

# ÍNDICE

1. Introducción .....	1
2. Las obligaciones internacionales y nacionales de Perú en relación al derecho a la salud.....	4
2.1 Normas y estándares internacionales .....	4
2.1.1 Las obligaciones estatales en relación al derecho a la salud.....	5
2.2 Compromisos políticos de Perú en relación a la atención de la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil.....	7
2.3 El derecho a la salud en la legislación nacional peruana.....	9
3. Desigualdades en la realización del derecho a la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil .....	9
3.1 Disponibilidad de los establecimientos, bienes y servicios de la salud .....	12
3.1.1 Discriminación en la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios de la salud .....	13
3.2 Accesibilidad a los servicios de salud.....	14
3.2.1 Barreras al acceso a la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil .....	18
3.2.1.1 Documentos de Identidad y Certificados de Nacido Vivo.....	22
3.2.1.2 Otros obstáculos en la inscripción para garantizar el acceso a los servicios de salud a las personas pobres .....	24
3.2.3 Barreras por la falta de acceso a la información .....	26
3.3 Falta de aceptabilidad de los servicios de salud materno- infantil y discriminación cultural y racial.....	28
4. Conclusiones .....	34
5. Recomendaciones .....	37



# Perú

## Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil

### 1. Introducción

En el año 2001 se creó en Perú una Comisión de la Verdad y Reconciliación (Comisión de la Verdad) con el mandato de establecer las circunstancias que rodearon los abusos y violaciones de derechos humanos cometidos entre mayo de 1980 y noviembre de 2000, durante el conflicto interno armado entre el Estado y los grupos armados de oposición Sendero Luminoso y el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA).<sup>i</sup>

En su *Informe Final*, publicado en agosto de 2003, la Comisión de la Verdad documentó miles de casos de graves abusos de derechos humanos por los grupos armados de oposición Sendero Luminoso y el MRTA, así como graves violaciones de derechos humanos por agentes del Estado, en particular las Fuerzas Armadas, que en algunos momentos y lugares del conflicto fueron prácticas sistemáticas y generalizadas y constituyeron delitos de lesa humanidad. Entre los casos reportados a la Comisión de la Verdad se incluyen 23.969 casos de personas fallecidas y “desaparecidas”, así como miles de casos de torturas y tratos cueles, inhumanos o degradantes, violencia sexual contra la mujer, violación al debido proceso, secuestro y toma de rehenes, violaciones de derechos humanos de niños y niñas, y violaciones de los derechos humanos de las poblaciones indígenas.<sup>ii</sup>

El análisis del perfil socioeconómico de las víctimas del conflicto interno armado realizado por la Comisión de la Verdad refleja la notoria relación que existió entre la situación de pobreza y exclusión social y la probabilidad de ser víctima de la violencia. Un 85 por ciento de los casos que recibió la Comisión corresponden a personas de los departamentos de Junín, San Martín, Ayacucho, Huánuco, Huancavelica y Apurímac.<sup>iii</sup> Estos últimos cuatro departamentos son cuatro de los cinco más pobres de Perú.<sup>iv</sup> En contraste, menos del 10 por ciento de las personas que murieron o “desaparecieron” se ubicaban entre los sectores con más recursos económicos del país.<sup>v</sup>

Conjuntamente con las brechas socioeconómicas, de acuerdo al análisis de la Comisión de la Verdad, el proceso de violencia puso de manifiesto la gravedad de las desigualdades de índole étnico-cultural que aún prevalecen en el país. La mayoría de las víctimas fatales y “desaparecidos” pertenecían a sectores rurales y campesinos (79 y 56 por ciento respectivamente),<sup>vi</sup> tenían el quechua u otras lenguas nativas como idioma materno (75 por ciento),<sup>vii</sup> y grados de instrucción inferiores a los del conjunto del país (68 por ciento de las víctimas tenían un nivel educativo inferior a la educación secundaria en un país donde sólo un 40 por ciento se encontraba por debajo de ese nivel educativo),<sup>viii</sup> es decir, las víctimas de la violencia se encontraban en los sectores tradicionalmente más excluidos socialmente y con menos recursos económicos.

La Comisión de la Verdad constató que el velado racismo y las actitudes de desprecio subsistentes en la sociedad peruana contra las personas de origen indígena, rural, y de escasos

recursos económicos contribuyó a que la muerte de miles de quechua hablantes fuera inadvertida en la opinión pública nacional.<sup>ix</sup> Estas diferencias étnicas y raciales fueron además invocadas por los perpetradores, tanto por agentes estatales como por los grupos armados de oposición, para justificar acciones cometidas contra sus víctimas.<sup>x</sup>

El *Informe Final* evidenció también los efectos que el conflicto interno armado tuvo sobre las mujeres, al acentuar y profundizar un sistema de género caracterizado por la desigualdad, la jerarquía y la discriminación. Las mujeres fueron golpeadas fuertemente durante el conflicto por razón de su género, siendo víctimas de violación sexual, como arma de guerra para disminuirlas y someterlas a partir del uso de su cuerpo, además de otras formas de tortura, incluida tortura psicológica, como medio para obtener información sobre sus familiares, así como reclutamiento forzado para el trabajo y uniones forzadas.<sup>xi</sup> Muchas de estas mujeres han denunciado problemas de salud mental y física, incluida salud reproductiva, como consecuencia de los actos de violencia sufridos.

Las mujeres no sólo fueron víctimas de abusos por parte de los distintos actores del conflicto, sino que también fueron objeto de violaciones de derechos humanos por ser madres, hermanas o hijas de integrantes de Sendero Luminoso y el MRTA o por ser pareja de miembros de las Fuerzas del Orden. En ocasiones, en el clima de violencia se emplearon justificaciones ideológicas para castigar a las mujeres por no cumplir un rol sumiso.<sup>xii</sup>

La mayoría de estas mujeres eran quechua hablantes de la sierra sur del país, jóvenes, campesinas con bajo nivel educativo. En su caso a la discriminación racial se unió la discriminación de género.

Un ejemplo claro de esta doble discriminación son los miles de casos de mujeres de origen indígena o campesino, en situación de pobreza, que habrían sido sometidas a esterilizaciones no consentidas o forzadas entre 1996 y el 2000. Estos casos reflejan también como la discriminación económica, social y de género limita el derecho de miles de mujeres a vivir sin violencia en Perú.<sup>xiii</sup>

Los patrones de discriminación racial, étnica, y de género documentados por la Comisión de la Verdad continúan limitando el derecho de miles de personas en Perú a disfrutar de sus derechos humanos. Hasta que no se tomen medidas para erradicar las graves desigualdades y discriminación que persisten aún en Perú, el Estado continuará vulnerando sus obligaciones internacionales de proteger y promover los derechos humanos, tanto civiles y políticos como económicos, sociales y culturales, de todas las personas, indistintamente de su raza o etnia, género, o condición socioeconómica.

Si bien el número de violaciones a muchos derechos civiles y políticos, como los documentados por la Comisión de la Verdad, se han reducido de forma significativa en Perú en los últimos años, muchas personas siguen viendo vulnerados sus derechos civiles y políticos y sus derechos económicos, sociales y culturales. Los derechos humanos son indivisibles y los Estados no pueden optar por proteger sólo algunos de estos derechos, pues todos son esenciales para la dignidad y el desarrollo humano. Es primordial, por tanto, que el Estado peruano cree las condiciones sociales, económicas y políticas, y las garantías jurídicas para que toda persona pueda disfrutar en la práctica de todos sus derechos humanos.

En febrero y julio de 2005, una delegación de Amnistía Internacional viajó a Perú para realizar labores de investigación en relación al derecho a la salud en comunidades marginadas o excluidas del país donde habitan personas de pocos recursos económicos, de origen campesino o indígena, quechua hablantes y con limitada educación formal. Aquellos que históricamente han sido discriminados por razón de su origen social, racial o étnico, y de su género; y que fueron víctima durante dos décadas de la mayoría de los graves y numerosos abusos y violaciones de derechos humanos que se cometieron durante el conflicto interno armado.

