

Derechos Humanos en Salud en el Perú:

Balance 2004 – 2006 desde la sociedad civil, a dos años de la visita del Sr. Paul Hunt, Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Participaron de la formulación del presente informe las siguientes instituciones y organizaciones de la sociedad civil:

Acción Internacional por la Salud (AIS); Asociación Peruana de Derecho Sanitario (APDS); Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH); Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX); CONACAMI; Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (Grupos de Trabajo de Salud Mental y de Pueblos Indígenas); Foro de la Sociedad Civil en Salud – ForoSalud; FOVIDA; Mesa de Vigilancia por los Derechos Sexuales y Reproductivos; Movimiento Manuela Ramos; Observatorio del Derecho a la Salud del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES); PROSA (Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Seropositivas); REDINFA; y la SPDA, a quienes se sumaron profesionales vinculados a la salud y los derechos humanos en el Perú.

Comité Editor:

Marco Alegre (Coalición por los Derechos en Salud / Mesa de Derechos Humanos del ForoSalud); Ariel Frisancho (Consejo Directivo Nacional del ForoSalud / Representante de la Sociedad Civil en el Consejo Nacional de Salud); Miguel Jugo (Asociación Pro-Derechos Humanos, APRODEH); Mar Pérez (Coordinadora de Derechos Humanos)

Hecho el Depósito Legal N°: 2006-9481

Diseño e Impresión:

Sinco Editores
sincoeditores@yahoo.com

Resumen Ejecutivo	7
Antecedentes: Visita del Sr. Paul Hunt, Relator de Naciones Unidas	7
Propósito de la misión al Perú	9
Descripción del proceso de acompañamiento a la primera visita oficial de Paul Hunt al Perú y su significado	11
Perú: 2004-2006: Contexto sociopolítico en el momento actual	13
Proceso de elaboración del informe de seguimiento	16

Informe de Seguimiento a las Recomendaciones

Capítulo III. Marcos Normativo e Institucional

A. Una política sanitaria nacional contra la pobreza y la discriminación	17
B. Disponibilidad de Recursos	22
C. La comunidad internacional	23
D. La Defensoría del Pueblo	24
E. La participación de la sociedad civil	25
F. Los profesionales de la salud y los usuarios del sistema sanitario	28

Capítulo IV. Motivos de Especial Preocupación

A. Acuerdo Comercial entre los Estados Unidos y el Perú	33
B. Medio Ambiente y Salud	36
C. Salud Mental	45
D. Salud Sexual y Genésica	50
E. Etnicidad y Cultura	57

Anexos

Anexo I:	Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental – Misión al Perú
Anexo II:	Nota Verbal dirigida a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos por la Misión Permanente de Perú ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra
Anexo III:	Declaración Pública de Paul Hunt en la Reunión y Teleconferencia “Acuerdo de la Sociedad Civil para la Realización de la III Conferencia Nacional de Salud” – Lima, Perú, 30 de noviembre del 2005
Anexo IV:	“La Participación de la Sociedad Civil y el Derecho a la Salud” – Declaración Pública del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental para la Ceremonia de Clausura de la III Conferencia Nacional de Salud

Derechos Humanos en Salud en el Perú:

Balance 2004 – 2006 desde la sociedad civil, a dos años de la visita del Sr. Paul Hunt, Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Resumen ejecutivo

Con motivo de cumplirse dos años de la Misión al Perú del Sr. Paul Hunt, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que se realizó en el Perú del 7 al 15 junio 2004, grupos y organizaciones de la sociedad civil, convocados por la Coalición de Derechos Humanos en Salud (CDHS) y por la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH), han realizado un balance del cumplimiento del Estado Peruano de las recomendaciones que se le hicieran al Estado Peruano. El presente documento tiene como objetivo dar cuenta del balance y la agenda aún pendiente.

El documento se inicia con un recuento sobre el mandato del Relator de Naciones Unidas, su visita al Perú y su encuentro con las organizaciones sociales, así como un rápido recuento de los cambios que se han vivido en el contexto político peruano, durante el periodo, para luego revisar una a una las recomendaciones hechas en el informe presentado por el Sr Paul Hunt con ocasión de su visita al Perú (E/CV.4/2005/51/Add.3).

Para una revisión integral del contexto y sustentación de las recomendaciones, se adjunta el Informe presentado por el Relator Especial a propósito de su visita al Perú, así como la respuesta del Estado Peruano a este informe (Anexos 1 y 2 de la presente publicación).

● **Antecedentes: Visita del Sr. Paul Hunt, Relator de Naciones Unidas**

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en su sesión del 22 de abril de 2002, decidió nombrar, por un período de tres años luego prorrogada por otros tres años, un relator especial cuyo mandato se centre en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental¹.

¹ Resolución de la 2002/31

El mandato del Relator Especial, se encuentra enmarcado en lo dispuesto por el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como en el derecho a la no discriminación, consagrado en el apartado iv del párrafo e del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

La Comisión, al nombrar al Relator Especial, le da como mandato:

- Que reúna, solicite, reciba e intercambie información de todas las fuentes pertinentes, con inclusión de gobiernos, organizaciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales, sobre el ejercicio del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;
- Que sostenga un diálogo regular y examine las posibles esferas de cooperación con todos los agentes pertinentes, incluidos gobiernos, órganos, organismos especializados y programas pertinentes de las Naciones Unidas, en particular la Organización Mundial de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como organizaciones no gubernamentales e instituciones financieras internacionales;
- Que informe sobre la situación en todo el mundo en materia de ejercicio del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de conformidad con lo dispuesto en los instrumentos de Naciones Unidas, y sobre las novedades relacionadas con ese derecho, entre otras cosas sobre las leyes, las políticas y las buenas prácticas que más favorecen su disfrute, y sobre los obstáculos con que tropieza su ejercicio a nivel interno e internacional;
- Que formule recomendaciones sobre medidas apropiadas para promover y proteger el ejercicio del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, con miras a apoyar los esfuerzos de los Estados para mejorar la salud pública;
- Que evite en su trabajo toda duplicación o superposición con

el trabajo, las competencias y el mandato de otros órganos internacionales que se ocupan de cuestiones de salud;

- Que aplique una perspectiva de género en su trabajo y a que preste especial atención a las necesidades de los niños en el ejercicio del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;
- Que tenga en cuenta en su trabajo las disposiciones pertinentes de la Declaración y Programa de Acción de Durban, aprobados en septiembre de 2001 por la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (A/CONF.189/12), así como las de las declaraciones y programas de acción adoptados por las principales conferencias y cumbres de las Naciones Unidas y sus reuniones complementarias, y a que tenga presentes la Observación General N.º 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Recomendación General N.º 24 aprobada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 20.º período de sesiones, así como cualquier otra observación general que los órganos creados en virtud de tratados adopten sobre disposiciones conexas de instrumentos pertinentes;

Es pues en este marco que el Relator Especial, Sr. Paul Hunt, atendiendo a una invitación que hiciera el Estado Peruano de manera general a todos los Relatores de Naciones Unidas, encuentra oportuno desarrollar una visita al Perú.

● Propósito de la misión al Perú²

Tal como fue informado por el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el propósito de la misión era entender, en el espíritu de cooperación y diálogo, cómo el Perú está tomando acciones para implementar el derecho a la salud, las medidas tomadas para su realización exitosa y los obstáculos encontrados, tanto a nivel nacional como internacional.

La misión se enfocaría de manera amplia en el derecho a la salud en el Perú, incluyendo acceso al cuidado de la salud, así como también

² United Nations High Commissioner for Human Rights. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Mission to Peru. 7 - 17 June 2004. Background note.

las condiciones determinantes de la salud. Como temas transversales de la misión se abordarían el impacto de la pobreza y la discriminación, incluyendo desigualdades en el disfrute del derecho a la salud. Más específicamente, el Relator Especial tenía la intención de abordar temas como:

- Marcos legislativos nacionales y su relación con el derecho a la salud
- La relación de estrategia nacional de reducción de la pobreza y otras políticas nacionales de salud relacionadas con el derecho a la salud
- Progreso en el alcance de los objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
- Acceso a información, instalaciones, bienes y servicios, en particular para grupos marginalizados, incluyendo pueblos indígenas, comunidades rurales y mujeres
- Salud mental
- La aceptabilidad y calidad de las instalaciones, bienes y servicios de salud
- Salud sexual y reproductiva
- Acuerdos comerciales y su impacto en el acceso a medicinas
- Los roles y responsabilidades de los profesionales de la salud
- Los donantes y su rol en las instituciones financieras internacionales

Adicionalmente, el Relator Especial aplicaría una perspectiva de género y pondría atención especial a las necesidades de los niños.

Tal como fuera anunciado el informe de esta visita fue presentado oficialmente por el relator con ocasión de la sesión 61 de la Comisión de Derechos Humanos³, el mismo que recibió una respuesta por parte del Estado Peruano, a través de una nota verbal presentada con fecha 21 de marzo de 2005 dirigida a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos por la Misión Permanente de Perú ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra⁴.

³ Informe presentado con fecha 4 de febrero de 2005. E/CN.4/2005/51/Add.3

⁴ Nota de 6 de abril de 2005. E/CN.4/2005/G/32, que se adjunta en el Anexo 2.

● **Descripción del proceso de acompañamiento a la primera visita oficial de Paul Hunt al Perú y su significado**

Las organizaciones de sociedad civil, convocadas por la Coalición por los Derechos Humanos en Salud y la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, desde un inicio reconocieron la importancia de esta visita y la vieron como una oportunidad para que diferentes grupos y organizaciones de la sociedad civil que vienen trabajando temas relacionados con el derecho a la salud pudiesen mantener un diálogo directo y fluido con el Relator, postulando una reunión amplia y sin intermediarios del Relator con estos grupos, así como visitas a lugares claves donde el Relator pudiese constatar in situ las condiciones precarias en que viven millones de peruanos.

Para el cumplimiento de una agenda tan nutrida y fundamentalmente para el diálogo de la sociedad civil con el Relator, se convocó de manera amplia a todos los grupos y organizaciones que quisieran hacerse presentes en este evento. Así, en diferentes momentos se contó con el apoyo de:

- Salud y trabajo: ISAT
- Salud Mental – Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, REDINFA
- Minería y derecho a la salud – CONACAMI,
- Encuentro de pacientes y usuarios, APRODEH, CARE Perú (Programa Derechos en Salud)
- Derechos sexuales y reproductivos – Mesa de Vigilancia Ciudadana por los DDSSRR, C.M.P. Flora Tristán.
- Medicamentos, patentes, OMC y TLC – MSF, Personas viviendo con VIH, Colectivo Vida y Acción Internacional Para la Salud AIS
- Personas con discapacidad: ALAMO y Comisión del Congreso de la República
- Derecho a la salud en las cárceles – CEAS
- Personas con Tuberculosis ASET
- Mesa de Salud Integral
- Colectivo Vivienda Digna

Estas organizaciones asumieron la responsabilidad en su momento de convocar a otras organizaciones y desarrollar un taller previo para el análisis del derecho a la salud, con el objetivo de presentar las conclusiones de este trabajo al Relator de Naciones Unidas en un Encuentro que se realizó el 9 de junio de 2004, en el Centro Cultural Casa Honorio Delgado, haciéndose presentes en el acto representantes de diversas regiones a nivel nacional y delegados de los 14 grupos de trabajo, asistiendo al evento más de 150 personas.

El 5 de junio el Relator sostuvo una reunión con las organizaciones que forman parte de la Mesa de Vigilancia Ciudadana de los Derechos Sexuales y Reproductivos⁵, en la cual el relator recibió información respecto a las políticas públicas en dicho tema, el estado actual de los indicadores y las preocupaciones centrales de dicho colectivo en relación al tema.

El Relator también estuvo presente en la ceremonia de inauguración del Diploma Internacional de Derechos en Salud, dirigido a la formación de funcionarios de la Defensoría del Pueblo, del Ministerio de Salud y de la sociedad civil⁶. En dicho acto de inauguración se le nombró profesor honorario de dicha casa de estudios.

El sábado 12 de junio, el Relator Paul Hunt se reunió con las organizaciones integrantes de la CONAMUSA (Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud), instancia de coordinación entre el Estado y la sociedad civil para la conducción del Programa del Fondo Mundial contra el VIH SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en el Perú. En dicha reunión, el Relator recibió información directa por parte de los responsables del Programa de Control de la infección por VIH / SIDA en el Perú, así como de organizaciones peruanas vinculadas a su prevención y control, y de organizaciones de personas viviendo con VIH / SIDA y de poblaciones en riesgo de contraer la enfermedad.

Así mismo, sostuvo una reunión de trabajo con los directivos del Foro de la Sociedad Civil en Salud, la más amplia red de organizaciones de la sociedad civil en salud del Perú.

Durante su misión, el Relator se desplazó a las ciudades de Iquitos y

⁵ Instancia de la sociedad civil que agrupa a organizaciones y profesionales que trabajan en el campo de los derechos y la salud sexual y reproductiva y la vigilancia ciudadana desde el año 2001.

⁶ Organizado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el Ministerio del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (DFID), el Programa Derechos en Salud de CARE Perú, el Proyecto Policy (USAID) y the Institute of Development Studies (IDS) de la Universidad de Sussex.

Ayacucho, en las cuales visitó los servicios de salud y zonas pobres de ambas ciudades, además de reunirse con autoridades y representantes de la sociedad civil en salud de ambas regiones.

● **Perú: 2004-2006: Contexto sociopolítico en el momento actual**

- En julio de 2006 se ha iniciado un nuevo mandato presidencial, así como se ha renovado el Congreso en su totalidad. El nuevo gobierno, liderado por el Partido Aprista, ha mostrado su intención de continuar con la descentralización, esta vez anunciando la entrega a las municipalidades la administración de puestos y centros de salud; ampliando la jornada de atención en los hospitales; proponiendo la integración del petitorio nacional para la compra de medicinas; ampliando a grupos antes excluidos al acceso al seguro integral de salud y priorizando la rehabilitación y equipamiento de las emergencias en los hospitales para garantizar su adecuado funcionamiento⁷.
- A fines del 2005, el Estado Peruano ha aprobado un Plan Nacional de Derechos Humanos⁸ que en materia del derecho a la salud, busca fortalecer la normativa e institucionalidad en vigor, en orden a promover y proteger el derecho a la salud, implementando disposiciones precisas para desarrollar cada una de las estrategias sanitarias⁹. Entre otros compromisos, plantea la elaboración e implementación de un Plan Nacional de Salud formulado de manera integral, participativa y descentralizada, articulado con los Planes Regionales y Locales de Salud, recogiendo las expresiones y necesidades de la población en materia de salud, con especial énfasis en la población más pobre y vulnerable del país.
- Es importante establecer que en el país el debate de la reforma de la Constitución Política esta pendiente, aunque los esfuerzos de retomar la Carta Magna de 1979 que consagra el derecho a la salud como derecho fundamental son todavía débiles. Recientemente la Comisión de Constitución del Congreso de la Republica ha creado

⁷ Mensaje a la Nación. Presidente Alan García, 28 de julio de 2006.

