drama que significa la desarticulación de la oferta pública de servicios de salud (MINSALUD, ESSALUD, Sanidad de las FFAA y FFPP). En relación con ello, tanto el FC, como JN y UPP plantean el intercambio de prestaciones, aunque en el caso de este último ello es planteado como una fase transicional que iría hacia la integración de todos los servicios públicos de salud. Por su parte, el PS plantea la administración única de los fondos del MINSALUD, ESSALUD y Sanidades de PNP y FFAA, mientras que UN plantea la unificación y reestructuración de servicios de Fuerzas Armadas y Policiales y opta por la adscripción de ESSALUD al MINSALUD, coincidiendo en esto último con JN. UN avanza por su parte en anunciar una ley de Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) mientras que JN plantea la creación de una Superintendencia Nacional de Servicios de Salud. ApP plantea de manera general el incremento de la inversión pública en salud para la creación de condiciones

para la participación del sector privado, comunal y cooperativo buscando articularlos en un sistema de salud. Ni el APRA ni CD se pronuncian respecto de la integración de los servicios de salud.

- **Accesibilidad: aseguramiento universal**

Una de las dimensiones de la accesibilidad es la económica, por ello nos detendremos en el análisis del aseguramiento público en salud. Según nuestra Constitución, el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, además del libre acceso a prestaciones de salud. Al respecto, los partidos políticos que firmaron el Acuerdo Nacional se comprometieron a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en zonas de concentración de la pobreza y en poblaciones más vulnerables. Actualmente el seguro integral de salud es el mecanismo más importante de seguro público. Al respecto, tanto UN, como UPP, FC, JN Y PS plantean reorganizar, transformar, consolidar, extender o ampliar el SIS para cubrir las necesidades de salud de la población. Sin embargo, sólo UN es preciso en mencionar que el aseguramiento universal financiado totalmente por el Estado será sólo para población en extrema pobreza y parcialmente para la población pobre. Por su parte, el APRA plantea el aseguramiento universal a través de un Seguro Nacional de Salud, sin entrar a mayor detalle, mientras que el FC plantea aseguramiento universal a un plan básico de salud adecuado al perfil epidemiológico de cada espacio poblacional, diferenciándose del PS que plantea un plan de atenciones a toda la población. ApP plantea una cobertura universal y CD un aseguramiento público universal y subsidios directos con incentivos precisos para la integración social y desarrollo saludable

- **Aceptabilidad: participación social y protección de derechos**

La aceptabilidad es una dimensión relacionada con el respeto a la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, por ello nos parece interesante analizar el tema de la participación y la protección de derechos en los servicios de salud. La Constitución de 1979 establecía que todos tenemos el deber de participar en la promoción y defensa de nuestra salud, esta fórmula no fue recogida por la Constitución de 1993, aunque la actual ley general de salud establece que el Estado promueve la participación de la comunidad en la gestión de los servicios públicos de salud (art. 18). Al respecto UN respalda la participación en la definición de prioridades y control de las acciones de salud, coincidiendo en ello con CD. JN propone la organización de conferencias macroregionales y nacionales de salud, con participación de todos los actores sectoriales, mientras que el PS apuesta por el fortalecimiento de los consejos de salud (nacional, regional y local) y por el desarrollo y asociación de CLAS. Sin duda, es UPP quien marca la mayor diferencia planteando la participación en una base territorial municipal para los planes locales de salud, las decisiones sobre recursos y la gestión compartida. En relación con la protección de derechos de usuarios de servicios de salud existe una curiosa coincidencia entre JN y UPP, ambos proponen la extensión de la experiencia de las Defensorías en Salud en todas las regiones y a todo nivel respectivamente.

- **Calidad: recursos humanos**

La dimensión de la calidad requiere, entre otros de personal capacitado, en consecuencia el tema de la política en recursos humanos es clave. Sin embargo, no hay mucha coincidencia en las propuestas adelantadas por los partidos. Así, respecto a la situación laboral de los trabajadores de salud, UN anuncia la nivelación con el escalafón de la carrera pública, UPP propone el nombramiento de contratados en régimen laboral único así como el servicio civil obligatorio, JN apuesta por el concurso para direcciones y jefaturas de todos los niveles e instancias del sistema de salud, mientras que PS plantea mejoras salariales y en las condiciones de trabajo de los trabajadores de salud. En relación con la capacitación, UN se compromete con una capacitación permanente, el APRA con la formación de personal en número y calidad suficiente. UN plantea la desconcentración de profesionales hacia zonas rurales, coincidiendo en esto último con ApP que propone mecanismos económicos para permitir que los prestadores de salud migren hacia las zonas más pobres y marginales. Por su parte, JN y PS proponen una política de gestión por resultados, buscando la excelencia en la prestación de servicios (JN) y una evaluación en base a la calidad de atención (PS). CD no se pronuncia en ninguno de los aspectos anteriormente analizados.

Luego de este apretado análisis, debemos tener presente que un enfoque de derechos en las políticas públicas implica que éstas tengan a la persona humana como eje central de su desarrollo; que sean políticas de corte

universal y que sólo sean selectivas cuando ello sea indispensable para el logro de la equidad; que los ciudadanos a quienes se les aplica participen de una manera efectiva y calificada; que se establezcan mecanismos de exigibilidad social y jurídica para hacer efectiva la obligación y actualizar el derecho. Cada uno entonces deberá sacar sus propias conclusiones sobre cómo los partidos políticos se prestan a garantizar el derecho a la salud en la próximas elecciones.

(1) Abogada, Master en Estudios Legales Internacionales. Especialista en género, derechos humanos y políticas públicas.

² Planes de gobierno consultados de Unidad Nacional (UN), APRA, Frente de Centro (FC), Concertación Descentralista (CD), Partido Socialista (PS), Alianza para el Progreso (ApP), Justicia Nacional (JN), así como la presentación hecha por Unión por el Perú (UPP) en el Colegio Médico (28.02.06)