En el presente informe Amnistía Internacional evalúa algunos aspectos del cumplimiento por parte del Estado peruano de su obligación bajo la legislación internacional de derechos humanos de promover, proteger y facilitar el derecho a la salud.

En particular la organización se centra en la obligación del Estado peruano de velar por la atención de la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil; garantizando una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud; protegiendo el derecho de acceso sin discriminación; proporcionando capacitación adecuada al personal de salud sobre estos deberes y responsabilidades; y garantizando el acceso de la población a la información relativa a los principales problemas de salud, incluidos los métodos para prevenirlos y combatirlos.

El acceso a la información sobre la salud materna y a los servicios de salud materna es una parte importante del derecho de las mujeres a la igualdad en el disfrute del derecho a la salud, y puede a su vez afectar otros de los derechos humanos de las mujeres. Cuando se niega a las mujeres el acceso a dicha información y servicios de salud, sus derechos humanos a la vida, a la integridad física y mental, a la seguridad y a la no discriminación, entre otros, pueden verse en peligro.

Este documento incluye información recopilada en publicaciones sobre la salud y el derecho a la salud tanto del Estado peruano, como de organizaciones inter-gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, así como datos y testimonios recogidos durante las dos visitas de la organización al país en el 2005, en las cuales se visitaron centros de salud en Lima, la capital, en el departamento de Huánuco y en el departamento de Loreto. Amnistía Internacional agradece la apertura y transparencia durante las reuniones y entrevistas sostenidas tanto con las autoridades responsables del área de salud, a nivel nacional y local, como con los y las profesionales y los usuarios y usuarias con los que la organización tuvo la oportunidad de conversar en los establecimientos de salud visitados.

Si bien este informe no es un estudio exhaustivo sobre la situación del derecho a la salud materno-infantil en Perú, Amnistía Internacional considera que las evidencias obtenidas le permiten afirmar con autoridad que a pesar de los avances realizados, el Estado peruano continúa sin garantizar la disponibilidad, la accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud reproductiva, materna (pre y postnatal) e infantil, sin discriminación, a las personas de poblaciones marginales o excluidas.<sup>xiv</sup>

De acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Salud de Perú, un 25 por ciento de la población, cerca de 6.500.000 personas, no tienen acceso a la atención primaria.<sup>xv</sup> Según

estadísticas oficiales, ocho de cada diez mujeres ven el acceso a los servicios de salud materno-infantil como un problema.<sup>xvi</sup>

Las desigualdades en la distribución de las instalaciones, bienes y servicios de salud en el país que continúa beneficiando a los sectores más poderosos, de mayores recursos y con mayor influencia política; y la discriminación tanto económica como cultural y racial que persiste en el sistema de salud, dificultan, a juicio de Amnistía Internacional, el acceso a la salud de las personas en poblaciones excluidas o marginadas en particular de las mujeres.

## **2. Las obligaciones internacionales y nacionales de Perú en relación al derecho a la salud**

El derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental (el derecho a la salud) está protegido tanto en la legislación y normas internacionales sobre derechos humanos, como en la legislación nacional de Perú. Este marco legal es de obligado cumplimiento para el Estado peruano. Asimismo, el Estado peruano ha asumido una serie de compromisos de índole política en foros internacionales en relación al derecho a la salud, y en particular en relación a la salud materno-infantil, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de la Organización de las Naciones Unidas, entre los que se incluye el compromiso de reducir la mortalidad materna e infantil para el 2015.

### **2.1 Normas y estándares internacionales**

La obligación de los Estados de garantizar el derecho a la salud de todas las personas está reconocido tanto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos,<sup>xvii</sup> como en distintos instrumentos internacionales de derechos humanos que Perú se ha comprometido a respetar a través de su suscripción y ratificación como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,<sup>xviii</sup> la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer,<sup>xix</sup> La Convención sobre los Derechos del Niño,<sup>xx</sup> la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial;<sup>xxi</sup> y el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales, de la Organización Internacional del Trabajo.<sup>xxii</sup>

Además el derecho a la salud está protegido por instrumentos regionales de derechos humanos de los cuales Perú es Estado parte, como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".<sup>xxiii</sup>

De acuerdo a la interpretación del Comité de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos Sociales y Culturales (CDESC) sobre el artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Social y Culturales relativo al derecho a la salud,<sup>xxiv</sup> este derecho debe entenderse como un derecho inclusivo que abarca tanto la atención de salud oportuna y apropiada, como los factores determinantes de la salud. Es decir, el derecho a la salud incluye tanto el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud posible; como el acceso al

agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante de este derecho, de acuerdo al Comité, es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

El Comité establece asimismo que el derecho a la salud debe abarcar los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

**Disponibilidad** suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como programas. Esos servicios deben incluir los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

**Accesibilidad** implica la eliminación de todo tipo de barreras, incluidas las barreras físicas y económicas, y aquellas que se dan como resultado de la discriminación y la falta de información. Los Estados deben garantizar tanto accesibilidad física y económica (asequibilidad) a los establecimientos, bienes y servicios de salud, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte; como el acceso a la información, en especial para los grupos vulnerables y marginados de la población. El acceso a la información comprendería el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas, sin menoscabo del derecho a que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. Los servicios de salud deben ser accesibles de hecho y de derecho a todos y todas, lo cual implica la eliminación de barreras tanto lingüísticas como culturales.

**Aceptabilidad** de establecimientos, bienes y servicios de salud que deben ser respetuosos de la ética médica, la cultura de las personas que pertenecen a las minorías étnicas y lingüísticas, y los pueblos indígenas, a la par que sensibles a los requisitos del género, y estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

**Calidad** de los establecimientos, bienes y servicios de salud que deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

### **2.1.1 Las obligaciones estatales en relación al derecho a la salud**

De acuerdo al Artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el logro de la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto, entre ellos el derecho a la salud, debe realizarse de manera progresiva, por todos los medios adecuados, a través de la adopción de medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la

cooperación internacional, hasta el máximo de los recursos de que cada uno de los Estados Partes disponga.<sup>xxv</sup>

Sin embargo, el que la plena efectividad del derecho a la salud sólo pueda lograrse progresivamente no cambia la naturaleza de la obligación legal que requiere que los Estados adopten algunas medidas de forma inmediata y otras a la mayor brevedad posible.<sup>xxvi</sup> El Comité de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales indica que existen obligaciones que los Estados Parte del Pacto deben satisfacer con efecto inmediato. Entre estas obligaciones se incluyen el compromiso de garantizar el ejercicio de los derechos del Pacto “sin discriminación”, y la obligación de tomar medidas lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr la plena efectividad de estos derechos.<sup>xxvii</sup>

El Comité ha clarificado además la obligación inmediata de los Estados Parte de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada derecho del Pacto, sin demora. Aún en tiempos de limitaciones graves de recursos se puede y se debe en realidad proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas de relativo bajo costo.<sup>xxviii</sup> Los Estados deben demostrar que han realizado todos los esfuerzos para utilizar todos los recursos que están a su disposición para satisfacer, con carácter prioritario, por lo menos esos niveles esenciales u obligaciones básicas en relación a cada uno de los derechos reconocido en el Pacto.