⁸ D.S N° 017-2005-JU/S, 11.12.05

⁹ Es destacable el proceso participativo que representó la elaboración del Plan, en el cual estuvieron representados diversos sectores sociales. A pesar de este proceso, la Conferencia Episcopal Peruana y las Fuerzas Armadas se opusieron a reconocer los diecinueve puntos consensuados sobre diversidad sexual, la perspectiva de género y los derechos reproductivos. Así, en el documento final se eliminó el término género de todo el texto y se reemplazo los diecinueve puntos propuestos sobre el derecho de las personas LGBT (Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales) por cuatro puntos restrictivos a sus derechos, no aplicables a las Fuerzas Armadas.

un grupo de trabajo para analizar la forma cómo se realizará la reforma constitucional.

- Un hito en el período lo constituye la Iniciativa Ciudadana, impulsada por la Coalición por los Derechos Humanos en Salud, que ha llevado al Congreso de la República la propuesta de “Ley de Derechos y Obligaciones de las Personas Usuarias en los Servicios de Salud”¹⁰, presentada con el respaldo de 100,000 firmas, y que significó una movilización ciudadana de alcance nacional para la recolección de firmas por el derecho a la salud, que obtuvo el respaldo de diversos grupos de la sociedad civil, entre los que destacan el ForoSalud, los organismos de derechos humanos, organizaciones de pacientes y organizaciones sociales de base.
- Durante este período, y desde la sociedad civil en salud, el ForoSalud ha desarrollado procesos de construcción de políticas de salud desde las regiones, las que fueron llevadas a dos Conferencias Nacionales de Salud (agosto de 2004 y julio de 2006). Ambos encuentros, cuya asistencia superó los dos mil participantes, hicieron posible un diálogo nacional sobre las mencionadas propuestas de políticas con la presencia de múltiples actores de la sociedad civil, y contando en ambas ocasiones con representantes del Estado (Ministerio de Salud) y la propia Ministra de Salud. La III Conferencia Nacional de Salud (2006) consolidó las propuestas construidas en diecisiete foros regionales alrededor de tres ejes: cómo asegurar el acceso universal a servicios de salud de calidad; la promoción de la salud y la prevención de riesgos alrededor de los factores determinantes de la salud; y la participación ciudadana en el desarrollo de políticas y acciones vinculadas a la salud de la población, con énfasis en los pobres y excluidos.
- ForoSalud desplegó, además, un esfuerzo importante con el objetivo de materializar las recomendaciones del Relator Especial acerca del proceso de negociaciones sobre el Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos, habiendo planteado en el nivel nacional y desde los niveles regionales un cambio en la manera en la que se desarrollaban las negociaciones del Tratado, a través de la Campaña “TLC Así No”, buscando plantear un acuerdo que garantice el acceso a los medicamentos a todas y todos los

¹⁰ Proyecto de Ley N° 13108/2004-IC de mayo 2005

peruanos, y que la población estuviese adecuadamente informada de los puntos negociados por el Gobierno Peruano.

- Asimismo, destaca el desarrollo de consensos y la formulación de compromisos para mejorar la salud de la población, adoptados por diecisiete agrupaciones políticas de ámbito nacional, en relación a cómo alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio, la descentralización de la salud, la promoción de la participación ciudadana, el financiamiento de la salud, el aseguramiento universal y la disponibilidad de medicamentos. Similar proceso se encuentra en desarrollo en diez regiones del país, de cara a las elecciones regionales y municipales de salud. Estas movilizaciones son especialmente impulsadas por las organizaciones de la sociedad civil (ForoSalud y movimientos regionales) y son promovidas y apoyadas desde distintos programas y proyectos de cooperación¹¹.
- De manera semejante, la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil, promovida por instituciones de la sociedad civil, a las que se han unido agencias internacionales de cooperación, logró el compromiso específico de los partidos políticos para reducir la desnutrición en menores de cinco años.
- Como parte de una denuncia interpuesta por organizaciones de derechos humanos del movimiento feminista peruano, se logra un hecho sumamente importante para las mujeres en el Perú y en otras partes del mundo, ya que el Comité de Derechos Humanos en su 85° período de sesiones aprueba el dictamen ante una denuncia al Estado peruano por poner en peligro la vida de una adolescente al negarle el derecho al aborto terapéutico contenido en el ordenamiento legal nacional. El Comité señala que el Estado tiene la obligación de proporcionar a la autora un recurso efectivo que incluya una indemnización y obligación de adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones semejantes en el futuro. Un colectivo de organizaciones de la sociedad civil, incluida la Mesa de Vigilancia Ciudadana de los Derechos Sexuales y Reproductivos y organizaciones como la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y el Observatorio por el Derecho a la Salud del CIES, viene trabajando e impulsando acciones que permitan emitir un

¹¹ Ambos procesos han sido apoyados por la Iniciativa para el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, de la que forman parte PRAES – Promoviendo Alianzas y Estrategias, USAID-Iniciativa de Políticas de Salud, el Instituto Nacional Demócrata (NDI), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Programa Derechos en Salud de CARE Perú.

protocolo nacional que haga oportuna y de calidad la atención de las mujeres que necesiten un aborto terapéutico.

- **Proceso de elaboración del informe de seguimiento**

A dos años de la visita del Relator Especial, nuevamente la Coalición por los Derechos Humanos en Salud y la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos convocaron a las organizaciones de la sociedad civil que habían participado en el proceso, como a otras nuevas con trabajo y experiencia demostrada en el ámbito de las diversas problemáticas abordadas por las recomendaciones del Relator Especial, quienes respondiendo a este llamado han analizado el cumplimiento del Estado Peruano respecto a sus obligaciones en materia del derecho a la salud, sobre la base de las recomendaciones planteadas por el Relator Especial en el informe de su visita al Perú.

Participaron de dicho proceso las siguientes instituciones: Acción Internacional por la Salud (AIS); Asociación Peruana de Derecho Sanitario (APDS); Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH); Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX); CONACAMI; Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (Grupos de Trabajo de Salud Mental y de Pueblos Indígenas); Foro de la Sociedad Civil en Salud – ForoSalud; FOVIDA; Mesa de Vigilancia por los Derechos Sexuales y Reproductivos; Movimiento Manuela Ramos; Observatorio del Derecho a la Salud del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES); PROSA (Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Seropositivas); REDINFA; y la SPDA; a quienes se sumaron profesionales vinculados a la salud y los derechos humanos en el Perú. Este análisis ha dado lugar al presente informe.

INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES

Capítulo: III. MARCOS NORMATIVO E INSTITUCIONAL

A. Una política sanitaria nacional contra la pobreza y la discriminación

Recomendación 28: *La recomendación primordial del Relator Especial es que el Gobierno, en colaboración con todas las partes interesadas, formule una política y una estrategia sanitaria generales, fundadas en el derecho a la salud, que combatan la injusticia, las desigualdades, la discriminación y la situación de los pobres (es decir, una política sanitaria equitativa a favor de los pobres). La recomendación supone tanto una política como una estrategia de salud, es decir, no sólo definir los objetivos sino también cómo alcanzarlos.*

Recomendación 29: *La política y la estrategia deberían basarse en los derechos humanos, aprovechar las iniciativas existentes y tener un amplio apoyo político. Es importante que se preste suficiente apoyo a la política para sobrevivir a los cambios de ministros y de gobierno. En otras palabras, el objetivo debería ser que haya una política de Estado y no de gobierno.*

Recomendación 33: *El Relator Especial recomienda que las entidades asociadas en el desarrollo del Perú presten el apoyo financiero necesario para que el Gobierno organice un buen proceso y elabore una política convincente.*

Recomendación 34: *Además, al final del proyecto, cuando se hayan confeccionado la política y estrategia sanitarias equitativas a favor de los pobres, se deberá invitar a los asociados en el desarrollo a que proporcionen recursos importantes para aplicarlas a través de un fondo común para el sector sanitario.*

El gobierno no ha formulado una política ni una estrategia sanitaria general fundada en el derecho a la salud, basada en los derechos humanos y con apoyo político, como pedía el informe del relator.

Desde antes de la visita de Paul Hunt al Perú, el gobierno había formulado los “Lineamientos de Política de Salud 2002-2012”. Estos lineamientos

enmarcan objetivos generales a ser cumplidos por el Estado Peruano, pero no han tenido como marco de referencia el enfoque de derechos humanos en salud.

Posteriormente, se ha aprobado lineamientos de política en temas específicos como la salud mental, los medicamentos y la promoción de la salud, sin que estén claramente vinculados al cumplimiento de la recomendación, siendo una característica su aprobación sin la garantía de los recursos para su cumplimiento.

En resumen, ante la ausencia de una política sanitaria integral de carácter sistémico a favor de los más pobres lo que hay son esfuerzos dispersos a cargo de los ministerios sociales - entre ellos el Ministerio de Salud - que pretenden abordar necesidades básicas pero con dificultades de filtración¹², sub-cobertura y complejidades burocráticas que en muchos casos discriminan negativamente a los más pobres (como el requerimiento del DNI para la afiliación al Seguro Integral de Salud, en poblaciones pobres y mayoritariamente indocumentadas. Estas propuestas presentan en su diseño y concepción atributos de ser pro pobres y pro equidad, pero su práctica evidencia serias limitaciones, sea para su inicial implementación - muchos sólo han avanzado hasta documentos normativos u administrativos- como para su desarrollo.

Entre los nuevos programas de asistencia social, el Gobierno implementa desde setiembre de 2005 el Programa "Juntos", que transfiere dinero de manera directa a familias pobres con hijos en distritos rurales seleccionados, que hoy ascienden a un número de treinta mil familias, que ha iniciado su gestión con un presupuesto de 100 millones de dólares, y que incorpora intervenciones y compromisos de las familias en salud y educación.

Entre las iniciativas desplegadas desde el sector salud, desde el año 2004 y hasta el final del gobierno anterior, el Ministerio de Salud impulsó la Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud.

Esta iniciativa nacional, planteada por la Ministra de Salud durante la visita del Relator Especial¹³, comprendió cinco líneas de trabajo: acceso

¹² Personas con capacidad de pagar su atención de salud o gozan de algún seguro de salud que se benefician de servicios subvencionados por el Estado sólo para las personas pobres.

¹³ Anunciada en el Taller "Enfoques y Perspectivas de los Derechos en Salud", organizado por el Ministerio de Salud y CARE Perú, que contó con la presencia del Relator Especial (Lima, 15 de junio de 2005), y que luego fue anunciada públicamente bajo el marco de la II Conferencia Nacional de salud, organizada por el ForoSalud.

universal a servicios de salud de calidad, información para un mejor conocimiento de los derechos en salud, participación ciudadana, derechos sexuales y reproductivos y promoción de la interculturalidad en salud. Adicionalmente, se constituyó en la primera oportunidad que el Ministerio de Salud impulsa una iniciativa explícitamente vinculada a los Derechos Humanos y la Salud.

Sin embargo, y a pesar que en el desarrollo de este proceso nacional se sostuvo diversas reuniones macrorregionales con la participación de los integrantes de los Consejos Regionales de Salud, la participación de la sociedad civil tuvo limitaciones, al ser éste un proceso conducido principalmente desde el nivel central del Ministerio de Salud.

Un componente de la iniciativa fue la “Carta de la Salud”, mediante la cual el MINSA convocó a la ciudadanía a que le hiciese llegar su percepción sobre sus necesidades de salud, sus propuestas y su compromiso de participación. Las principales tendencias encontradas en una muestra representativa de cerca de medio millón de cartas enviadas al MINSA reflejan una demanda por mejor calidad de atención, mayor acceso a medicamentos, mejor trato por parte del personal de salud, y la implementación de mayores acciones de proyección comunitaria¹⁴. Los resultados de esta consulta fueron presentados al final de la gestión del gobierno de Alejandro Toledo, lo que plantea retos específicos para la gestión actual del Ministerio de Salud, en lo que refiere a la implementación de acciones de respuesta efectiva a las necesidades y demandas de la población, en un esfuerzo semejante al desarrollado – con limitaciones – en Ayacucho¹⁵ a partir de los resultados del piloto de la Carta.

En este sentido, los mecanismos para una consulta ciudadana resultan importantes, pero lo es más la respuesta integral de las instituciones a las prioridades planteadas por la población, lo que demanda voluntad política y compromiso por los derechos de ciudadanas y ciudadanos.

Otro aspecto importante en el Ministerio de Salud, derivado de la intención de incorporar el enfoque de derechos en el accionar institucional, fue la creación de la Unidad Técnica Funcional de Derechos, Equidad de

¹⁴ Carta de la Salud: Escuchando la voz de la Población. Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades en Salud. Ministerio de Salud/CARE Perú. Capítulo III: “Diagnosticados” por la Población. Editorial Sonimágenes del Perú. Lima, agosto de 2006

¹⁵ Ayacucho: Respuesta a la Carta de la Salud Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades en Salud. Ministerio de Salud/CARE Perú. Capítulo IV: Respuesta desde el MINSA y V: Un camino a seguir. Editorial A-4 Impresores. Lima, marzo de 2006

Género e Interculturalidad en Salud, con la finalidad de promover un mejor entendimiento y la “transversalización” de estos enfoques. Entre las acciones que ha desarrollado, la Unidad ha coordinado con distintos referentes de los mencionados temas¹⁶ la formulación de un marco conceptual sobre Derechos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, así como ha formulado una Norma de Transversalización de dichos enfoques en las políticas y acciones institucionales. El MINSA, además, ha establecido la incorporación y promoción del lenguaje inclusivo como estrategia para impulsar la equidad de género¹⁷.

La construcción de una política de salud equitativa a favor de los pobres demanda una importante capacidad de convocatoria por parte del Estado, y la voluntad política que demandan los procesos participativos. A pesar de las iniciativas que se han dado desde la sociedad civil estos planteamientos no han sido recogidos por el Ministerio de Salud y ha faltado voluntad política para concretarlas. Las oportunidades que representan instancias como el Acuerdo Nacional¹⁸, así como los espacios abiertos y promovidos desde la sociedad civil en salud (Segunda y Tercera Conferencias Nacionales de Salud y sus múltiples conferencias regionales de salud), hubieran podido dar sustento a una propuesta consensuada de una política sanitaria por el derecho a la salud.