El Comité considera que entre las obligaciones básicas de los Estados para satisfacer el derecho a la salud figuran, como mínimo, las siguientes.<sup>xxix</sup>

- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sin discriminación, y una distribución equitativa de los mismos; así como facilitar medicamentos esenciales, según el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- Asegurar tanto el acceso a una alimentación esencial mínima, como el acceso a un hogar, una vivienda, unas condiciones sanitarias básicas, y a un suministro adecuado de agua limpia potable;
- adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Estos deberán ser elaborados y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente. Tanto el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

De acuerdo al mismo Comité, “un Estado Parte en el que un número importante de individuos está privado de alimentos esenciales, de atención primaria de salud esencial, de abrigo y vivienda básicos o de las formas más básicas de enseñanza, prima facie no está cumpliendo con sus obligaciones en virtud del Pacto”.<sup>xxx</sup>

El Comité identifica asimismo otras obligaciones de prioridad comparable a las obligaciones básicas, entre las que se incluyen: velar por la atención de la salud genésica,<sup>xxxii</sup> materna (prenatal y postnatal)<sup>xxxiii</sup> e infantil; proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas; impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud, incluidos los métodos para prevenirlos y combatirlos; y proporcionar capacitación adecuada al personal de salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

En relación a la salud materna, el Comité indica que la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna, debe ser uno de los objetivos de la estrategia nacional que los Estados deben elaborar con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer, y a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a este sector de la población. En este sentido, el Comité establece la necesidad de que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva.<sup>xxxiii</sup>

La importancia de velar por la atención de la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil, se recoge no sólo en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,<sup>xxxiv</sup> sino también en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.<sup>xxxv</sup> Asimismo, tanto las Convención sobre los Derechos del Niño, como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer destacan la importancia de velar por la atención de la salud materna e infantil, lo cual ilustra la prioridad que se da a la salud materno-infantil en la legislación internacional sobre derechos humanos.<sup>xxxvi</sup>

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer considera que los Estados Partes, como Perú, deben indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios<sup>xxxvii</sup> tengan lugar en condiciones de seguridad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.<sup>xxxviii</sup>

## **2.2 Compromisos políticos de Perú en relación a la atención de la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil**

Además de las obligaciones legales internacionales de Perú en relación al derecho a la salud, en particular en lo referente a la salud materno-infantil, Perú ha asumido en la última década una serie de compromisos políticos en foros internacionales en el marco de la Organización de las Naciones Unidas.

Ya en 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo, los Estados participantes, entre los que se encontraba Perú, reconocieron la necesidad de

continuar avanzando para reducir la mortalidad materna, de lactantes y niños pequeños, y la diferencia entre las tasas medias de mortalidad en las regiones desarrolladas y en desarrollo, así como las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, minorías étnicas o culturales y clases socioeconómicas. En este contexto, los Estados se comprometieron a garantizar a todas las personas y en especial a los grupos más desfavorecidos y vulnerables, el acceso equitativo a los servicios de atención de salud, incluidos los de planificación de la familia y salud materno-infantil.

El Programa de Acción que resultó de la Conferencia establece que todos los países deberán aumentar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud, respetando el concepto de la elección de la persona usuaria basada en una información correcta. Estos servicios deberían incluir la educación sobre la maternidad sin riesgo; cuidados prenatales coordinados y eficaces; programas de nutrición materna; asistencia adecuada en los partos y prestando atención obstetricia de emergencia; servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo y el parto, atención prenatal y planificación de la familia.<sup>xxxix</sup>

Compromisos similares se concretaron en 1995 durante la IV Conferencia Mundial de la Organización de Naciones Unidas sobre la Mujer, en Beijing. En esta oportunidad, los Estados, entre ellos Perú, reconocieron que en muchas partes del mundo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva; y que la mayoría de estas muertes, problemas de salud y lesiones se pueden evitar, mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud. En este sentido, los Estados se comprometieron a proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, que comprendan servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y que concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia, como se acordó en el Programa de Acción de Cairo del año anterior.<sup>xl</sup>

En septiembre de 2000, en el marco del período de sesiones de las Naciones Unidas declarado como la Asamblea del Milenio, se llevó a cabo la Cumbre del Milenio, donde fue adoptada la "Declaración del Milenio" que establece puntos de acuerdo en diversos temas de interés mundial y objetivos concretos. De este proceso resultaron los "Objetivos de Desarrollo del Milenio".

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son ocho metas mundiales a alcanzar antes de 2015 que incluyen medidas para luchar contra la pobreza extrema, promover la igualdad de los géneros, la educación y la sostenibilidad ambiental. Estos objetivos están relacionados con derechos humanos fundamentales como el derecho a la salud, a la vivienda, al agua potable y al saneamiento, y su cumplimiento representará un gran paso hacia la plena efectividad de esos derechos esenciales para el desarrollo humano. Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio se incluyen: reducir la mortalidad infantil (Objetivo 4) y mejorar la salud materna (Objetivo 5). En relación a estos dos objetivos, los Estados se han comprometido, *inter alia*, a tomar medidas para reducir entre 1990 y 2015 en dos terceras partes la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, y en tres cuartas partes la mortalidad materna.<sup>xli</sup>

La aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a través de estrategias nacionales, debe estar firmemente inserta en un marco regulador de los derechos humanos y tener en cuenta las obligaciones nacionales e internacionales de los Estados en materia de derechos humanos. A la hora de vigilar la evolución del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio deben tenerse en cuenta estos aspectos.

### **2.3 El derecho a la salud en la legislación nacional peruana**

La legislación peruana reconoce el derecho a la protección de la salud, en el capítulo segundo de la Constitución de 1993 referente a los Derechos Sociales y Económicos.<sup>xiii</sup>

La protección de este derecho humano se regula en la Ley General de Salud (Ley No. 26842), de julio de 1997, que establece el derecho irrenunciable de toda persona a la salvaguarda de su salud. Dicha ley recoge los deberes del Estado peruano de promover el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud, de intervenir en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad, de orientar el financiamiento estatal preferentemente a las acciones de salud pública y de subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos. La ley reconoce además el derecho de toda persona a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud.

La Ley General de Salud reconoce, asimismo, el derecho de las personas al respeto a su personalidad, dignidad e intimidad, y el derecho a la información, incluida información sobre medidas y prácticas de salud reproductiva.

En relación a la obligación del Estado peruano de velar por la atención de la salud materno-infantil para mujeres, niños y niñas, la Ley No. 27604, que modificó la Ley General de Salud en diciembre de 2001, extiende el derecho a la atención médico-quirúrgica de emergencia a la atención del parto mientras subsista el riesgo para la vida de la mujer o la del niño o niña. Esta ley condiciona el reembolso de los gastos de cualquier atención de emergencia a los recursos de que disponga el usuario, a determinar a través de una evaluación del caso que realice el Servicio Social, eximiendo a las personas indigentes.

## **3. Desigualdades en la realización del derecho a la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil**

Si bien los Lineamientos de la Política de Salud del Estado peruano para el periodo 2002-2012 resaltan como principios básicos, entre otros, la equidad, la universalidad del acceso, y la calidad de los servicios, esta política no prioriza la plena realización de las obligaciones inmediatas del Estado peruano en relación al derecho a la salud, incluida la salud materno-infantil entre las que se incluyen: garantizar el ejercicio del derecho a la salud sin discriminación y el respeto de los establecimientos, bienes y servicios de salud a la cultura de

las personas que pertenecen a minorías étnicas o lingüísticas; y priorizar el acceso a los servicios de salud para los más vulnerables.

En relación a la obligación del Estado peruano de garantizar el acceso a la salud, incluida la salud materno-infantil, priorizando a los grupos vulnerables, en los últimos años las autoridades han creado algunos mecanismos para satisfacer dicha obligación.

La Ley del Ministerio de Salud (Ley No 27657), de enero de 2002, creó el organismo descentralizado Seguro Integral de Salud (SIS) con el fin de asegurar el acceso de las personas en situación de pobreza y pobreza extrema a servicios de salud básicos.<sup>xliii</sup> Entre los distintos planes de atención que ofrece este Seguro están: el plan A orientado a niños y niñas de 0 a 4 años, que incluye atención preventiva de enfermedades, atención y tratamiento de enfermedades, atención de nacidos con VIH/SIDA, traslados de emergencia y cobertura de gastos de sepelio; y el plan C que focaliza en las mujeres gestantes e incluye control prenatal, atención del parto normal y de alto riesgo, atención del puerperio, atención de otros problemas de salud, traslados de emergencia y gastos de sepelio.