De igual manera, el Consejo Nacional de Salud, dada su composición plural y con representación de la sociedad civil, podría constituirse en un espacio privilegiado para dirigir el esfuerzo por contar con una política y estrategia sanitaria nacionales fundadas en el derecho a la salud. Sin embargo, desde que fuera creado en el 2001 su desarrollo no ha estado orientado a tal fin, y su composición refleja una importante desigualdad numérica entre quienes representan a prestadores de salud, al lado de un solo representante de la sociedad civil¹⁹.

Es en los ámbitos regionales que se ha dado avances importantes en lo que respecta a experiencias de participación ciudadana en la definición y formulación de políticas de salud. La mayoría de las regiones del Perú

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud, AMARES, Programa Derechos en Salud de CARE Perú, PAR Salud y Policy Project. Ver: Carta de la Salud: Escuchando la voz de la Población. Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades en Salud. Ministerio de Salud/CARE Perú. Capítulo III: “Diagnosticados” por la Población. Editorial Sonimágenes del Perú. Lima, agosto de 2006.

¹⁷ Resolución Ministerial 188-2006- MINSA.

¹⁸ En donde existe una representación de fuerzas políticas y de sociedad civil.

¹⁹ Francke, P., Arroyo, J., Guzmán, A., (2006) Salud: Aportes para el gobierno peruano 2006-2011. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y ForoSalud. Proyecto Elecciones Perú 2006. Ediciones Novaprint, febrero de 2006.

ha desarrollado Planes Regionales Concertados de Salud, y algunas experiencias regionales han desplegado mecanismos de participación importantes y novedosos²⁰.

Asimismo, en preparación para la Segunda y Tercera Conferencias Nacionales de Salud, del ForoSalud, en un proceso participativo diecisiete regiones han elaborado diagnósticos de salud y propuestas de lineamientos de política, llegando a discutirse y aprobarse, propuestas de políticas por el derecho a la salud de carácter nacional. Ambos procesos han contado con el apoyo de diversas entidades internacionales y nacionales de promoción del desarrollo²¹; además de la presencia de los funcionarios de más alto nivel del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales²². Sin duda, un reto pendiente es que dichas propuestas tengan carácter vinculante para efectos de la disponibilidad de recursos y otros arreglos institucionales necesarios para su implementación.

Finalmente, es importante destacar que en el reciente discurso de asunción del mandato presidencial, el Presidente de la República actualizó el tema de la descentralización de la salud y la educación a los gobiernos locales. La participación ciudadana, condición necesaria para asegurar el sustento y la legitimación de las políticas sociales, se ve fortalecida al descentralizarse la toma de decisiones y del manejo de los recursos a los niveles locales. Desarrollar un proceso de descentralización que promueva participación, por tanto, se vuelve un elemento sustancial de la agenda pública nacional.

Se espera que el proceso de descentralización conducido por el Ministerio de Salud genere condiciones para una participación ciudadana efectiva que contribuya a la adecuación de los servicios e intervenciones de salud a las necesidades y expectativas locales, en especial de la población que vive en condiciones de pobreza y exclusión.

²⁰ En La Libertad y en Lambayeque los gobiernos regionales impulsaron procesos de consulta directa (votación en urna) a la ciudadanía para la definición de las prioridades regionales de salud; en Ucayali se desarrollaron cónclaves ciudadanos para definir dichas prioridades.

²¹ CARE Perú (Programa Derechos en Salud); USAID-Iniciativa de Políticas; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Cooperación Belga para el Desarrollo y la Agencia Española de Cooperación Internacional.

²² www.forsalud.org.pe

B. Disponibilidad de recursos

Recomendación 38: *El Relator Especial recomienda encarecidamente que se invierta este descenso en los gastos y que se destinen más recursos financieros al sector de la salud de conformidad con el compromiso asumido en el Acuerdo Nacional, así como con las obligaciones internacionales del Perú en materia de derechos humanos, y que se utilicen estos recursos conforme a la política sanitaria equitativa a favor de los pobres mencionada.*

El Relator Especial recomendó encarecidamente que se destinen más recursos financieros al sector salud. Un análisis del presupuesto de salud 2006²³ indica que para ese año el presupuesto del sector salud aprobado era de 0,90% del PBI frente a 0,98% del PBI para el 2005.

En términos del presupuesto global, el sector salud bajó de 4,9% a 4,8% del presupuesto total²⁴. Al sustentar la necesidad de mayores recursos financieros para el sector, el Ministerio de Salud señaló que el presupuesto aprobado para el 2005, al no variar sustancialmente su asignación histórica, dejaba sin cubrir el 49% de las necesidades del sector, solicitando un adicional de 1,502 millones de soles que no le fue otorgado.

Posteriormente, a lo largo del primer semestre del año 2006, este presupuesto ha sido ampliado mediante dos créditos suplementarios, por un monto de 50 millones de soles, la mayor parte del cual ha sido destinado a pagar aumentos de sueldos a los profesionales y trabajadores de la salud, mas no a incrementar atenciones y coberturas de salud.

²³ Augusto Portocarrero: "Proyecto de presupuesto para salud 2006", Alerta de Análisis Independiente del Presupuesto N° 3, CIES-Observatorio del Derecho a la Salud, octubre 2005, Lima.

²⁴ Augusto Portocarrero: "Proyecto de presupuesto para salud 2006", Alerta de Análisis Independiente del Presupuesto N° 3, CIES-Observatorio del Derecho a la Salud, octubre 2005, Lima.

C. La comunidad internacional

Recomendación 39: *El Relator Especial recomienda que se anule una gran parte de la deuda bilateral o multilateral del país a condición de que los fondos liberados se destinen a la aplicación de la citada política sanitaria.*

Recomendación 40: (Sobre “un programa pionero en el Perú denominado Mejorando la Salud de los Pobres: un enfoque de derechos humanos”, ejecutado por el DFID con CARE Perú y la Defensoría del Pueblo). *El Relator Especial lamenta profundamente que la política británica con respecto a Iraq esté poniendo gravemente en peligro una iniciativa tan valiosa en materia de salud y derechos humanos en América Latina. Solicita al Reino Unido que busque más recursos urgentemente para que pueda continuar sus actividades en materia de salud y derechos humanos en el Perú.*

La recomendación del Relator Especial en relación a la anulación de gran parte de la deuda bilateral o multilateral del país para la derivación de los fondos liberados a la aplicación de una política y estrategia sanitaria general fundada en el derecho a la salud no se ha cumplido.

Respecto a la Recomendación del Relator Especial en el sentido que el Reino Unido “busque urgentemente más recursos para que pueda continuar sus actividades en materia de salud y derechos humanos en el Perú”, esto se ha cumplido en una dimensión muy limitada. El Ministerio del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (DFID) cerró, tal como había anunciado a inicios del 2004, sus oficinas en el Perú.

Sin embargo, el programa “Mejorando la Salud de los Pobres: un enfoque de derechos humanos”, conducido por CARE Perú, continuará hasta marzo de 2008 desarrollando un trabajo a nivel de redes de sociedad civil e instituciones públicas, como el Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo, buscando contribuir a políticas que respondan a las necesidades de la población. Esto se logró por la extensión de un Acuerdo de Asocio Programático establecido entre el DFID y CARE Reino Unido, para el desarrollo de un conjunto de acciones en América Latina, que “recupera” el setenta por ciento del presupuesto originalmente asignado a dicho Programa.

D. La Defensoría del Pueblo

Recomendación 42: (En relación a un programa quinquenal de salud y derechos humanos prometido por el DFID a la Defensoría del Pueblo)
El Relator Especial recomienda que los donantes se aseguren de que este programa reciba los fondos necesarios para que termine los cinco años.

Al momento del cierre de las oficinas del DFID en el Perú, el mencionado Programa de Salud y Derechos Humanos, desarrollado con la Defensoría del Pueblo, que contaba con un presupuesto de U\$ 664,000, había ejecutado cerca del 60 por ciento de su presupuesto. El DFID aceptó extender el desarrollo del Programa sobre la base del presupuesto no ejecutado. En septiembre de este año el DFID comunicó a la Defensoría del Pueblo el cierre de las operaciones del Programa, el que todavía continuaba ejecutando el saldo previsto para su primer año de desarrollo (2004).

E. La participación de la sociedad civil

Recomendación 43: *En términos generales, el Relator Especial considera que los CLAS han contribuido a la participación de la comunidad en lo pertinente a la salud, elemento integrante de este derecho. Anima al Gobierno a que adopte medidas para mejorar y perfeccionar los CLAS y a extender el sistema a todo el país.*

El Programa de Administración Compartida y las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) se ha instalado hace más de doce años, periodo dentro del cual ha habido avances y retrocesos. Sobre el periodo de junio 2004 a julio 2006 pueden señalarse hechos que en la práctica implican preocupantes retrocesos:

En lo relativo al financiamiento a las CLAS, éste ha disminuido. El agravante es que una fuente importante de financiamiento como el Seguro Integral de Salud (SIS) reembolsa a las CLAS con mucho retraso aún. A pesar de haber mejorado en relación a años anteriores, su retraso promedio es de dos a tres meses. Adicionalmente, la ejecución del gasto de los ingresos por el Seguro Integral de Salud va a contracorriente de la idea de flexibilidad y rapidez que caracteriza la ejecución de recursos en las CLAS, ya que los reembolsos por el SIS deben ser administrados de forma tradicional, afectando la capacidad de decisión en el nivel local por las CLAS.

En relación al proceso de extensión del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud, como fue sugerido por el Relator Especial, a junio de 2004 había 2,155 establecimientos de salud bajo la administración de las CLAS. Durante todo el período cubierto por este informe de seguimiento, no se ha incorporado ningún establecimiento de salud adicional al programa de Administración Compartida, a pesar de estudios recientes que ratifican las ventajas de este modelo de co-gestión de servicios de salud²⁵. Esto reflejaría una evidente indefinición por parte del Ministerio de Salud.

En lo referente al desarrollo de su marco normativo, el 26 de julio de 2006 se publicó en el diario oficial "El Peruano" la Resolución Ministerial

²⁵ Banco Mundial y Ministerio del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (DFID). Un Nuevo contrato Social para el Perú: ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario? Washington, 2006.

698-SA, que aprueba la Directiva 095 que deja sin efecto la norma de aplicación del D.S. 01-94-SA (norma que creó los CLAS) aprobadas por la Resolución Ministerial 176-2000-SA. Esta nueva norma se da al final del periodo de gobierno 2001-2006, sin plantear un desarrollo de la experiencia para profundizar la participación ciudadana y sin articular las CLAS al proceso de descentralización. En general, la nueva norma incorpora contenidos de Resoluciones Ministeriales previas, que planteaban priorizar las atribuciones de la autoridad de salud en desmedro de las de la comunidad organizada. En términos técnicos, al ser una compilación de normas anteriores, crea contradicciones, vacíos y falta de concordancia en el marco legal y por tanto inaplicabilidad. A ello se agrega que esta nueva norma no ha sido difundida en el sector salud.

Otro punto de preocupación es la situación de los recursos humanos trabajando en las CLAS. Dos hechos centrales pueden considerarse un retroceso para el modelo de Cogestión. El primero se refiere al nombramiento del Personal Médico Cirujano trabajando en las CLAS²⁶ y por otro lado, los salarios comparativamente menores para el personal no médico trabajando en las CLAS. Esta situación ha generado que las CLAS ya no intervengan en la selección y evaluación del personal médico, afectando el control social logrado en estos doce años y, además ha disminuido la cantidad de recursos transferidos a la Asociación, devolviendo el control de los mismos a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS). Por último, ha generado inconformidad entre el equipo de salud, al colocar en regímenes diferenciados a médicos del resto del personal. Este hecho afecta la prestación de los servicios de salud. A este mismo efecto contribuye que el Gobierno no haya prestado atención a la nivelación de los salarios que recibe el personal no médico en las CLAS con sus pares en los no CLAS.

Finalmente, un tema importante lo constituye el proyecto de Ley de Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del MINSA, que tiene por objeto establecer lineamientos que aseguren una participación real de la población en la gestión de la salud a nivel local, como mecanismo para mejorar las coberturas, calidad y acceso equitativo a los servicios de salud. Esta propuesta de Ley rescata las lecciones aprendidas de la experiencia de

²⁶ El nombramiento se dio por ley 28220 el 02 de septiembre del 2004, y se ha efectivizado este año 2006.

las CLAS y promueve su extensión. Al mismo tiempo incorpora, aunque todavía de manera parcial, su vinculación a los gobiernos locales en el marco de la descentralización.

Adicionalmente a lo que ha sucedido con las CLAS, es importante resaltar en este acápite otros procesos vinculados al desarrollo de la participación ciudadana en salud.

La necesidad de coordinar las políticas y acciones del sector salud motivó la creación del denominado Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud²⁷, que dio lugar a la implementación del Consejo Nacional y los Consejos Regionales y Provinciales de Salud. Estos espacios de coordinación y concertación tienen sólo un carácter consultivo y su composición, determinada por Ley, es mayoritariamente a base de representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud, quedando toda representación de la sociedad civil en salud y de las organizaciones sociales de base reducida a dos de doce integrantes.

En su mensaje de saludo al ForoSalud, a propósito de la realización de la III Conferencia Nacional de salud, el Relator Especial destaca que el derecho a la salud no sólo enfatiza la importancia de reducir la carga de enfermedades y de daños a la salud y a las condiciones para una vida saludable, sino también involucra la importancia de que dicho objetivo se alcance a través de procesos democráticos e inclusivos²⁸.

Al respecto, cabe resaltar el proceso de desarrollo que ha evidenciado el Foro de la Sociedad Civil en Salud-ForoSalud, que ha ido constituyéndose en un importante y amplio espacio de diálogo y articulación nacional para distintas organizaciones que forman parte de la sociedad civil en salud. El ForoSalud ha sido elegido representante de las organizaciones sociales en el Consejo Nacional de Salud, y en varios Consejos Regionales de Salud. Es conocido su accionar, en el nivel nacional y regional, en el planteamiento de alternativas para el desarrollo de las políticas de salud, y en el desarrollo de campañas vinculadas a los derechos e intereses de salud de la población.

²⁷ Ley 27813, que crea el Sistema nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

²⁸ Hunt, Paul. Algunas consideraciones finales sobre la participación y el derecho a la salud. Saludo a los participantes de la III Conferencia Nacional de Salud. Essex, 12 de julio del 2006.

F. Los profesionales de la salud y los usuarios del sistema sanitario

Recomendación 44: *El Relator Especial recomienda que se enseñen los derechos humanos a los profesionales de la salud, por ejemplo, en las facultades de medicina, y que el Gobierno se interese en mejorar las atribuciones y condiciones de todos los profesionales de la salud.*

En relación con la enseñanza de derechos humanos, ha habido un avance importante en el periodo en relación con las Facultades de Medicina, las mismas que en su mayoría (26 de las 28 existentes) han acreditado o cumplido los estándares mínimos de enseñanza de atención al paciente²⁹.

Bajo este marco, existen estándares referidos al conocimiento y respeto de los derechos de los usuarios y usuarias de los servicios de salud. Entre ellos:

- El estudiante explica al paciente en forma comprensible y completa el diagnóstico, la evolución y pronóstico de su enfermedad así como las alternativas terapéuticas.
- El estudiante explica al paciente en forma comprensible y completa los riesgos, contraindicaciones, advertencias, reacciones adversas e interacciones de los medicamentos que le prescriben así como las precauciones que deben tomar para su uso correcto y seguro.
- El estudiante aplica los procedimientos prescritos por las normas para preservar los derechos del paciente antes de proceder a efectuar cualquier procedimiento médico o quirúrgico.
- El estudiante demuestra respeto a la personalidad, dignidad e intimidad del paciente, tomando en consideración su contexto sociocultural.
- El estudiante exhibe actitudes y prácticas no discriminatorias en relación a los pacientes.
- El estudiante mantiene reserva de la información relacionada con el acto médico y la historia clínica del paciente.

²⁹ Informe Comité de Acreditación de Facultades de Medicina - CAFME, www.minsa.gob.pe/cafme.

Sin embargo, este esfuerzo no resultaría suficiente, por cuanto los primeros médicos formados con planes de estudio que incluyeron el desarrollo de esta competencia deben egresar el 2008.

Cabe preguntarse, además, si la introducción de estos contenidos difiere de lo que anteriormente aprendían los estudiantes en los cursos de Ética y Deontología, o los capítulos sobre calidad de atención, y si no se hace necesaria y urgente una mayor dedicación a resolver el tema del trato a las personas. Como se desprende de consultas ciudadanas como la realizada por el propio Ministerio de Salud a través de la Iniciativa de la Carta de la Salud³⁰, una de las principales razones por las que las personas no acuden a los servicios de salud (puestos de salud, centros de salud y hospitales) tanto en Lima como en las regiones del país es porque se sienten maltratados por el personal de salud. Debería recomendarse que el personal de salud revise sus prácticas actuales, particularmente la manera como se relacionan con los usuarios y usuarias.

De otro lado, desde instituciones académicas se ha realizado esfuerzos autónomos por incluir el tema de derechos en los perfiles de formación profesional en salud. Los ejemplos más importantes son enfermería y obstetricia.

En el caso de Enfermería, desde el 2003 la Asociación Peruana de Facultades de Enfermería (www.ASPEFEEN.org) trabajó el tema de acreditación e incluyó en el perfil por competencias de la enfermera lo siguiente:

- Reconocimiento del derecho de las personas a la vida, salud, cultura y a la información oportuna.
- Información a la persona, familia y comunidad sobre sus deberes y derechos como ciudadano.

En el caso de obstetricia, la Asociación Peruana de Facultades de Obstetricia y el Colegio de Obstetrices (<http://www.colegiodeobstetrasdelperu.org>) aprobó el 2005 el Perfil Profesional de la Obstetriz a aplicar en todas sus afiliadas. En el se incluye como competencia específica:

Respetar los derechos de las personas que atiende, motiva y procura que se involucren y comprometan positivamente con los

³⁰ Carta de la Salud: Escuchando la voz de la Población. Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades en Salud. Ministerio de Salud/CARE Perú. Capítulo III: "Diagnosticados" por la Población. Editorial Sonimágenes del Perú. Lima, agosto del 2006

procesos de atención; orienta el éxito de sus acciones a contribuir con el fortalecimiento de la familia y la comunidad y con el mejoramiento de la salud materno-perinatal e infantil.

Este aprendizaje formal en materia de derechos de los usuarios en los servicios de salud, es importante que se convierta en una práctica cotidiana de los profesionales de esta manera estaríamos disminuyendo significativamente el maltrato al paciente como una barrera de acceso a los servicios de salud. Esta formación en el aula debe ser complementada con el funcionamiento de las normas para la promoción de los derechos, la prevención de las vulneraciones de derechos y mecanismos eficaces de acceso a justicia que tengan en las instituciones sanitarias como protagonista de la mejora de la calidad de las prestaciones de salud.

De otro lado, en relación a la recomendación del Relator Especial en el sentido que el Gobierno se interese en mejorar las atribuciones y condiciones de todos los profesionales de la salud, diversos informes grafican los múltiples problemas vigentes en relación a los procesos de trabajo: flexibilización y precarización crecientes; remuneraciones bajas y diferenciadas según la institución; sub-empleo creciente de los profesionales de la salud; insatisfacción del personal de salud con aspectos importantes del trabajo (como la falta de recursos para hacer un buen trabajo), etcétera³¹.

Producto de ello, entre otros factores, se observa una alta conflictividad en el sector salud peruano. El año 2005, como producto de una huelga médica el gremio logró que se realizaran nombramientos automáticos de una importante cantidad de personal médico. Para el caso de otros profesionales de la salud, la Ley que autorizaba sus nombramientos ha sido observada y en el caso de Essalud el tema de los nombramientos ha quedado pendiente³².

Los nombramientos, asociados a procesos deficientes de evaluación del desempeño de los trabajadores de salud, conllevan problemas como la flexibilización de la disciplina laboral y la ausencia de compromiso por los resultados a alcanzar. Las bajas remuneraciones y la falta de gerencia motivan que los trabajadores se sientan con derecho a observar una disciplina laxa para poder tener trabajos paralelos; los sindicatos han

³¹ Ministerio de Salud. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (2006) Situación de los Recursos Humanos y Plan de una Década para su Desarrollo / ForoSalud y Consorcio de Investigación Económica y Social. Aportes para el Gobierno Peruano 2006 – 2011. Capítulo de Salud.

³² Ibid..

creado una red que impide a los administradores restablecer el orden; y estos últimos creen que no pueden pedir más esfuerzo por lo poco que se paga a los profesionales³³.

Recomendación 45. *El Relator Especial recomienda que en la ley se reconozca plenamente los derechos de los usuarios del sistema sanitario. La ley debería disponer que mecanismos de denuncia accesible e independiente (tribunales, una defensoría del pueblo nacional o a otros niveles) examinen las quejas de los usuarios del sistema sanitario que estiman que se han violado sus derechos humanos al recibir atención médica. Al Relator Especial le preocupa que en el nuevo proyecto de ley sobre los derechos de los pacientes se sobredimensione la responsabilidad individual de los profesionales de la salud sin tomar debidamente en consideración los factores institucionales y estructurales que pueden contribuir a que se perjudique a los pacientes.*

Frente a este tema de una legislación que considere los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, generando mecanismos efectivos para su realización al interior del sistema prestacional de salud, consideramos que en este periodo el Estado peruano no ha realizado avances sustantivos a pesar de existir una importante movilización ciudadana a favor del ejercicio de los derechos en los establecimientos de salud³⁴. La propuesta de la ciudadanía se materializó con la presentación al Congreso de la República de una iniciativa ciudadana sobre "Derechos y Obligaciones de las personas usuarias de los servicios de salud". El Congreso, por la Ley 26300 tenía un plazo legal de 120 días para dictaminarla, aprobarla o desaprobarla. Este, lejos de cumplir los plazos, y a pesar de tener la aprobación unánime de la Comisión de

³³ Banco Mundial y Ministerio del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (DFID). Un Nuevo contrato Social para el Perú: ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?. Washington, 2006.

³⁴ La sociedad civil organizada (Coalición por los Derechos Humanos en Salud, Foro de la Sociedad Civil en Salud – ForoSalud, Organizaciones de Derechos Humanos, Asociaciones de Pacientes) presentó al Congreso con el respaldo de más de 100 mil firmas una Iniciativa Ciudadana denominada "Derechos y obligaciones de las personas usuarias de los servicios de salud". Esta iniciativa fue presentada en mayo del 2005 en el ejercicio del derecho de participación ciudadana para la formulación de las leyes, consagrado en el artículo N° 31 de la Constitución Política y en la Ley N° 26300 sobre la participación ciudadana.

Salud del Congreso de la República³⁵, no lo trató en la sesión plenaria correspondiente, e incluso se ha informado recientemente que dicha iniciativa sería archivada³⁶.

Lamentablemente el Estado Peruano realiza escasos esfuerzos para la generación de sistemas protectores de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, salvo algunas acciones desplegadas en las regiones³⁷. Es por ello que se recomienda que se pida al Estado Peruano tome la Iniciativa Ciudadana presentada por los colectivos ciudadanos de pacientes, de derechos humanos y de salud y se empiecen a desarrollar políticas para la protección de las personas usuarias en los establecimientos de salud.

³⁵ Colegiado de congresistas que revisa las iniciativas legislativas y las dictamina para con su opinión ser tratados en el Pleno del Congreso.

³⁶ Oficio 040 – 2006 – DTPD - DPP/CR del 04 de octubre del 2006 del Jefe del Departamento de Trámite Documentario Parlamentario del Congreso de la República, en el que se informa que la iniciativa pasa al archivo.

³⁷ Existen iniciativas de parte de instituciones como USAID Iniciativas de Políticas en Salud y CARE Perú (Programa Derechos en Salud), con el concurso de la Asociación Peruana de Derecho Sanitario que tienen como objetivo generar Sistemas Regionales de Protección de los Derechos de los Usuarios en Servicios de Salud en coordinación con seis gobiernos regionales y Direcciones Regionales de Salud.

Capítulo: IV. MOTIVOS DE ESPECIAL PREOCUPACIÓN

A. Acuerdo comercial entre los Estados Unidos y el Perú

Recomendación 49: *El relator especial subraya que en materia de derechos humanos, le toca a los países utilizar las salvaguardias disponibles en virtud del Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de Propiedad Intelectual, relacionadas con el comercio (ADPIC), y la Declaración de Doha, relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (como las licencias obligatorias). Para proteger la salud pública y fomentar el acceso a los medicamentos. Recuerda que los acuerdos sobre el ADPIC y la Declaración de Doha permiten que los países protejan la sanidad. Por tanto, la conclusión de acuerdos comerciales bilaterales no debe acarrear la restricción de la capacidad del Perú de utilizar la salvaguardias sanitarias consagradas en el acuerdo sobre los ADPIC, o la Declaración de Doha.*

Recomendación 50: *El relator especial insta al Perú a tener en cuenta sus obligaciones de derechos humanos al negociar acuerdos bilaterales. Sugiere que, antes de concluir un acuerdo comercial se determine sus posibles repercusiones para el disfrute del derecho a la salud, por ejemplo, el acceso a los fármacos esenciales y a atención, en especial de los pobres. Todas las fases de negociación deben realizarse de forma abierta y transparente y someterse a la opinión pública.*

Recomendación 51: *De conformidad con su obligación en materia de derechos humanos, de prestar cooperación internacional, los Estados Unidos no debería presionar al Perú a asumir compromisos que no concuerdan con las obligaciones de derechos humanos, tanto constitucionales como internacionales del país, o que por su propia naturaleza son “OMC-plus”.*

El acuerdo firmado entre Estados Unidos y Perú³⁸, en lo que respecta a la protección de los derechos de propiedad intelectual, particularmente a las secciones relacionadas con productos farmacéuticos y agroquímicos, considera mecanismos que se pueden denominar “OMC plus” o “ADPIC plus”:

³⁸ Ratificado por el Congreso Peruano pero aún pendiente de ratificación por el Congreso de los Estados Unidos.

- a. Compensaciones por demoras en el otorgamiento de la patente cuando el trámite demore más de cinco años. La diferencia será agregada a los 20 años que ya se otorga al inventor de acuerdo a las leyes peruanas.
- b. Compensaciones por “reducción irrazonable” de la vida efectiva de la patente por causa de demoras en el otorgamiento de la autorización de comercialización. El término “reducción irrazonable” no está definido y puede variar de un producto a otro.
- c. El acuerdo ADPIC considera que los Estados Miembros de la OMC deben proteger los datos no divulgados del uso deshonesto, lo cual es contemplado en la actual legislación andina y peruana. Sin embargo el TLC ha ido más allá, prohibiendo el uso de los datos de prueba sobre eficacia y seguridad de un medicamento para el registro de productos competidores. Aún productos que no lograron tener una patente, podrán acogerse a esta protección por lo menos, por cinco años.

De otro lado, a pesar de las insistentes voces para que las flexibilidades del ADPIC fueran explícitamente señaladas en el Acuerdo reafirmando su uso según el espíritu de la Declaración de Doha, el TLC firmado sólo ha contemplado una carta adjunta con frases genéricas que no hacen ninguna alusión específica a las flexibilidades del ADPIC, como las licencias obligatorias, las importaciones paralelas y ámbitos de patentabilidad.

El TLC firmado entre Perú y Estados Unidos pone en riesgo el cumplimiento de los mandatos constitucionales, así como los compromisos del Estado peruano derivados de convenios internacionales. En efecto, el Ministerio de Salud, en un estudio que encargó durante la negociación, señala que en los primeros 5 años de vigencia del acuerdo, entre 700 mil y 900 mil personas quedarían sin acceso a los medicamentos que necesitasen. Asimismo, señala que el primer año de vigencia del acuerdo se gastarían adicionalmente 34 millones de dólares en medicamentos, 29 de los cuales saldrían de los bolsillos de los usuarios.

Frente a ello, el gobierno planteó la posibilidad de una “agenda mínima”, dentro de la cual se consideraba la creación de un fondo de compensación de medicamentos (de carácter flexible) y la implementación del “Observatorio de precios de medicamentos”, un Plan de reforzamiento de la DIGEMID con un presupuesto de 18 millones de soles, y la

modificación de la Ley General de Salud en lo que respecta al Capítulo de medicamentos.³⁹

Sin embargo, ninguna de estas medidas está relacionada con la generación de mecanismos compensatorios que aseguren que los derechos de las personas no se vean afectados como consecuencia del TLC. Son, en cambio, medidas que debiera realizar el Estado con o sin TLC. Por ejemplo, “la modificación de la Ley General de Salud en lo que respecta al Capítulo de medicamentos” es una medida que está más relacionada a modificar algunas disposiciones como el registro de medicamentos (que en el Perú es sumamente permisivo) y no tiene nada que ver con el TLC ni sobre la calidad de los medicamentos.