El Seguro Integral de Salud ofrece para la población en distritos con más de 65 por ciento de familias en situación de pobreza o extrema pobreza, de acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Economía y Finanzas, acceso universal gratuito a estos planes. El único coste para los afiliados al Seguro Integral de Salud en estos casos sería el pago de 1 nuevo sol (US\$0.30) por la inscripción a este Seguro. En los distritos con porcentaje menor de población en situación de pobreza o extrema pobreza se aplica un Sistema de Identificación de Usuarios (SIU) a través de una Ficha de Evaluación Socioeconómica (FESE) que estima la capacidad de cada persona para asumir el pago por los tratamientos que se realizan a través del Seguro Integral de Salud. Estas personas, además de aportar 1 nuevo sol por la inscripción deberán abonar la totalidad, una parte, o nada, del coste de la atención médica que reciban, dependiendo de su poder adquisitivo.<sup>xliiv</sup>

Además, en diciembre de 2005, el Estado peruano adoptó el primer Plan Nacional de Derechos Humanos. Si bien este Plan no es aún operativo, el mismo incluye prioridades para

**Folleto del Seguro Integral de Salud en el que se incluye información sobre los servicios de salud gratuitos para la población en situación de pobreza. © SIS**

garantizar el derecho a la salud, entre ellas: garantizar el ejercicio del derecho a la información en salud, con especial énfasis en la población de comunidades rurales e indígenas, con respeto de las diferencias culturales; fortalecer la política de recursos humanos orientada a mejorar las competencias y condiciones de empleo de los trabajadores del sector salud, tanto en el desempeño de sus funciones, como en la promoción y protección del derecho a la salud; profundizar los avances en la atención de calidad en los servicios de salud, y su adecuación cultural; y ampliar los mecanismos de financiamiento que garanticen el acceso y cuidado integral de la salud de la población de menores ingresos.

Sin embargo, a pesar de los compromisos legales y políticos que Perú ha asumido, de acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Salud de Perú, el 25 por ciento de la población del país, es decir cerca de 6.500.000 personas, no tiene acceso a la atención primaria de la salud.<sup>xlv</sup> Para ocho de cada diez mujeres el acceso a los servicios de salud materno-infantil, es visto como un gran problema.<sup>xlvi</sup>

Los índices oficiales de mortalidad materna e infantil en Perú están entre los más altos de la región. Las cifras más recientes de la Organización Panamericana de la Salud indican que la tasa de mortalidad materna en Perú en el año 2000 era de 185 mujeres por 100.000 nacidos vivos,<sup>xlvii</sup> que en números absolutos representarían más de 1.250 muertes, y la tasa de mortalidad perinatal (nacidos muertos) y de menores de cinco años estaría entre 23 y 47 respectivamente por 1000 nacidos vivos.<sup>xlviii</sup> Otras estimaciones sitúan la tasa de mortalidad materna en 410 por 100.000 nacidos vivos.<sup>xlix</sup>

Según las estadísticas oficiales, un 20 por ciento de las defunciones de mujeres en el 2000 fueron atribuibles a causas maternas.<sup>1</sup> Otros informes indican que el 45 por ciento de las muertes que ocurren en el país son de menores de cinco años, y cada 8 horas se muere una mujer por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.<sup>ii</sup>

Si bien entre la mortalidad infantil y materna en Perú se ha reducido en los últimos años, según el Ministerio de Salud, aumentó entre la población más pobre, lo que significa que el promedio nacional mejoró sólo porque la mortalidad materna e infantil descendió significativamente entre las personas de mayores ingresos.<sup>iii</sup>

Según informes, la mayoría de las muertes maternas e infantiles en Perú podrían ser evitadas si se implementan medidas y la debida atención médica. Por ejemplo, entre las principales causas de la mortalidad infantil estarían las causas perinatales; la diarrea, la desnutrición y las infecciones respiratorias agudas. En el caso de la mortalidad materna, serían la hemorragia posparto, las infecciones, la hipertensión inducida por el embarazo, y causas derivadas de complicaciones durante abortos.<sup>iiii</sup>

Estos riesgos, además, se incrementan en mujeres gestantes que tienen desnutrición y anemia, entre las que se encuentran mayoritariamente las mujeres de poblaciones marginales. La mala nutrición o salud materna conlleva además el nacimiento de bebés prematuros o con bajo peso, que pueden fallecer si los cuidados básicos no están disponibles. De acuerdo al Ministerio de Salud, en Perú el 32 por ciento de las mujeres en edad fértil tendrían anemia y el 13 por ciento mostrarían signos de desnutrición crónica. En el caso de los niños y niñas menores de 5 años,

el 25 por ciento tendrían desnutrición crónica, cifra que se eleva a 75 y 80 por ciento en zonas rurales, y el 50 por ciento en estas mismas zonas tendría anemia.<sup>liv</sup>

Asimismo, entre los estratos de menos recursos económicos existe un menor acceso a servicios básicos que son determinantes de la salud, y que especialmente afectan la salud infantil, como el agua potable y alcantarillado, y el acceso a la educación.

Según la Defensoría del Pueblo, un 25 por ciento de la población nacional (6.8 millones) no cuenta con servicio de agua potable. Asimismo, algo más del 42 por ciento (11.5 millones) no cuenta con servicios de desagüe. La población que más sufre la falta de acceso a los servicios de agua y saneamiento son las poblaciones rurales (cerca del 40 por ciento sin agua y 70 por ciento sin alcantarillado sanitario).<sup>lv</sup>

De acuerdo a las estadísticas oficiales, la atención prenatal por profesionales de la salud y el parto en centros de salud se da en menor medida entre mujeres sin educación o con educación primaria, situación que afecta especialmente a las mujeres de origen indígena, entre las que se calcula que más del 40 por ciento no tiene acceso a la educación, ni siquiera al nivel básico.<sup>lvi</sup> La mortalidad neonatal e infantil sería también mayor cuanto menor es el nivel educativo de la madre.<sup>lvii</sup> Desde 1997, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus observaciones finales al informe inicial de Perú expresó preocupación por la tasa de mortalidad derivada de la maternidad que de acuerdo al Comité, sería diez veces mayor entre las mujeres pobres sin instrucción.<sup>lviii</sup>

### **3.1 Disponibilidad de los establecimientos, bienes y servicios de la salud**

El Estado peruano tiene uno de los niveles de inversión en salud más bajos de América Latina. En el 2003, el nivel de inversión pública en el sistema de salud en Perú era tan sólo del 2.1 por ciento del Producto Bruto Interno, comparado con el 4.9 en Costa Rica y el 4 en Colombia, países con un ingreso per cápita similar al de Perú, o el 4.3 en Bolivia, cuyo ingreso per cápita es menor al de Perú.<sup>lix</sup> Además, según indica el Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas sobre el Derecho de toda Persona al Disfrute del más Alto Nivel de Salud Física y Mental (Relator Especial sobre el Derecho a la Salud), la inversión per cápita del Estado peruano se habría reducido en los últimos años de 95 nuevos soles (US\$28) en el 2001, a 78 (US\$23) en el 2003, a pesar del crecimiento económico que Perú ha tenido en estos años, con un incremento del 0,2 por ciento del Producto Bruto Interno en el 2001 a casi un 7 por ciento en el 2006.<sup>lx</sup> De acuerdo al Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, “[l]a disminución de las consignas presupuestarias para el sector sanitario, en particular ante la persistencia de los bajos indicadores de salud ... contradice las obligaciones internacionales del Estado con respecto al derecho a la salud”.<sup>lxi</sup>

El Comité de las Naciones Unidas de los Derechos del Niño también mostró preocupación en enero de 2006 por la falta de presupuesto dedicado a satisfacer los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud, de los niños y las niñas. El Comité recomendó al Estado peruano aumentar estos presupuestos para garantizar la implementación

de estos derechos, especialmente para los menores que pertenecer a grupos vulnerables económicamente, como los niños y las niñas de las comunidades indígenas.<sup>lxii</sup>

### **3.1.1 Discriminación en la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios de la salud**

En Perú son los hogares y no el Estado los que más invierten en la atención de salud. Cerca del 40 por ciento del gasto en salud sería financiado por los hogares, frente a un 25 por ciento por el Estado.<sup>lxiii</sup> Si bien Amnistía Internacional no cuenta con estadísticas en cada uno de los 24 departamentos sobre el gasto de salud financiado por el Estado y aquel financiado por los hogares, la limitada inversión en salud del Estado peruano implicaría por una parte, que incluso en los departamentos donde se concentra una gran proporción de la población de menos recursos los centros de salud dependerían en gran medida de los pagos realizados por los usuarios para financiar los servicios de salud, pero además, que en aquellos lugares donde el poder adquisitivo de la población es menor, los centros de salud recaudarían menos ingresos y por tanto los servicios que podría ofrecer a los usuarios serían más limitados.