En suma, el Estado Peruano no ha dado señales de asumir con responsabilidad los previsibles efectos negativos derivados del acuerdo comercial y más bien ha actuado de manera poco responsable, articulando medidas cuyo efecto es mínimo o nulo respecto a las barreras de acceso que se generarían de ratificarse la firma del tratado. Más aún, de aprobarse por el Congreso de los Estados Unidos, existe el riesgo que se proceda a una modificación de la legislación en materia de medicamentos, además de la referida a la propiedad intelectual, que dejaría a la población en una mayor desprotección.

En relación a que la negociación se realizara de forma abierta y transparente, y fuese sometida a la opinión pública, no hubo un debate abierto y exhaustivo sobre los términos del acuerdo, así como sobre sus consecuencias en el acceso a medicamentos esenciales, especialmente por la población pobre. El proceso de negociación del acuerdo comercial entre Perú y Estados Unidos, no fue transparente; incluso los participantes de la denominada “Sala adjunta” a las reuniones de negociación firmaban un “acuerdo de confidencialidad”. Terminada la negociación, el Ministerio de Comercio y Turismo demoró en hacer público el texto del acuerdo, y el Congreso de la República frustró la posibilidad de llevar a Referéndum los acuerdos suscritos.

³⁹ MINSA: Nota de prensa. 12 de Junio del 2006 http://www.minsa.gob.pe/portal/ogcminsa/Notasprensa/spv-notadeprensa.asp?np_codigo=3703&mes=6&anio=2006

B. Medio Ambiente y Salud

Recomendación 55: *El Relator Especial recomienda que la Administración preste una atención urgente al cumplimiento de este derecho a participar en todas las fases del desarrollo o de los proyectos mineros, a saber, la planificación, el desarrollo, la implementación y la supervisión.*

Recomendación 56: *El Relator Especial le recomienda que vele por que se haga una evaluación independiente del impacto medioambiental y social, teniendo en cuenta los derechos antes de poner en marcha todo proyecto minero o industrial que pueda desvirtuar el derecho a la salud.*

Recomendación 57: *Toda persona que supuestamente ha sido víctima de la vulneración del derecho a la salud y haya sufrido daños debería disponer de recursos judiciales efectivos u otros remedios apropiados nacional e internacionalmente, así como de indemnización adecuada cuando proceda.*

Recomendación 58: *El Relator Especial insta al gobierno a que nombre una comisión pública independiente, de amplio alcance y de alto nivel, para investigar la situación en el Callao y formular recomendaciones con carácter urgente. En la investigación se debería tener en cuenta el derecho nacional e internacional pertinente, como la normativa de derechos humanos, y arbitrar todas las soluciones razonables, como el cierre de las instalaciones y su traslado.*

Recomendación 59: *Asimismo, el Relator Especial lo insta a que respete las medidas cautelares solicitadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el asunto de San Mateo.*

Recomendación 60: *En cuanto al abastecimiento de agua y el saneamiento, reitera y suscribe las recomendaciones correspondientes del Relator Especial sobre el derecho a una vivienda adecuada (E/CN.4/2004/48/Add.1, párrs. 23 a 25). También insta a las instituciones regionales, nacionales e internacionales a que velen por que se proporcionen recursos técnicos y financieros para apoyar el plan de abastecer agua salubre y saneamiento a Belén y a todas las comunidades que estén en una situación parecida.*

El derecho a la salud tiene estrecha vinculación con el derecho a un ambiente sano. El Estado es el responsable de regular, vigilar y promover la salud, por ser de interés público. Sin embargo, existe una gran cantidad de casos emblemáticos que demuestran la directa relación entre la vulneración del derecho a un ambiente sano y la consecuente vulneración al derecho a la salud. La mayoría de casos están vinculados a la actividad minero metalúrgica, explotación de hidrocarburos, y demás actividades extractivas, donde las poblaciones aledañas son las principales afectadas.

En lo referente a la rectoría, si bien ha habido avances a nivel legislativo como la aprobación de la Ley General del Ambiente (LGA) en el año 2005, que señala que la prevención de riesgos y daños a la salud de las personas es prioritaria en la gestión ambiental, no precisa las responsabilidades de cada dependencia o sector competente vinculados a la gestión ambiental y salud, lo cual origina dispersión, confusión e incumplimiento de las normas. Así, los Ministerios o sectores productivos debieran definir los límites tolerables de contaminación y encargarse de fiscalizar y controlar las operaciones productivas, incluyendo la gestión ambiental de las empresas, principalmente a través de los Programas de Adecuación Medio Ambiental (PAMA) y Estudios de Impacto Ambiental (EIAs).

Sin embargo, el Ministerio de Salud prácticamente no tiene ingerencia en los mecanismos de gestión que sirven para prevenir daños a la salud vinculados a los impactos ambientales (EIA; PAMA; LMP; ECA) y prioriza la atención a las personas; la Dirección General de Salud Ambiental es un órgano técnico normativo en los aspectos vinculados, entre otros, a la protección del ambiente; y la Dirección Regional de Salud (que en la actualidad depende del Gobierno Regional) hace cumplir la normatividad técnica del Ministerio de Salud.

El Consejo Nacional del Ambiente (CONAM) coordina la implementación de los Estándares de Calidad Ambiental⁴⁰. Sin embargo, la aprobación de los Límites Máximo Permitido (LMP) completo por los sectores productivos y la definición posterior de ECAs, no en función a la necesidad de cumplir con niveles de salud consensuados internacionalmente sino en función a la capacidad de las empresas para cumplirlos, han desvirtuado sus fines y mediatizado los resultados, en términos de protección de salud.

⁴⁰ Valores que permiten conocer cuando el agua, aire o suelo se encuentran o no contaminados en función a criterios de salud humana (ECA).

Las implicancias de esta regulación y rectoría dispersa son severas, en lo que refiere a la disponibilidad de recursos judiciales efectivos u otros remedios apropiados nacional e internacionalmente, así como de indemnización adecuada cuando proceda para los pobladores potencialmente afectados. Así por ejemplo, sólo procede la acción en caso de que los límites establecidos sean superados; por lo que en caso de no haberse definido los límites se entiende que no hay delito por contaminación, y dicho criterio es dominante en los tribunales peruanos. De otro lado, los estándares nacionales de calidad ambiental son considerados legalmente como obligatorios para el diseño y aplicación de políticas ambientales, pero no para sancionar bajo forma alguna a personas jurídicas.

Los impactos sociales y ambientales directos de un proyecto se miden por instrumentos de gestión ambiental como lo son los Estudios de Impacto Ambiental (EIAs), los mismos que están regulados en nuestra legislación. Sin embargo muchas de las afectaciones a las poblaciones, especialmente en el tema salud, son producto de impactos indirectos y no contemplados en dicho instrumento. Se hace necesario tomar en cuenta esta clase de impactos en los EIAs ya que la experiencia demuestra que pueden afectar gravemente en el entorno de las personas, con migración no deseada, erosión, afectación de la salud y de la biodiversidad. En suma, existe regulación, mas no control ni monitoreo.

La LGA establece un importante avance en lo que respecta a la responsabilidad por daños ambientales, al obligar a asumir los costos que se deriven a las medidas de prevención y mitigación del daño, como vigilancia y monitoreo a quien pudiera producir un daño al ambiente, calidad de vida o salud de las personas mediante el uso o aprovechamiento de un bien.

También existen recursos judiciales con los que cuenta una persona para la defensa de sus derechos fundamentales que si bien están recogidos por nuestra legislación, en la práctica son difíciles de aplicar. Sin embargo, el factor temporal es sumamente importante para la exigencia de los derechos de las personas: en la mayoría de los casos los procesos legales son muy largos y las soluciones, cuando se dan, demoran demasiado.

Dos hitos que ejemplifican lo difícil que resulta la exigibilidad del derecho a un ambiente saludable son la promulgación, en el año 2004, de la Ley de los Pasivos Ambientales Mineros, mediante la cual se da protección a los antiguos contaminadores del ambiente, haciendo que

el Estado asuma la corrección de los daños que ocasionaron. De igual manera, en el mismo año, se promulgó el Decreto Supremo N° 045-2004-EM, mediante el cual se concede un plazo adicional de 5 años a los actuales contaminadores mineros, para que, en aplicación de sus PAMAS, continúen con sus emisiones líquidas y gaseosas, en perjuicio de la salud y el medio ambiente.

En relación a *participar en todas las fases del desarrollo o de los proyectos mineros*, la Ley General del Ambiente refuerza los principios y contenidos de la normatividad ambiental precedente⁴¹. Así, ratifica el carácter universal del derecho de acceso a la información y caracteriza la información ambiental, base del derecho, a partir de los componentes de “salud pública”; “integridad ambiental” y “recursos naturales”. Por su parte, el reconocimiento del derecho a la participación ciudadana en temas ambientales, que se produce a inicios de los años 90 con el Código del Medio Ambiente, ha dado paso a una posterior regulación por sectores, encontrándose distintos niveles de avance y desarrollo. Destaca la reciente regulación del subsector energético⁴², que norma la participación de personas naturales, jurídicas, responsables de proyectos energéticos y autoridades en el marco de realización y desarrollo de actividades hidrocarburíferas.

Pese a los avances en esta materia, el sub sector saneamiento, que es crítico en términos de salud y calidad de vida, no tiene regulación específica sobre participación ciudadana. Esto es esencial si consideramos que en el Perú la gestión vinculada a tratamiento de aguas servidas; alcantarillado y letrinas, es altamente determinante.

En cuanto al problema de salud relacionado con la falta de acceso al agua apta para consumo humano y los servicios de saneamiento inadecuados, de acuerdo a lo señalado en el Plan Nacional de Saneamiento, entre el 2000 y el 2005, se ha invertido 833 millones de dólares en ampliación

⁴¹ Artículo II.- Del derecho de acceso a la información

Toda persona tiene el derecho a acceder adecuada y oportunamente a la información pública sobre las políticas, normas, medidas, obras y actividades que pudieran afectar, directa o indirectamente, el ambiente, sin necesidad de invocar justificación o interés que motive tal requerimiento.

Toda persona está obligada a proporcionar adecuada y oportunamente a las autoridades la información que éstas requieran para una efectiva gestión ambiental, conforme a Ley.

Artículo III.- Del derecho a la participación en la gestión ambiental

Toda persona tiene el derecho a participar responsablemente en los procesos de toma de decisiones, así como en la definición y aplicación de las políticas y medidas relativas al ambiente y sus componentes, que se adopten en cada uno de los niveles de gobierno. El Estado concerta con la sociedad civil las decisiones y acciones de la gestión ambiental.

⁴² Resolución Ministerial N° 535-4004-MEM/DM, aprobada en enero de 2005.

de redes y alcantarillado. Esta inversión corresponde en un 45% a obras de ampliación de cobertura de SEDAPAL Lima, lo cual incluye recursos propios y endeudamiento externo. En el ámbito rural se ha invertido 123.3 millones de soles que incluyen los programas de ampliación de cobertura desarrollados por Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural (PRONASAR), Fondo Nacional de Compensación para el Desarrollo Social (FONCODES) y Gobiernos Regionales.

La Ley de Acceso a la Vivienda, promulgada en Marzo del 2006, dispone entre otros que el derecho de posesión del terreno otorgado por los municipios es requisito suficiente para solicitar servicios de agua potable a las empresas de agua y saneamiento. Esta ley facilitará los procesos de ampliación de cobertura de agua potable, por lo cual la demanda por estos servicios presionará sobre las actuales capacidades administrativas y presupuestales del Estado peruano.

A pesar de la inversión realizada y de la relativa mejora de la cobertura de agua y saneamiento, el Perú no va a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio en este importante rubro. El Ministerio de Vivienda y Construcción ha realizado una proyección que señala que las inversiones requeridas para ello, en relación al ritmo de gasto actual, serían cinco veces más que todo lo invertido en 5 años.

Entre los años 2004-2005 la DIGESA (Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud) formuló un proyecto de reglamento de calidad del agua para consumo humano la misma que se encuentra prepublicada y en la página web de la DIGESA. Entre el año 2004 y 2005, de 17 sanciones impuestas por SUNASS⁴³ a las Empresas Prestadoras de Agua Potable, 7 de ellas, el 41%, fueron multadas por distribuir agua de mala calidad, es decir por no cumplir los parámetros establecidos para distribuir agua apta para consumo humano.

El año 2005, también hubo una denuncia pública a SEDAPAL por los niveles de arsénico encontrados en el agua que si bien no sobrepasan el 0.05 mg/litro como limite máximo de calidad sanitaria del agua establecido en la norma nacional, en realidad ésta se encuentra por encima del valor guía propuesto por la OMS-OPS que es de 0.02mg/litro. Cabe anotar que DIGESA en su proyecto de nuevo reglamento de calidad del agua define que esta medida debe llegar a 0.025 después de

⁴³ SUNASS Superintendencia Nacional de Servicios de Agua y Saneamiento: Cuadro de Sanciones 2004-2005 . Pag. Web

cinco años de aplicado al reglamento, es decir les permite a las empresas prestadoras de servicios de saneamiento ir adecuándose a la norma en este periodo⁴⁴.

Casos representativos

La Oroya Los niveles de calidad de aire presentes en La Oroya⁴⁵ superan ampliamente los índices internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como los lineamientos de la legislación peruana⁴⁶.

Informes estatales han concluido que estos niveles de contaminación provienen de una “única categoría de fuente puntual correspondiente a la actividad minera,” particularmente del Complejo Metalúrgico La Oroya de Doe Run Perú, el mismo que fue instalado en 1922 y que en la actualidad es de propiedad de Doe Run Perú⁴⁷.

En Diciembre de 2005, el Estudio sobre la contaminación ambiental en los hogares de La Oroya y Concepción y sus efectos en la salud de sus residentes, elaborado por la Universidad de San Louis, Missouri en colaboración con el Arzobispado, concluye que “Los resultados del muestreo biológico confirman la gravedad de la situación de salud comunitaria en la ciudad de La Oroya y especialmente en La Oroya Antigua. Como crisis se entiende los significativamente mayores niveles de riesgo para la salud que existen para todos los grupos poblacionales y sobre todo para los grupos más vulnerables como son los infantes y niños de corta edad”.

La dificultad del acceso a la justicia en este caso se ve reflejado en la demora del Poder Judicial al resolver una Acción de Cumplimiento planteada por los pobladores organizados. El proceso tardo casi cuatro años. En primera instancia se obtuvo sentencia favorable a los pobladores, la misma que fue apelada por el Ministerio de Salud y la Dirección General de Salud pasando a una segunda instancia

⁴⁴ DIGESA MINSA. Exposición en el Día Mundial del Agua, Marzo 2006.