Al bajo nivel de gasto en salud del Estado peruano se uniría además, la desigual distribución del presupuesto que no se orientaría hacia las personas de menos recursos. De acuerdo al análisis realizado por organizaciones de derechos humanos, mientras que en Lima y Callao el Estado habría destinado en el 2005 casi 169 nuevos soles (US\$51) per capita, en algunos de los departamentos con mayor porcentaje de poblaciones de bajos ingresos, como Huancavelica, Ayacucho o Huánuco esta cifra no llega a 80 nuevos soles (US\$24).<sup>lxiv</sup> Según informes, sólo el departamento de Lima ha incrementado sustantivamente el gasto en salud, mientras que en departamentos de los Andes como Puno, Huánuco, Junín, Pasco, y Ayacucho el promedio el presupuesto se habría reducido en un 18 por ciento y en la Amazonía, en departamentos como Loreto, Madre de Dios y Ucayali la caída sería superior al 20 por ciento.<sup>lxv</sup>

Los recursos en personal de salud que el Estado peruano destina a los diferentes departamentos del país no son tampoco homogéneos. Mientras que en Lima hay 22 doctores, 11 enfermeras o enfermeros y 3 obstetras por cada 10.000 habitantes, en Ayacucho hay sólo 5 doctores, 7 enfermeras o enfermeros y 4 obstetras por cada 10.000 habitantes; en Huancavelica 4, 3 y 2 respectivamente por cada 10.000 habitantes; y en Huánuco: 4, 5 y 3 respectivamente por cada 10.000 habitantes.<sup>lxvi</sup>

Un sistema de salud requiere además un número suficiente de personal de la salud bien capacitado y motivado, cuyos derechos laborales sean respetados. En Perú según los testimonios recogidos por Amnistía Internacional durante las visitas que la organización realizó a centros de salud en febrero y junio de 2005, una gran parte de los y las profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en zonas rurales, laboran en condiciones precarias. De acuerdo a estos mismos testimonios, una gran proporción del personal trabajaría con Contratos por Servicios No Personales, realizando el mismo horario y las mismas tareas que los y las profesionales nombrados, pero con un salario inferior, y sin gozar de vacaciones, seguro, licencia por enfermedad o

maternidad. Además, aquellos profesionales de la salud que son contratados para atender a los usuarios y las usuarias que son beneficiarios del SIS trabajarían contratados por Servicios No Personales.

En el caso de las enfermeras, por ejemplo, de acuerdo al Censo Nacional de Enfermeras(os) realizado por el Colegio de Enfermeras(os) del Perú, 25 por ciento de las enfermeras y enfermeros que trabajan para el Estado peruano tendrían un Contrato por Servicios No Personales, y casi el 100 por ciento aún laborando un número de horas igual o mayor al normal, obtiene ingresos menores al considerado adecuado (subempleo por ingresos). El mismo censo indicaría que más del 60 por ciento de las enfermeras y enfermeros perciben un salario mensual inferior a 1.000 nuevos soles (US\$298).<sup>lxvii</sup>

Otros informes y testimonios recibidos por Amnistía Internacional indican que el bajo salario de los y las profesionales en zonas rurales, cuya remuneración no considera los costos de alimentación, transporte y otros servicios que son más altos que en otras zonas de mayor accesibilidad, contribuiría a la desmotivación del personal lo que genera alta rotación del mismo. En general son los y las profesionales de la salud que están menos cualificados o tienen menos contactos dentro del sistema los que son enviados a las comunidades rurales e indígenas. La deficiente remuneración, condiciones laborales y el estar lejos de sus familias hace que estas personas, por lo general, busquen ser asignadas a otras localidades en cuanto pueden.

Las precarias condiciones laborales del personal de salud, la alta rotación del mismo, y la falta de formación de adecuación y sensibilización intercultural a la realidad social de las comunidades, capacitación que se dificulta por la limitada permanencia en sus puestos del personal en las zonas rurales e indígenas, son factores que tendría un impacto negativo en la calidad de los servicios de salud.

### **3.2 Accesibilidad a los servicios de salud**

Tras su visita a Perú en junio de 2004, el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud expresó preocupación por como la pobreza, discriminación y desigualdades existentes en Perú, donde el 49 por ciento de la población a nivel nacional vive en la pobreza y más del 18 por ciento en la extrema pobreza, cifras que aumentan en el área rural hasta el 70 y 35 por ciento respectivamente, han perpetuado grandes disparidades en el disfrute del derecho a la salud entre el campo y la ciudad, entre regiones y entre diferentes grupos de la población.<sup>lxviii</sup>

Igualmente, en enero de 2006 el Comité de las Naciones Unidas de los Derechos del Niño expresó preocupación por la discriminación que continúa existiendo en Perú contra ciertos grupos vulnerables, como los niños y las niñas indígenas y aquellos que viven en zonas rurales y comunidades dispersas. El Comité mostró preocupación asimismo por el inadecuado acceso a la salud y los servicios de salud en estas zonas y las disparidades existentes en la provisión del acceso a la atención de la salud, resaltando el alto índice de mortalidad materna

e infantil en el país; y la falta de acceso a servicios básicos, incluidos servicios de salud, para los niños y niñas en comunidades indígenas.<sup>lxxix</sup>

Ya en 1997 y en 1999 respectivamente, tanto el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, expresaron preocupación por la estrecha relación entre el subdesarrollo socioeconómico y el acceso a los derechos económicos sociales y culturales, incluido el derecho a la salud, y los fenómenos de discriminación étnica o racial en Perú.<sup>lxxx</sup>

De acuerdo al Ministerio de Salud, los subsidios que el Estado ofrece para garantizar el acceso a los servicios de salud para los más vulnerable no priorizan a aquellas personas de menos recursos. Estas personas recibirían un 20 por ciento de los subsidios del Estado, mientras que los más ricos accederían a un 21 por ciento.<sup>lxxxi</sup> En los hospitales, según algunos estudios, las personas de limitados recursos sólo accederían al 10 por ciento de los subsidios, lo cual implicaría que muchas de ellas no tendrían acceso a la atención en los hospitales, donde los recursos son mayores y por tanto el número de personal especializado y la capacidad resolutive en caso de presentarse emergencias, incluidos cuidados obstétricos de emergencia, es mayor.<sup>lxxxii</sup>

Según las estadísticas del Seguro Integral de Salud, la mayoría de las personas de poblaciones marginales o excluidas que finalmente acceden a los servicios de salud lo hacen en puestos y centros de salud, mientras que aquellos de mayores recursos reciben atención en hospitales nacionales o regionales.<sup>lxxxiii</sup>