⁴⁵ La Oroya se encuentra ubicada en la sierra central del Perú a 3700 msnm. a una distancia de 175 Km. de Lima. Tiene aproximadamente 30,000 habitantes en su mayoría de bajos ingresos.

⁴⁶ Dirección General de Salud, Dirección Ejecutiva de Ecología y Protección del Ambiente. Evaluación de la Calidad del Aire en la Ciudad de La Oroya – Junín. Marzo de 2003, pg. 10, septiembre de 2003, pg. 9.

⁴⁷ El Complejo Metalúrgico fue instalado originalmente por la empresa norteamericana Cerro de Pasco Copper Corporation y opera principalmente cobre, plomo y zinc. El Complejo fue nacionalizado en 1974 y en 1997 fue adquirido por la empresa norteamericana Doe Run Company.

donde declararon infundada la demanda. Finalmente el caso fue resuelto en última instancia ante el Tribunal Constitucional, el mismo que declaró fundada la demanda y ordenó al Ministerio de Salud y a la Dirección General de Salud a cumplir con lo solicitado en un plazo de treinta días. La demanda exigía que se cumpla fin de que cumplan con:

- 1. Diseñar e implementar una estrategia de salud pública de emergencia para la ciudad de La Oroya de conformidad con la Ley General de Salud.*
- 2. Declaración de Estados de Alerta, que implica: elaborar un Plan de Estado de Alerta de Salud y las medidas de alerta del mismo; proponer los Niveles de Estado de Alerta de la ciudad de La Oroya a la Presidencia de Consejo de Ministros, y declarar los Estados de Alerta conforme los establece el Reglamento de Estándares Nacionales de Calidad Ambiental del Aire.*
- 3. Establecer Programas de Vigilancia Epidemiológica y Ambiental, de conformidad con lo establecido por el Reglamento de Estándares Nacionales de Calidad Ambiental del Aire.*

Es importante enfatizar que la sentencia del Tribunal Constitucional da respuesta a situaciones críticas y recurrentes en el Perú, reconociendo la vinculación estrecha entre el derecho a un ambiente sano con el derecho a la salud. Esto es crucial en este país, donde las grandes inversiones en muchos casos se implementan sin priorizar la afectación a la salud, sobretudo en poblaciones vulnerables que muchas veces no tienen acceso a la justicia. Con este fallo se envía un claro mensaje al Estado quien debe priorizar los aspectos sociales y ambientales sobre la inversión y los beneficios económicos que esta pudiera generar.

En el 2005, otra iniciativa de los pobladores con asesoría de la sociedad civil, demuestra que la demora en el acceso a la justicia se repite a nivel internacional, puesto que aún no hay respuesta. Los pobladores solicitaron medidas cautelares ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) con la finalidad de evitar que se generen daños irreparables a las personas. Las medidas solicitadas fueron:

- 1. Diagnóstico y atención médica en caso necesario.*

2. *Asistencia y seguimiento nutricional para niños y niñas menores de 10 años.*
3. *Implementación de Programas de Educación Ambiental y Salud Pública independientes y objetivos.*
4. *Reducción y mantenimiento de plomo en sangre a 10 ug/dl.*
5. *Asegurar que la eventual modificación del PAMA de la empresa que explota el complejo metalúrgico, considere el derecho a la salud de los habitantes de la Oroya.*
6. *Control efectivo de emisiones fugitivas y de las chimeneas del Complejo y cambios de suministro usados por éste (sobre todo por presencia de arsénico).*
7. *Evaluación de estado de contaminación de las casas, lugares de trabajo y escuelas de las víctimas, así como calles, parques mercados y sitios públicos.*

Los pobladores solicitaron se mantenga el anonimato de sus nombres dada la situación de hostigamiento y amenaza que viven quienes luchan por su derecho a la salud. Esta solicitud de medidas cautelares no fue una acción en contra la empresa sino más bien contra el Estado Peruano, implicando que la CIDH como ente imparcial y con poder para hacer cumplir sus mandatos, intervenga en nombre de la población para que defienda sus derechos gravemente afectados.

Corrientes. *Este caso se diferencia del anterior en el problema de contaminación a causa de la explotación petrolera. Nos referimos al pueblo indígena Achuar ubicado la cuenca del río Corrientes en la selva peruana (lotes 8 y 1AB del nor Oriente Peruano).*

El principal problema ambiental y de salud pública está referido a la disposición de las aguas de producción. Se estima que en la actualidad más de 1,100 millones de barriles son arrojados diariamente al río Corrientes.

En los años 70 la explotación petrolera de dichos lotes estuvo a cargo de la empresa OXI (Occidental Petroleum Company), quienes actuaron con absoluta irresponsabilidad en gestión ambiental al irse sin resolver los pasivos ambientales y dejando un fondo para remediación de 20 millones de dólares. Más adelante entró a

operar Pluspetrol, quien incumplió con su Plan de Adecuación y Manejo Ambiental (PAMA) y quien en la actualidad se encuentra implementando su Plan Ambiental Complementario (PAC).

Los indígenas Achuar viven desde hace más de treinta años en condiciones insalubres y altamente peligrosas por la presencia de sustancias contaminantes en el agua de los lagos y lagunas de donde provienen los alimentos que consumen. Estas sustancias son metales como plomo, cadmio, arsénico y cromo.

La investigación gubernamental “Visita de reconocimiento para la evaluación de la calidad sanitaria de los recursos hídricos y muestreo biológico en las comunidades de la cuenca del río Corrientes”, publicado en mayo de 2006, contiene un informe científico sobre la presencia de metales pesados en la población indígena.

El informe reveló que 98,6 por ciento de los menores de la cuenca del río Corrientes examinados superaban los valores límites de cadmio, de 0,1 miligramos por litro de sangre, y 97,3 por ciento sobrepasaban inclusive la concentración habitual de este metal en fumadores, de 0,2 miligramos, pese a que las personas analizadas no tenían el hábito de fumar.

Además, 37,8 por ciento de los menores se encontraban en niveles de riesgo, es decir con concentraciones de 0,21 a 0,5 miligramos de cadmio por litro de sangre, y 59,4 por ciento sobrepasaba el límite de tolerancia biológica (LTB) de cadmio, superior a 0,5 miligramos. El escenario fue similar en las muestras de la población adulta.

Los resultados sobre detección de plomo entre los menores de edad fueron preocupantes: 66,2 por ciento de los casos “supera el límite establecido para el plomo en población infantil (hasta 10 microgramos por decilitro de sangre)”, mientras que entre los mayores de 18, se verificó que las concentraciones de este metal estaban por debajo de los límites aceptados, de 20 miligramos por litro de sangre.

Las soluciones a este problema no están llegando con la efectividad y urgencia que se requiere, tales como tratar a las personas, garantizar su alimentación, asegurar un sistema de salud y complementar los esfuerzos de educación que realiza la propia empresa. Para esto se hacen necesarias determinadas acciones por parte del Estado y de la empresa que realiza la explotación de recursos.

C. Salud Mental

Recomendación 70. *Durante su misión, el Relator Especial visitó la ciudad de Ayacucho y sus alrededores que habían sido el centro geográfico del conflicto. En Ayacucho, asistió a un seminario sobre los problemas y las iniciativas de salud mental a raíz del conflicto que fue organizado por las autoridades regionales y municipales y por la sociedad civil. Se le facilitó información sobre la frustración que causa la falta de servicios permanentes de salud mental en Ayacucho.*

El Relator Especial apoya firmemente la idea de establecer un centro de salud mental permanente en Ayacucho. *Desde el final de su misión, se ha enterado de que el Ministerio de Salud ha anunciado que va a constituir un equipo permanente de psiquiatras y psicólogos allí, lo que él valora positivamente y que seguirá con interés.*

Aunque de manera parcial, el MINSA ha desarrollado algunas acciones tendientes a la atención de la salud mental en Ayacucho. Ya se cuenta con el terreno en el distrito de Carmen Alto, pero no se cuenta con recursos para la construcción, hay conversaciones previas con el Gobierno Regional para posible financiamiento. El expediente técnico está en proceso. Con apoyo del Proyecto PASA de la Unión Europea⁴⁸, el MINSA ha descentralizado los servicios psiquiátricos llevando mensualmente equipos itinerantes a Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Cusco, Huanuco, Pasco, Ucayali y San Martín. Específicamente en Ayacucho desarrollan actividades en salud Mental tres Equipos Itinerantes, el primero dirigidos por el Hospital Hermilio Valdizán, Hospital Larco Herrera y por el Hospital Noguchi. El modelo de trabajo de estos 4 equipos es clínico-psiquiátrico, su trabajo es medido en función de atenciones; los equipos itinerantes cuentan con financiamiento hasta fines del 2006.

Se han constituido Equipos Permanentes en cinco de estas zonas, una de ellas Ayacucho, conformados por dos psiquiatras y dos psicólogos, el Proyecto PASA concluye en su compromiso por mantener estos equipos a fines de este año; la continuidad de los Equipos Permanentes, dependerá de que el MINSA cuente con presupuesto para ello.

⁴⁸ http://www.delper.ec.europa.eu/es/eu_and_country/Cooperacion/Bilateral/Proyectos.htm

Desde sociedad civil se está ofreciendo atención psicológica individual, familiar y de pareja permanente; así como atención en salud mental comunitaria a grupos y organizaciones de ambas localidades y de Huancapi y Cayara, desde el 2004⁴⁹.

Recomendación 71 . *Con respecto al derecho a atención sanitaria de las personas con discapacidades mentales; el Relator Especial recomienda que:*

a) *La sociedad civil, en particular los impedidos mentales y sus familias, participen en todas las fases de la elaboración y aplicación de las estrategias, programas, leyes y políticas de salud mental.*

b) *El Gobierno adopte las medidas correspondientes para aplicar las nuevas políticas de salud mental del Ministerio de Salud, velando por que se disponga de suficientes recursos.*

c) *El Gobierno procure dispensar una atención adecuada de la salud mental, como la prestada por los servicios sanitarios generales o en la propia comunidad, servicios de rehabilitación y apoyo a la familia, y que sea accesible a las personas con discapacidades mentales y problemas psicosociales en todo el país, incluidas las zonas rurales.*

d) *Se pongan a disposición de los reclusos servicios adecuados de salud mental.*

e) *Se respeten a cabalidad los derechos humanos de los impedidos mentales en los servicios y centros sanitarios. Se debería capacitar en materia de derechos humanos a todos los profesionales que trabajan de forma habitual con el sistema de salud mental. También hay que poner en marcha mecanismos independientes de supervisión y responsabilidad en los servicios de salud mental, como mecanismos de denuncia accesibles, transparentes y efectivos para los pacientes. Una junta de examen debería inspeccionar regularmente los servicios de salud mental, como la entrevista de los pacientes. Otro mecanismo de supervisión debería ser la revisión independiente, periódica y sistemática de la admisión o el tratamiento no deseados que se deberían someter también a estrictas salvaguardias procedimentales.*

f) *Los donantes financien la aplicación del plan integral de reparación de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, en el área de la salud mental inclusive y presten asistencia técnica para ello.*

⁴⁹ "Wiñastin: Atención y Promoción en Salud Mental – Ayacucho",

De las recomendaciones realizadas por el relator en materia de Salud mental se ha logrado recopilar información con respecto a dos ítems, correspondientes a), b), c) y f).

En lo referente a que la sociedad civil, en particular los impedidos mentales y sus familias, participen en todas las fases de la elaboración y aplicación de las estrategias, programas, leyes y políticas de salud mental; mediante Resolución Ministerial 771-2004/MINSA, del 27-07-04, se ha creado la estrategias sanitarias de salud mental la misma que cuenta con un Comité Técnico y un Comité Consultivo, siendo este último un espacio de participación de la sociedad civil, en especial de organizaciones de usuarios en la que participan expresamente las Organizaciones de afectados.

El Comité Consultivo ha avanzado en la elaboración de su reglamento de funcionamiento y ha aportando en la elaboración del Plan General de las Estrategias Sanitarias de Salud Mental y Cultura de Paz, aprobada por Resolución Ministerial 012-2006/MINSA.

En los periodos 2005 – 2006 y 2006 – 2007, se ha formulado el Plan Nacional de Salud Mental (PNDSM), que ha contado con la participación del Comité Técnico de Salud Mental del Consejo Nacional de Salud, en el que ALAMO Promoción de la salud Mental, Organización de usuarios de servicios de psiquiatría y sus familiares, así como REDINFA vienen participando como representantes de las organizaciones de la comunidad.

Estos avances se dan a nivel de Lima y en los niveles centrales del sector salud. A nivel Regional los espacios de participación de la sociedad civil y aquellas promovidas por el Estado no están considerando la participación de las organizaciones de usuarios de servicios de psiquiatría y familiares.

Con relación a que el gobierno adopte las medidas correspondientes para aplicar las nuevas políticas de salud mental del Ministerio de Salud, velando porque se dispongan de suficientes recursos; por Decreto Supremo N° 023-2005, se ha creado en la Dirección General de Salud de las Personas, la Dirección de Salud Mental, que a la fecha está constituido por el mismo Equipo responsable de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz y no cuenta con un presupuesto ni con el Cuadro de Asignación de personal, limitando sus posibilidades de funcionamiento en la implementación y rectoría de políticas de salud mental.

En el punto referido a la recomendación que el gobierno procure dispensar una adecuada atención de la salud mental, como la prestada por los servicios sanitarios generales o en la propia comunidad, servicios de rehabilitación y a poyo a l familia y que sea accesible a las personas con discapacidades mentales y problemas psicosociales en todo el país, incluidas las zonas rurales; Se está ampliando la cobertura del SIS para la población de la Amazonía y Altoandina dispersa y excluida, las víctimas de la violencia social y los agentes comunitarios de salud (DS006-2006 – SA), incluyéndose en el Plan E2 Trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastornos de pánico (ansiedad paroxística episódica) reacción al stress agudo, trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastorno obsesivo compulsivo. El financiamiento para la cobertura de los Planes de prestaciones se hará con cargo al presupuesto del SIS.