Sin embargo, el Ministerio de Salud orientaría el 54 por ciento de su gasto hacia los hospitales, a pesar de que se encuentran mayoritariamente en los centros urbanos y sólo se atendería en ellos el 30 por ciento de la demanda, y el 33 por ciento a los centros y puestos de salud que atienden el 70 por ciento de la demanda, y es adonde en la mayor parte de los casos acuden los usuarios de las zonas rurales.<sup>lxxxiv</sup> Otros estudios indican además que el 24 por ciento del presupuesto total de salud se dedicaría a los hospitales nacionales, a los cuales asisten pacientes principalmente de Lima, y en su mayoría las personas de mayores recursos.<sup>lxxxv</sup>

El Ministerio de Salud de Perú establece que la probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural que para las mujeres del área urbana, siendo en las zonas rurales donde se concentraría la población de menos recursos y las personas de origen indígena (cerca del 15 por ciento de la población en Perú tiene como lengua materna una lengua nativa, siendo el quechua la más frecuente).<sup>lxxxvi</sup> En el 2000, en el área urbana, donde de acuerdo a las estadísticas oficiales vive el 63.7 por ciento de la población, fallecieron 203 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, mientras que en el área rural, donde sólo habita el 36.3 por ciento de la población de Perú, el número de muertes maternas ascendió a 448.<sup>lxxxvii</sup> De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, estas muertes en el área rural se habrían producido durante el parto o como consecuencia de complicaciones durante abortos, realizados sin condiciones higiénicas y sin la atención de personal cualificado.<sup>lxxxviii</sup>

Las últimas estadísticas oficiales disponibles indican además que mientras la mortalidad infantil en zonas urbanas es de 28 por 1000 nacidos vivos, y en Lima, la capital, es de 17 por

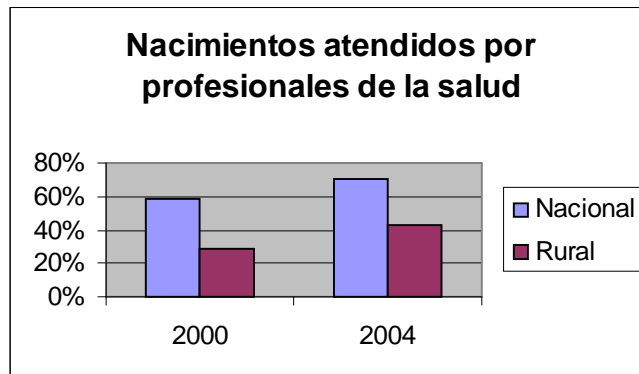
1000 nacidos vivos, en las zonas rurales esta cifra llega a 60 por 1000 nacidos vivos, y alcanza 84 en Cuzco y 71 en Apurímac y Huancavelica, algunos de los departamentos más pobres de Perú.<sup>lxxxix</sup>

La implementación por parte del Estado peruano de programas de salud como el Seguro Integral de la Salud, dirigidos a facilitar el acceso a la salud a las poblaciones excluidas y de bajos ingresos habría contribuido a mejorar el acceso a la salud para este sector de la población. De acuerdo a las estadísticas del propio Seguro Integral de Salud, hasta mayo de 2005 se habrían afiliado al Seguro más de 8.500.000 personas. La mitad de ellas de grupos marginales o excluidos del área rural y un 20 por ciento del área urbano marginal.<sup>lxxx</sup>

Sin embargo, el Comité de las Naciones Unidas de los Derechos del Niño indicó en enero de 2006 que, según informes, una proporción significativa de personas en situación de pobreza, incluidas mujeres y menores, continuarían sin tener acceso a este Seguro.<sup>lxxxii</sup> De acuerdo a las estadísticas oficiales, las desigualdades en la salud y el acceso a los servicios de salud materno infantil por la falta de recursos y según el lugar de residencia se mantienen.

Aunque el número de mujeres que, de acuerdo a las últimas estadísticas oficiales, pudieron acceder a atención médica prenatal, durante el parto y postparto ha aumentado en los últimos años, se observan aún diferencias entre las zonas urbanas y rurales. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el porcentaje de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado y el acceso a cuidados obstétricos esenciales son indicadores clave en relación a la salud reproductiva.<sup>lxxxiii</sup> En Perú existen grandes disparidades entre la atención que reciben las mujeres durante el parto en las zonas rurales y las urbanas.

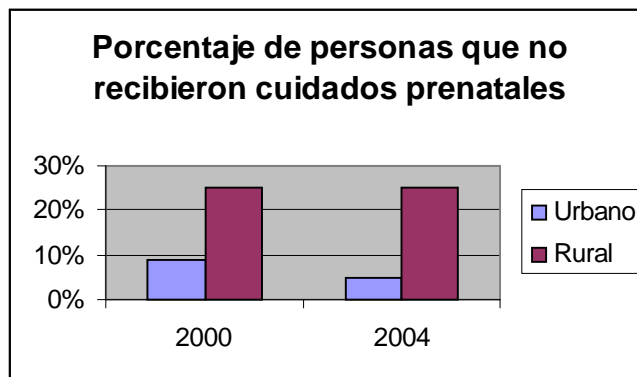
En el 2000 sólo un 59 por ciento de los nacimientos fue atendido por profesionales de la salud.<sup>lxxxiii</sup> Si bien en el 2004, este porcentaje aumenta al 71 por ciento, en las zonas rurales sólo el 43 por ciento de los partos fueron atendidos por profesionales de la salud.<sup>lxxxiv</sup> Aunque este último porcentaje representa una mejora respecto al 29 por ciento de partos atendidos por profesionales de la salud en zonas rurales en el 2000, refleja, no obstante, la diferencia que aún persiste entre el acceso a los servicios de salud reproductiva que disfrutaban las mujeres en las zonas urbanas y aquellas en las áreas rurales.<sup>lxxxv</sup>



En relación a la tasa de cesáreas, uno de los elementos que debe incluir un cuidado obstétrico esencial, las cifras oficiales en Perú muestran, asimismo, disparidades entre las zonas rurales y las urbanas. En Lima la tasa media de cesáreas es del 26 por ciento, y del 17.5 por ciento en

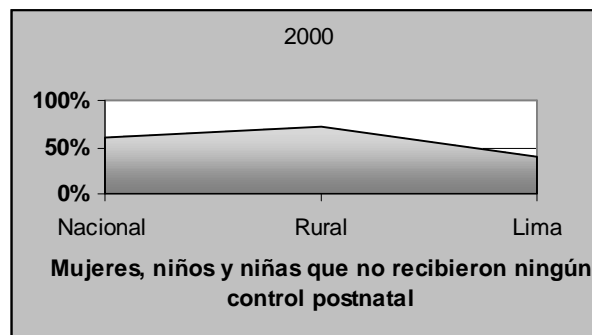
otras grandes ciudades,<sup>lxxxvi</sup> cifras que superan la tasa máxima recomendada por la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, no se justifica una tasa de cesárea mayor al 10 o 15 por ciento, pues esta intervención presenta riesgos médicos para la salud de la madre, incluida una probabilidad de morir entre dos y cuatro veces mayor que en un parto vaginal.<sup>lxxxvii</sup> En contraste, en las zonas rurales de Perú la tasa de cesáreas no llegaría al 4 por ciento.<sup>lxxxviii</sup> De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la disparidad entre la tasa de cesáreas en las zonas urbanas y las rurales indicaría que las mujeres en las zonas rurales con complicaciones durante el parto no tienen acceso a los servicios de salud debido a barreras económicas o geográficas; o que los establecimientos de la salud no cuentan con la infraestructura o capacitación necesarias para atender las complicaciones que puedan darse durante el parto.<sup>lxxxix</sup> Las mujeres en las zonas rurales deben tener acceso durante el parto al cuidado médico que necesitan y que es aceptable para ellas. Este debe incluir tanto el acceso a cesáreas cuando estas son necesarias, como al parto natural.

En relación al cuidado prenatal, en el 2000, algo más del 25 por ciento de las mujeres en zonas rurales no tuvieron acceso a cuidado prenatal, mientras que en las ciudades esta cifra no superaba el 9 por ciento.<sup>xc</sup> En el 2004, el porcentaje de mujeres en zonas rurales que continuaron sin recibir atención prenatal por un o



una profesional de la salud se mantuvo en más del 25 por ciento, mientras que en las zonas urbanas esta cifra se redujo a menos del 5 por ciento.<sup>xc</sup>

Las estadísticas más recientes sobre atención postparto y postnatal establecen asimismo, la brecha existente entre la atención médica a la que tienen acceso las personas en las zonas urbanas y rurales. En el 2000, más del 60 por ciento de las mujeres, niños y niñas en Perú no recibieron ningún control postnatal. En las zonas rurales esta cifra aumenta hasta el 71 por ciento, mientras que en Lima la cifra estaría por debajo del 40 por ciento. De las mujeres que tuvieron problemas de salud durante los 40 días o 42 días después del parto, sólo



cerca de la mitad recibió atención postnatal. En las zonas rurales sólo un 35 por ciento tuvo acceso a esta atención. La atención postnatal por un profesional de la salud es también superior en el área urbana (46 por ciento) que en el área rural (28 por ciento).<sup>xcii</sup>

Un estudio del Instituto Nacional de Estadísticas en Informática (INEI) de Perú, publicado en el 2002, muestra que las mujeres que acceden con mayor facilidad a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar son las mujeres urbanas y más educadas que residen en Lima Metropolitana y el resto de la Costa, mientras que las mujeres menos educadas y rurales no acceden a los servicios de salud reproductiva para controlar su embarazo y dar a luz no sólo por falta de recursos económicos, sino también por temor a los efectos secundarios de los anticonceptivos, pudor a ser observadas sus partes íntimas, por miedo a ser esterilizadas, y/o por el ambiente frío o demasiado iluminado de los establecimientos de salud.<sup>xciii</sup>

### **3.2.1 Barreras al acceso a la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil**

Entre las barreras que limitaban el acceso a los servicios de salud, de acuerdo a las estadísticas oficiales, la principal sería la falta de recursos económicos. De acuerdo a un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Perú en el 2002, un 50 por ciento de las personas entrevistadas indicó que no pudieron acceder a los servicios de salud por razones económicas, entre las que se incluían la falta de recursos económicos para costear este servicio, y también los costos en transporte, el tiempo y los ingresos que se dejan de percibir por asistir a una consulta.<sup>xciv</sup>

Según estadísticas oficiales del año 2000, el 65 por ciento de las mujeres no pudo acceder a los centros de salud por falta de recursos económicos. Porcentaje que aumenta en los departamentos más pobres, como Huancavelica y Ayacucho (más del 80 por ciento) y en Huanuco y Apurímac (más del 70 por ciento).<sup>xcv</sup>

Si bien en los últimos años, de acuerdo a los datos oficiales, el porcentaje de personas que indica la falta de dinero como el principal factor de no asistencia a un establecimiento de salud se habría reducido, todavía entre diciembre de 2004 y febrero de 2005, el 25 por ciento de las personas entrevistadas a nivel nacional y algo más del 30 por ciento en zonas rurales establecieron la falta de recursos económicos como una barrera para acceder a los servicios de salud. Además, un 69 por ciento indicó que no había sido necesario o había usado remedios caseros, y un 10 por ciento la falta de un seguro médico, respuestas que podrían indicar la existencia de una limitación económica.<sup>xcvi</sup> En las últimas estadísticas recientemente publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) de Perú, todavía un 24,7 por ciento de las personas entrevistadas a nivel nacional indicó la “falta de dinero” como la razón para no

acudir a un centro de salud al presentar algún síntoma, malestar, enfermedad o accidente, cifra que continúa estando en un 30 por ciento en las zonas rurales. Además, un 67,4 por ciento a nivel nacional continuó indicando como motivo para no asistir a los centros de salud que “no fue necesario o utilizó remedios caseros”.<sup>xcvii</sup>

En términos de acceso a medicamentos, según la Organización Panamericana de la Salud, el 50 por ciento de la población en Perú no tiene acceso a medicamentos. Cifra que aumentaría al 60 por ciento en las zonas rurales.<sup>xcviii</sup> De acuerdo al Ministerio de Salud, solamente el 45 por ciento de los pacientes habría adquirido la totalidad de las medicinas que necesita, lo cual se debería a los elevados precios, limitada capacidad adquisitiva y los bajos niveles de subsidio. Según los mismos informes, una tercera parte de la población del país no tiene en la actualidad acceso a medicamentos indispensables, lo cual tendría graves repercusiones en la expectativa y calidad de vida de estas personas. Las estadísticas indican que ya en el 1999 el 75 por ciento del costo de la atención médica correspondería a la compra de medicamentos, cuyo coste ha continuado aumentando en los últimos años, a juzgar por el análisis del Ministerio de Salud que atribuye el decline en la venta de medicamentos a su alto coste.<sup>xcix</sup>

Además, de acuerdo a informes recibidos por Amnistía Internacional, con frecuencia las mujeres que no cuentan con recursos económicos para acceder a los servicios de salud son víctimas de varias formas de discriminación. Según los informes recibidos y los testimonios recogidos, aunque la atención de la salud materno-infantil es gratuita a través del Seguro Integral de Salud, la falta de recursos en los centros de salud hace que los presupuestos de estos centros dependan en gran medida de la recaudación de fondos a través del pago de servicios por parte de los usuarios. Esta situación implica que se priorizaría la atención de los usuarios y las usuarias que pueden costear estos servicios en detrimento de aquellas personas de bajos ingresos que utilizan las subvenciones que ofrece el Seguro Integral de Salud.

*“Cuando vas mal arreglada te hacen esperar más y entran antes los que llegan después pero van bien vestidos ... y si reclamas te tratan peor.”<sup>c</sup>*

**Asociación de Madres Solteras de Nauta, Iquitos, y usuarias del Seguro Integral de Salud. © AI.**

Según las mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional en zonas urbano marginales en Lima, la capital, y en áreas rurales en Huánuco, en los Andes, y en Iquitos, en la Amazonía, así como en los informes recibidos y estudiados, a las personas de bajos ingresos que acceden a los servicios de salud a menudo se les hace esperar más o se les pide el pago por medicamentos, transfusiones de sangre, guantes, algodón u otros utensilios, y el lavado de la ropa quirúrgica que se utilizó durante la atención del parto y el reposo postparto cuyo coste no estaría cubierto por el presupuesto del Seguro Integral de Salud. Según la información a la que Amnistía Internacional ha tenido acceso, el Seguro Integral de Salud reembolsaría a los establecimientos de salud los gastos de

la atención médica, pero con frecuencia los centros de salud no cuentan con suficientes fondos para cubrir otro tipo de gastos en los que también incurren al atender y tratar a los usuarios y las usuarias.

De acuerdo a los mismos testimonios e informes, en ocasiones se indica a las usuarias que la atención o medicamentos requeridos no estaría cubiertos por el Seguro Integral de Salud, que el presupuesto enviado por el Seguro Integral de Salud a los centros de salud se habría acabado, o que la atención del Seguro estaría limitada a unas horas y que es necesario abonar el coste de la consulta, del traslado a un hospital, de los medicamentos u otros utensilios necesarios para la atención médica.

Las mujeres en comunidades rurales de la Amazonía, en Iquitos, Departamento de Loreto, donde más del 60 por ciento de la población tiene sus necesidades básicas insatisfechas,<sup>ci</sup> indicaron que les cobran 1 nuevo sol (US\$0.30) por consulta y que sólo atienden a los bebés a través del Seguro Integral de la Salud dos veces por semana, y únicamente les dan calmantes, el resto lo tienen que pagar.