En cuanto a que lo donantes financien la aplicación del Plan Integral de Reparaciones de la CVR en el área de salud mental inclusive y presten asistencia técnica para ello; la cooperación internacional no ha articulado su apoyo técnico y financiero un Plan integral viene apoyando a al desarrollo de diversos Programas y proyectos vinculados a la salud mental de las personas afectadas por el conflicto armado interno; tales como :el Programa de apoyo a la modernización del sector salud y su aplicación en una Región del Perú, AMARES. Convenio PER/B7-310/IB/97/209 Comisión Europea – Ministerio de Salud, están ofreciendo diplomados en temas de salud mental en Ayacucho, Abancay, Andahuaylas, Huancavelica para el personal de las DIRESAS. A través del Convenio MINSA – PASA se ha financiado el Plan Integral de reparaciones en Salud en Ayacucho, Abancay, Andahuaylas Huancavelica y Junín, a través de la descentralización de los Servicios psiquiátricos llevando mensualmente equipos itinerantes, los que sabemos cuentan con financiamiento sólo hasta fines del 2006. Este apoyo se da en el marco de la implementación de las estrategias sanitarias de salud mental y cultura de paz que en su sexto objetivo plantea “Desarrollar un Programa de Reparaciones en Salud para la población afectada por violencia política”.

Se han constituido Equipos permanentes e itinerantes de salud mental para atender en zonas afectadas por la violencia política. Desde el 2004 se ha formado 10 equipos Itinerantes de salud mental que visitan las zonas afectadas por la violencia política y desarrollan acciones de capacitación, intervención clínica, intervención comunitaria y promoción de la salud. Desde junio del 2005 se han constituido 05 Equipos Permanentes de salud mental (Un psiquiatra y 2 psicólogos) en

las regiones: Huancavelica, Ayacucho, Andahuaylas, Abancay y Junín (Satipo).⁵⁰

Aunque estas acciones se plantean en el marco de las Reparación Integral a Víctimas de la Violencia Política, las atenciones de los equipos permanentes e itinerante constituyen una medida de emergencia frente a la escasez de profesionales y servicios de salud mental en las Regiones, provincias y distritos afectados por la violencia política. Desde esta perspectiva la población que se beneficia de las atenciones de los Equipos itinerantes y permanentes no necesariamente son afectados por la violencia, puesto que no existen aún el Registro Único de Víctimas como mecanismo de individualización de las y los beneficiarios certificados para tener acceso a medidas de reparación individual, entre ellas la atención clínica individual y la inclusión en el seguro integral de salud SIS.

Aquí es importante resaltar que frente a la demanda y necesidad de atención de la población afectada por la violencia política, la sociedad civil está asumiendo un rol importante en el desarrollo de diversas iniciativas que son apoyadas por la Cooperación Internacional como: USAID, Fundación Ford, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA Perú), ACIDI-Canadá, Project Councelling Service (PCS), Womankind, Entraide et Fraternité – Bélgica, entre otras.

Asimismo, el Fondo Contravalor Perú – Alemania (FCPA), en el marco de las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación y el Plan Integral de Reparaciones ha realizado una convocatoria especial para el Fortalecimiento de la Democracia y Reparaciones en Ayacucho y Huancavelica. Desde junio del 2006 se están ejecutando 11 proyectos en Ayacucho y 4 en Huancavelica. Los proyectos tienen los componentes de Salud Mental Comunitaria, Memoria Colectiva y Fortalecimiento institucional. El costo total asciende a S/. 2,4 millones, de los cuales el FCPA aporta 2,1 millones de nuevos soles.

⁵⁰ Informe de Gestión 2004 - 2005 Programa de reparaciones en salud en cumplimiento de las recomendaciones de la CVR. DGPS. MINSA

D. Salud Sexual y Genésica

Recomendación 72: *Subraya la importancia de garantizar el acceso, en particular de los pobres, a toda una serie de servicios de salud sexual y reproductiva, como la planificación de la familia, la atención prenatal y puerperal, servicios obstétricos de urgencia y el acceso a información. En particular, mujeres deberían tener acceso a buenos servicios en caso de las complicaciones debidas al embarazo, al parto o al aborto. Se deberían suprimir las sanciones para quien aborte y quienes practiquen los abortos.*

Es importante señalar que en materia de generación de documentos normativos que le brinden el estatus de derechos a la salud sexual y reproductiva, en estos últimos dos años el país ha avanzado, un ejemplo de ello son:

- La Comisión Técnica para el “Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, a través del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales por Nivel de Atención, como estrategia para reducir la mortalidad materna y neonatal”⁵¹.
- Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva⁵².
- Norma Técnica de Planificación Familiar, que contiene el manejo de toda la gama de métodos anticonceptivos disponibles en el Perú, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia, siendo el condón femenino un método aún pendiente de incorporar⁵³.
- Norma técnica que crea las casas de espera materna, modelo para la implementación⁵⁴.
- Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud⁵⁵.

⁵¹ RM N° 651-2006/MINSA

⁵² RM N° 290-2006/MINSA

⁵³ RM N° 536-2005/MINSA. Sobre la AOE existe una demanda judicial pendiente de fallo, interpuesta por la ONG “Alas sin componendas”.

⁵⁴ RM N° 674-2006/MINSA

⁵⁵ RM N° 1001-2005/MINSA

- Reglamento para el funcionamiento del Comité para la prevención de la Muerte Materna⁵⁶.

Sin embargo, preocupa que esta normatividad aún sea de escaso conocimiento por parte de los profesionales de la salud y por ello el proceso de aplicación es considerado sumamente deficiente. Ello va unido al deficiente presupuesto que tiene el sector salud y de manera especial el presupuesto asignado a esta Estrategia Nacional a fin de que cumpla los objetivos que se han establecido.

Recomendación 74: *Señala, sin embargo, la necesidad urgente de desarrollar una política de salud sexual y reproductiva transversal de amplio alcance, que se centre en la necesidad de salud de las mujeres, en particular de las que están marginadas social y económicamente. En particular, se deberían elaborar leyes, programas y políticas de salud sexual genésica para las mujeres que viven en la pobreza, los indígenas y la población rural, respetando plenamente sus derechos humanos. Se deberían elaborar, promover y aplicar normas que fomenten el acceso libre de toda discriminación a los servicios de salud sexual y reproductiva. La sociedad civil y las agrupaciones femeninas deberían participar en la elaboración de la política, leyes, programas y estrategias de salud sexual y genésica.*

En cuanto a las prestaciones financiadas por el SIS, preocupa la no inclusión del tratamiento del aborto incompleto siendo esta es una complicación del embarazo, bastante frecuente. Según datos del MINSA⁵⁷, ésta constituye la tercera causa de hospitalización por morbilidad obstétrica y corresponde al 10% de partos atendidos. Respecto a la sanción de las mujeres por haberse sometido a un aborto, y la obligatoriedad de los médicos/as de denunciar a las mujeres que acuden a los servicios públicos por complicaciones de un aborto, no se han reportado avances. Siendo que sólo dos hospitales -el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima y el Hospital Belén de Trujillo - han aprobado un protocolo de aborto terapéutico.

⁵⁶ RM N° 453-2006/MINSA

⁵⁷ www.minsa.gob.pe; ver Principales grupos de causa de Morbilidad Registrada en Hospitalización; 2003.

Asimismo, aunque la atención post – aborto está protocolizada en las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva del año 2004, los procesos de capacitación en esta materia no han sido continuados por el MINSA.

En el período un avance ha sido la dación de una norma técnica⁵⁸ para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, que contiene los procesos mediante los cuales se incorporarán estos enfoques en las políticas, planes, programas y acciones de salud. Asimismo, se ha aprobado la atención del parto vertical con adecuación cultural⁵⁹, que busca estandarizar la atención del parto vertical de acuerdo a criterios internacionales y a la experiencia, así como adecuar la oferta de los servicios de salud de las zonas andinas y amazónicas a las costumbres de las gestantes de estas regiones.

Sin embargo, aún persisten algunos obstáculos que no han sido abordados de una forma integral, por ejemplo, hasta hoy no logramos cubrir el carácter multisectorial en el ámbito de las políticas públicas, existe ruptura entre entes rectores vinculados como es el caso del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y el propio Ministerio de Salud.

Si bien el parto institucional en el área rural en el país se incrementó entre el 2000 y el 2005 del 24% al 42.9% (83%), no ha ocurrido lo mismo en relación al acceso a la cesárea, intervención médica requerida en caso de numerosas complicaciones y riesgo de muerte materno-infantil, pues mientras que en Lima su tasa alcanza el 26% (superando la tasa máxima recomendada por OMS) en las zonas rurales esta no llegaría al 4%. A ello se suma, la falta de mejora en la calidad de los servicios de salud, lo cual hace que en las regiones más pobres, tales como Huancavelica, Apurímac, Junín, Ayacucho, las posibilidades de complicaciones se tripliquen (11 a 12%) al promedio nacional (4.5%) y presenten un riesgo muy superior a Lima, que sólo tiene el 1%, según fuentes del propio Ministerio de Salud.

Si bien el SIS ha incrementado el acceso a la SSRR de las/os más pobres del país, esto ha sido con un énfasis en la atención del embarazo, parto y puerperio, aunque ningún Plan contempla la atención de la planificación familiar ni de la prevención y atención del Cáncer cérvico uterino y mamario. Y aunque los insumos anticonceptivos son legalmente

⁵⁸ RM N° 453-2006/MINSA

⁵⁹ RM N° 598-2005/MINSA

gratuitos, la barrera económica se mantiene en tanto haya que pagar por la consulta, historia clínica, aplicación inyectable, etc. Asimismo, uno de los factores que dificultan el acceso a los servicios de salud que ofrece el SIS, es el hecho de que un gran número de personas continúa hoy en día sin tener los documentos de identidad, siendo este un requisito indispensable para su adscripción al SIS.

Recomendación 75: *Del mismo modo, recomienda que se desarrolle una amplia política transversal de salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con la participación de éstos. La política debería basarse en la normativa internacional de derechos humanos y reconocer en particular su derecho a tener acceso a información, formación y servicios de salud sexual y*

reproductiva fáciles de utilizar, como la planificación familiar y los anticonceptivos, los riesgos del embarazo precoz y la prevención de las infecciones que se transmiten sexualmente como el VIH/SIDA. Se debería proteger su derecho a la vida privada, a la confidencialidad y a dar su consentimiento con conocimiento de causa.

En relación con la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, se desarrollaron diversas normas legales que denotan el interés y real preocupación por garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales de los y las adolescentes, entre ellas:

- Los Lineamientos de Política de Salud de las y los Adolescentes⁶⁰.
- Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente⁶¹.
- Documento Técnico “Centros de Desarrollo Juvenil, un Modelo de Atención Integral de Salud para Adolescentes”⁶².
- Protocolos de Consejería para la Atención Integral de los y las Adolescentes: en el tema de ITS y VIH y SIDA, Violencia Familiar, Abuso Sexual, Consumo de Alcohol y Drogas, Depresión e intentos de suicidio y Orientación Preventiva⁶³.

⁶⁰ RM N° 107-2005/MINSA

⁶¹ RM N° 633-2005/MINSA

⁶² RM N° 328-2006/MINSA

⁶³ RM N° 583-2005/MINSA

Importante anotar que se retiró de las Normas de Planificación Familiar el criterio de edad para acceder a orientación y consejería en salud sexual y reproductiva. Estableciendo que los servicios de planificación familiar podrán suministrar métodos anticonceptivos temporales a adolescentes que los soliciten, o que sean referidos en circunstancias especiales, siempre y cuando hayan recibido orientación/consejería

Por otro lado, en el tema de violación sexual de menores de edad, nos encontramos frente a una modificadora legal⁶⁴ que penaliza a los adolescentes entre 14 y 18 años que tengan relaciones sexuales aunque estos lo consientan, sin coacción ni violencia. Consideramos que esto constituye una barrera legal para el ejercicio de la sexualidad, el acceso a servicios diferenciados, acceso a métodos.

Recomendación 77.- *El Relator Especial se complace de que se desarrolle una política nacional de amplio alcance sobre el VIH/SIDA e insta a que las estrategias para aplicarla ataquen de forma explícita la desigualdad de género, el estigma y la discriminación; ofrezcan a los jóvenes información, formación y servicios generales de salud sexual y genésica, y garanticen el acceso a pruebas, asesoramiento y tratamiento voluntarios de las infecciones que se transmiten sexualmente como el VIH/SIDA.*

En relación al VIH/SIDA se ha visto un esfuerzo de trabajo conjunto, tanto desde Estado como de sde la sociedad civil, considerando aquí un contexto favorable a través de la oportunidad del Fondo Global para luchar contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis.

En este contexto, durante los dos últimos años el sector que trabaja el tema del VIH/SIDA hemos contado de manera favorable con la presencia de actores claves tanto dentro del Ministerio de Salud como desde la sociedad civil que han posibilitado un abordaje del tema con determinante voluntad política. Sin embargo, como en todo proceso de instauración, no podemos perder de vista que hace falta reafirmar la lucha contra el SIDA no como una oportunidad de contexto sino como una política que garantice desde el Estado una visión más integral con relación a la promoción, prevención y tratamiento del VIH/SIDA en el Perú.

⁶⁴ Ley 28704 de abril 2006

El Fondo Global ha aperturado de alguna manera la posibilidad de reafirmar un panorama más favorable para los procesos de atención y prevención de la epidemia. Sin embargo, urge la necesidad de mejorar los niveles de cómo estos recursos se están implementando, de especial manera con relación a la provisión de los medicamentos antirretrovirales. Al respecto, se evidencia también la necesidad de diseñar e implementar un sistema de apoyo alimentario a las personas que acceden a los tratamientos que garanticen de alguna manera una mejor adherencia a la ingesta de los mismos. Es importante considerar como eje rector la búsqueda del acceso a la salud en un marco que considere a la pobreza de la mano con la equidad.

Especial mención merece el abordaje del tema del estigma y la discriminación, aspecto que está siendo abordado tanto desde el Estado y la sociedad civil de manera decisiva. Si bien es cierto este proceso recién está iniciando, se ha podido generar una corriente que evidencia en todo nivel la necesidad de luchar por su disminución y erradicación, sobretodo, considerando que a pesar de 23 de años de epidemia aún son persistentes los actos de discriminación con las personas viviendo con VIH/SIDA, de especial manera con los niños y escolares.

Un aspecto que si es realmente preocupante en este contexto es la manera de cómo se viene negociando el Tratado de Libre Comercio en relación a los medicamentos donde existen según los avances serias restricciones en cuanto a la disponibilidad y acceso debido al trato que se tiene con los registros de propiedad intelectual y las condiciones de las patentes.

Es importante crear los mecanismos desde la sociedad civil y el Estado para que se hagan efectivos los compromisos que el Estado ha asumido a nivel nacional e internacionalmente respecto a la lucha contra el VIH/SIDA como una de sus políticas actuales.

Recomendación 78. *La comunidad de donantes proporciona fondos importantes para la atención de la salud sexual y reproductiva en el Perú. El Relator Especial insta a los países que prestan asistencia a que incorporen la normativa de derechos en sus políticas y programas.*

Si bien los Objetivos del Milenio han ayudado a la generación de consensos en la comunidad de donantes, la ausencia de un objetivo

concreto en materia de salud sexual y reproductiva no ha ayudado a la generación de consensos en torno a esta temática. Así, preocupa que uno de los mayores donantes en materia de salud sexual y reproductiva que tiene el Perú -como es USAID- cuyo aporte ha sido fundamental para mejorar los graves indicadores que en este campo tenía el país, no haya acompañado la decisión de distribuir de manera gratuita la AOE en los servicios de salud del sector público. Consideramos que esta decisión, contribuye a la generación de barreras contra la entrega de una vital intervención en salud pública que puede salvar la vida de las mujeres.

E. Etnicidad y Cultura

Recomendación 81: *El Relator Especial suscribe las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (Ibíd, sección D) y también alienta al Gobierno a implementar las recomendaciones relativas al derecho a la salud que fueron aprobadas en el tercer período de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas (véase E/2004/43-E/C.19/2003/23). El Relator Especial insta al Gobierno y a otros agentes a que hagan todo lo posible para que:*

- *Se investiguen los obstáculos económicos, culturales, políticos y lingüísticos para que los indígenas y los grupos étnicos del Perú disfruten del derecho a la salud. Los representantes, varones o mujeres, de las comunidades indígenas y las minorías étnicas del Perú deberían participar activamente en las investigaciones, que podrían ser la base de las políticas y programas al respecto.*
- *Siempre que se pueda, se desglosen por grupo étnico y condición socioeconómica todos los datos sobre la salud.*
- *En todas las políticas, programas y proyectos sanitarios se tengan en cuenta específicamente las necesidades, cultura y tradiciones de los distintos grupos étnicos y de las mujeres indígenas, así como la discriminación de que son objeto.*
- *Todos los grupos étnicos afectados participen activamente, con la información necesaria, en la elaboración e implementación de políticas, programas y proyectos sanitarios.*
- *Se sensibilice a todos los profesionales de la salud de la problemática de la etnicidad, la cultura y el género para que estén al tanto de ella.*
- *En la medida de lo posible, los centros, programas y proyectos sanitarios de o para una comunidad se desarrollen en el idioma de la mayoría de sus habitantes.*
- *El Gobierno central y regional, las instituciones educativas, las asociaciones de profesionales de la salud y otro tipo de entidades ideen e implementen estrategias para alentar a la gente de todos los grupos étnicos a convertirse en profesionales de la salud. Esas estrategias deberían comprender medidas que fomenten la diversidad étnica de la población estudiantil que se beneficia*

de los programas de formación. Además de ello, sin embargo, se deberían programar otros cursos para y por indígenas y otros grupos étnicos no dominantes. Esos cursos deberían incluir el estudio de las tradiciones y prácticas médicas de los interesados. De esta forma, serán sumamente importantes en diversos aspectos. Por ejemplo, contribuirán a preservar los inestimables conocimientos tradicionales de los indígenas que cada vez corren un mayor peligro.

Recomendación 82: *El Relator Especial recomienda Se debería alentar a visitar el Perú al Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas y al Relator Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia.*

En lo referente a la adecuación cultural de los servicios de salud, el Ministerio de Salud ha desarrollado estrategias operativas como las denominadas “Casas de Espera” y la adecuación cultural del parto (institucionalización del “Parto Vertical”). Ambos han contribuido con una mayor cercanía entre los servicios de salud y la población rural. El éxito alcanzado por las Casas de espera ha motivado su extensión con financiamiento mayoritariamente público. Sin embargo, el nivel de implementación no es homogéneo dada la propia diversidad del país y las diferencias de capacidades entre las diferentes Direcciones Regionales de Salud, requiriéndose incorporar la visión y la perspectiva de la demanda, esto es, de las propias poblaciones.

En cuanto a la estrategia del “Parto Vertical”, se ha dado incluso una norma de carácter nacional, estando en proceso de implementación en las Direcciones de Salud. Otro esfuerzo en ciernes es la propuesta de adecuación cultural de las llamadas brigadas itinerantes (antes ÉLITES), a cargo de la estrategia sanitaria, con una propuesta técnica en consulta con diversas instituciones cooperantes y representantes de las propias comunidades nativas.

Con el propósito de reducir los obstáculos económicos para que los indígenas y grupos étnicos disfruten del derecho a la salud, se ha emitido un Decreto Supremo para incluir explícitamente a los nativos en los alcances del Seguro Integral de Salud (SIS). Sin embargo, su

implementación ha encontrado trabas administrativas y, al considerar el mismo tarifario para el reembolso de las atenciones (sin reconocer los mayores costos por dispersión geográfica) genera des-incentivos para su cumplimiento.

En lo referente a la implementación de las recomendaciones aprobadas en el tercer periodo de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas⁶⁵ y al desglose por grupo étnico de los datos sobre salud, estas recomendaciones no se han cumplido. Al respecto, además de desglosar por etnia los datos, es preciso modificar las condiciones y criterios de registro⁶⁶, garantizando su adecuación cultural, superando así los problemas de sub-registro o registro inadecuado que se vienen produciendo.

En relación a que se desarrollen investigaciones sobre obstáculos de los pueblos indígenas para el acceso a la salud, con la participación de los pueblos indígenas, el Instituto Nacional de Salud ha comenzado a desarrollar incentivos a la investigación sobre adecuación cultural y sobre enfermedades prevalentes en los pueblos indígenas⁶⁷. Por su parte, la Defensoría del Pueblo⁶⁸ ha llevado a cabo algunos estudios interesantes, circunscritos a determinadas comunidades. Durante el 2006, CENSI (Centro de Salud Intercultural) ha suscrito algunos acuerdos con organizaciones indígenas para la elaboración de investigaciones en materia de salud⁶⁹. También la Oficina General de Epidemiología venía produciendo interesantes investigaciones sobre la materia, incorporando la participación de las comunidades afectadas. Sin embargo, en los dos últimos años esta línea ha quedado interrumpida.

En lo que respecta a *tener en cuenta específicamente las necesidades, cultura y tradiciones de los distintos grupos étnicos y de las mujeres indígenas, así como la discriminación de que son objeto*, en términos generales puede decirse que los escasos avances en materia de derechos en salud de los Pueblos Indígenas se refieren al terreno de lo meramente

⁶⁵ Estas pueden consultarse en <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N04/384/68/PDF/N0438468.pdf?OpenElement>

⁶⁶ Ver OGE: Análisis de la situación de salud del Pueblo Shipibo- Konibo. 2002, Lima. Disponible en http://www.oge.sld.pe/publicaciones/pub_asis/asis07.pdf

⁶⁷ INS, Boletín del instituto Nacional de Salud (año 3, n° 13) Lima, 2006

⁶⁸ DEFENSORÍA DEL PUEBLO: El Proyecto Camisea y sus efectos en los derechos de las personas. Lima 2006. Pueblos Indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial. Lima, 2006 Disponibles en http://www.ombudsman.gob.pe/inf_def.php

⁶⁹ Ver acuerdos de Cajamarca y Cusco, <http://www.minsa.gob.pe/porta/03Estrategias-Nacionales/08ESN-Indigena/esn-indacuerdos.asp#>

declarativo o programático, sin que se haya producido mejoras materiales en la crítica situación de salud de los pueblos originarios. Las políticas públicas a nivel nacional no sólo siguen caracterizándose por la inexistencia de acciones afirmativas que permitan superar la situación de especial vulnerabilidad en la que se encuentran los Pueblos Indígenas, sino que manifiestan un sesgo economicista que hace primar el desarrollo de actividades económicas y extractivas en desmedro de los derechos de los pueblos indígenas.

Los avances que se puede mencionar se refieren a la aprobación del Plan Nacional de Derechos Humanos⁷⁰, y la promulgación de la Ley “para la Protección de Pueblos Indígenas y Originarios en Situación de Aislamiento y en Situación de Contacto Inicial”⁷¹. En la otra mano se encontrarían los casos de probable corrupción y clientelismo que, según recientes investigaciones y denuncias de las propias organizaciones indígenas, se habría dado en la Comisión Nacional de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos (CONAPA), organismo que debió encargarse de generar políticas públicas en materia de Pueblos Indígenas. El Estado debería participar activamente en la implementación y seguimiento del Plan de Acción 2005-2007 de la Organización Panamericana de la Salud para los Pueblos Indígenas⁷².

En lo que refiere a la *participación activa e informada de los distintos grupos étnicos en la elaboración e implementación de políticas*, el Ministerio de Salud está promoviendo la participación de los Pueblos Indígenas en la implementación del Plan de Acción 2005-2007 Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS. La propuesta de normativa del MINSA para la atención de comunidades nativas se encuentra actualmente en consulta con sus representantes. Sin embargo, en ocasiones la participación de los Pueblos Indígenas es meramente formal, limitándose a la aprobación de acuerdos y programas ya elaborados. Es necesario establecer una metodología que permita una participación real de los pueblos indígenas. Al respecto, el Estado Peruano debería modificar su legislación, adecuándola al contenido del Convenio 169 de la OIT en cuanto a participación.

⁷⁰ Ver DS 017-2005-JUS por el que se aprueba el Plan Nacional de derechos Humanos 2006-2010 elaborado por el Consejo Nacional de Derechos Humanos. Disponible en <http://www.pnud.org.pe/Pdfs/NP/NP%20-%20Plan%20nacional%20de%20Derechos%20humanos.pdf#search=%22plan%20nacional%20de%20derechos%20humanos%22>

⁷¹ Ver Ley 28736 de 05/18/2006 en <http://www.congreso.gob.pe/ntley/imagenes/Leyes/28736.pdf>

⁷² Puede consultarse el texto del Plan en http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig_PLAN05_07_esp.pdf#search=%22OPS%20Plan%202005-2007%20ind%C3%ADgenas%22

En lo que refiere a la *sensibilización de todos los profesionales de la salud de la problemática de la etnicidad, la cultura y el género*, CENSI ha suscrito seis acuerdos con poblaciones indígenas, que incluyen la sensibilización de los profesionales de salud y su capacitación en salud intercultural, con la participación de los Pueblos Indígenas involucrados. Se debiera, sin embargo, establecer un sistema regular de capacitación que deban seguir los profesionales que trabajan o van a trabajar con población indígena. Esta formación debería ser parte también de la enseñanza regular de las profesiones médicas y sentar las bases de una relación respetuosa y cooperativa con las medicinas tradicionales indígenas.

En relación a que *los centros, programas y proyectos sanitarios de o para una comunidad se desarrollen en el idioma de la mayoría de sus habitantes*, no se han producido avances en este campo. Existe experiencia de cursos de quechua para profesionales de salud que trabajan en zonas altoandinas, mas no así para comunidades amazónicas. Al respecto, el dominio de los idiomas nativo debería considerarse durante los procesos de selección para cubrir vacantes de personal sanitario en las zonas habitadas por pueblos indígenas. Los centros de salud que, sin estar situados en la proximidad de territorios indígenas y que atiendan a personas que hablen lenguas diferentes del castellano deberían contar con los servicios de intérpretes.

Finalmente, en lo que refiere a *estrategias para que los indígenas se conviertan en profesionales de salud y el estudio de las tradiciones y prácticas médicas de los indígenas y otros grupos étnicos*, no se ha producido avances significativos en la incorporación de indígenas como profesionales de la salud, y la medicina denominada "tradicional" ha sido objeto de la Ley de promoción de la biotecnología moderna, cuyas investigaciones se han centrado en la bio-prospección, a efectos de determinar el valor de uso de determinadas plantas por la industria farmacéutica, más que a la protección y desarrollo de las medicinas tradicionales y de los recursos que éstas emplean.

Casos representativos

Candoshi y hepatitis B

Las organizaciones de la sociedad civil manifiestan su especial preocupación por la situación del Pueblo Candoshi, cuyo 60% padece hepatitis B. La OGE ha desplegado encomiables esfuerzos por atender a esta población, desarrollando un programa en estrecha colaboración con los Candoshi, que ha permitido que en los últimos años no se haya reportado ni un solo caso de esta enfermedad en menores de tres años.⁷³ También se brinda atención paliativa a las personas que se encuentran en estados avanzados de la enfermedad. Sin embargo, resulta preocupante que las personas que ya han desarrollado la enfermedad no reciban tratamiento alguno, pese a que ya existen fármacos con una eficacia elevada. Además del fallecimiento de las personas afectadas, esta situación puede generar la extinción de la cultura Candoshi, al romperse la cadena que permite su transmisión de generación en generación.

Recomendamos encarecidamente a las autoridades que realicen una investigación para determinar los mecanismos específicos de transmisión de la enfermedad en la zona. Recomendamos también que se asegure el financiamiento del programa de vacunación y atención paliativa para los próximos X años, que constituyen el periodo necesario para controlar la endemia.

Así mismo, es necesario garantizar el acceso de los Candoshi a una alimentación cuantitativa, cualitativa y culturalmente adecuada, que permita disminuir los casos letales de la enfermedad. Para ello debería implementarse un programa que permita la recuperación y el manejo sostenible de los recursos tradicionalmente empleados, los cuales han sido prácticamente destruidos mediante el desarrollo de actividades extractivas y contaminantes.

Por último, aunque no menos importante, recomendamos que se brinde tratamiento al menos a una parte de la población. Para ello podría recurrirse al canje de deuda y solicitar la ayuda de personal médico especialista en el manejo de dicha medicación a través de la cooperación internacional.

⁷³ Sin embargo es posible que en zonas remotas se haya producido algún caso no reportado.

Pueblos en aislamiento y actividades extractivas

Actualmente existen propuestas normativas para la atención de estas poblaciones, en proceso de consulta desde el INS con diferentes instituciones representativas de las comunidades nativas (consulta indirecta) y tomando como base las evidencias de la investigaciones realizadas a la fecha o las experiencias de los contactos sostenidos.



Anexos



Foto Superior: Paul Hunt, Relator Especial de las Naciones Unidas por el Derecho a la Salud reunido con autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud.

Foto Inferior: El Relator Especial en compañía de Pilar Mazzetti, Ministra de Salud y autoridades de la Universidad Peruana Cayetano Heredia luego de la ceremonia de inauguración del Diploma Internacional de Derechos Humanos en la Salud.

**Derechos Humanos en Salud
en el Perú: Balance 2004 - 2006**

Se terminó de imprimir en octubre
los talleres gráficos de Sinco Editores
sincoeditores@yahoo.com