*Elisabet, residente en Huitoto Murauy, Iquitos, una comunidad rural de origen indígena donde toda la población debería beneficiarse del Seguro Integral de Salud por su precaria situación económica, llevó a su bebé al centro de salud. Excepto por los analgésicos tuvo que pagar por los guantes que utilizó el personal de salud, el traslado al hospital regional y 665 nuevos soles (US\$200) por siete noches de hospital.*

**Residentes de Huitoto Murauy, Iquitos, y usuarias del Seguro Integral de la Salud. © AI.**

*Zoila, residente de la misma localidad, tuvo que abonar 15 nuevos soles (US\$4.50) por la ecografía. Como su bebé estaba en posición transversal tuvo que acudir al hospital donde le hicieron pagar por las medicinas y los guantes.*

*Ivone, vecina de la misma comunidad, explicó a Amnistía Internacional como en el centro de salud más cercano sólo atienden a través del Seguro Integral de Salud hasta la una del medio día, a partir de esa hora cobran hasta 8 nuevos soles (US\$2.50).*

En Nauta, Iquitos, las mujeres a las que Amnistía Internacional entrevistó en julio de 2005 relataron situaciones similares:

*“Me piden 1 [nuevo] sol (US\$0.30) por buscar el historial de mi hija .. tiene paperas”.*

*“Por atender a mi bebé de 1 año me pedían plata por no ser una emergencia”.*

\* *Marlene, residente en Huillca, Humari, Huánuco, acudió el 28 de noviembre de 2004 a Panao, Huánuco, para dar a conocer a las autoridades la muerte de su bebé de 3 meses. A pedido del Fiscal de Pachitea, Marlene acudió al centro de salud de esta localidad con el cuerpo de su bebé cargado a la espalda para practicarle la necropsia. En el Centro de Salud de Panao despues de cobrarle 30 nuevos soles (US\$9), se negaron a hacerle la necropsia y le indicaron que se trasladara a Tambillo. La familia tuvo que esperar a que se realizara la necropsia hasta el 1 de diciembre de 2004.*

Afiches con listas de precios que incluyen servicios de salud materno-infantil cubiertos por el Seguro Integral de Salud, en postas y centros de salud en el departamento de Huánuco. © AI.

Los informes recibidos por Amnistía Internacional reflejan asimismo que el coste de los pasajes para el desplazamiento a los centros de salud, que en ocasiones incluye el coste del desplazamiento de los y las profesionales de la salud al domicilio de la usuaria en caso de una emergencia, dificulta el acceso de las personas de bajos ingresos a los servicios de salud. Igualmente, la demora tanto para recibir el tratamiento necesario como para inscribirse como beneficiarios del Seguro Integral de Salud, que implica el dejar de percibir ingresos o cuidar de la familia; y los gastos de inscripción, también supone una barrera económica al acceso de estas personas a los servicios de salud. Estos gasto, unidos a los cobros indebidos, continuarían limitando el acceso de la población en situación de pobreza a los servicios de salud.

La organización ha podido constatar que en zonas rurales donde se considera que toda la población se encuentra en situación de pobreza o extrema pobreza y por tanto deberían estar exentos del pago de la atención de la salud materno-infantil, los establecimientos de salud tienen afiches con las tarifas de atenciones y medicamentos que deberían estar cubiertos por el Seguro. Estos establecimientos continúan cobrando por algunos de estos servicios.

Según un análisis realizado en el 2003 por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Perú, de la población gestante afiliada al Seguro Integral de Salud que

consultó en establecimientos del Ministerio de Salud, en el 2002, más del 40 y 30 por ciento de las usuarias tuvo que costear el pago de exámenes y rayos X respectivamente. Además, un 15 por ciento de estas personas debió asumir el coste de análisis y medicinas.<sup>cii</sup>

### **3.2.1.1 Documentos de Identidad y Certificados de Nacido Vivo**

Uno de los factores que dificultan el acceso de las personas en las comunidades marginales y excluidas a los servicios de salud que ofrece el Seguro Integral de Salud sería el hecho de que un gran número de personas continúa hoy en día sin tener los documentos de identidad. Esta situación no sólo vulnera su derecho humano a la identidad o al nombre,<sup>ciii</sup> sino que además coloca a estas personas indocumentadas en una posición de especial vulnerabilidad al limitarse su acceso a sus derechos tanto civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales. El no tener documentos de identidad, por ejemplo limita la posibilidad que estas personas tienen de ejercer su derecho a la salud, limitando en particular su acceso a los servicios de salud y al Seguro Integral de Salud, al ser necesario para inscribirse como usuario o usuaria de este servicio presentar un documento de identidad.

Como ha establecido la Corte Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos “el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica es un requisito fundamental para el disfrute de todas las libertades básicas, toda vez que este derecho confiere el reconocimiento del individuo ante la ley”. Asimismo, la Corte Interamericana ha indicado que el derecho al nombre constituye un elemento básico e indispensable de la identidad de cada persona, sin el cual no puede ser reconocida por la sociedad ni registrada ante el Estado ... [l]os Estados, dentro del marco del artículo 18 de la Convención [Americana sobre Derechos Humanos], tienen la obligación no sólo de proteger el derecho al nombre, sino también de brindar las medidas necesarias para facilitar el registro de la persona, inmediatamente después de su nacimiento.<sup>civ</sup>

Si bien no existen cifras oficiales sobre el número de personas indocumentadas en Perú, la Defensoría del Pueblo estima que esta cifra ascendería a más de tres millones de personas. De acuerdo al *Equipo Técnico de la Comisión de Alto Nivel encargada de elaborar el Plan Nacional de Restitución de la Identidad: Documentado a las personas indocumentadas 2005-2009*, más de un millón y medio de personas no tienen acceso a documentos de identidad y más de medio millón de menores de edad no tienen Partida de Nacimiento.<sup>cv</sup> Esta situación, como estableció la Comisión de la Verdad y Reconciliación, afecta principalmente a los sectores más pobres.

Según el Comité de las Naciones Unidas de los Derechos del Niño, a pesar de los esfuerzos del Estado peruano para asegurar el registro de todos los niños y las niñas, un 15 por ciento de los menores en el país, especialmente en las zonas rurales y aisladas, continúan sin estar registrados. De acuerdo a las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) de Perú sobre el número de habitantes por edades, en el 2005 el 15 por ciento de la población entre 0 y 19 años de edad representaría alrededor de 1.320.000 personas.<sup>cvi</sup> El Comité instó al Estado peruano en enero de 2006 a modernizar y destinar los recursos financieros y el personal capacitado necesarios para garantizar la adecuada operatividad y mantenimiento del Registro Civil, así como un mejor acceso al mismo.<sup>cvii</sup>

De acuerdo a UNICEF, 313.000 mujeres en Perú no tienen documentos de identidad (Partida de Nacimiento, Documento Nacional de Identidad o Libreta Electoral), y no cuentan con recursos para pagar para obtener dichos documentos. Más del 40 por ciento de estas mujeres que se encuentran indocumentadas vienen en zonas rurales.<sup>cVIII</sup>

La Defensoría del Pueblo ha constatado que entre las razones que dificultan el acceso a estos documentos estaría el alto costo del Documento Nacional de Identidad, que supondría un barrera importante en comunidades nativas, donde los niveles de pobreza son elevados. La Defensoría resalta además como barrera al acceso a estos documentos la existencia de multas cuando las mujeres no acuden a los controles pre y post-natales o el parto se da en el domicilio; y los cobros indebidos que se aplican en algunos establecimientos de salud por la emisión del Certificado de Nacido Vivo, que es uno de los principales requisitos para realizar la inscripción y obtener la Partida de Nacimiento.<sup>cIX</sup>

En los testimonios de usuarias y profesionales de la salud recogidos por Amnistía Internacional en los centros de salud en zonas rurales, tanto en los Andes como en la Amazonía, se establece como esta práctica continúa estando extendida. De acuerdo a estos testimonios, los establecimientos de salud cobrarían multas de hasta 50 nuevos soles (US\$15) a las mujeres que no han acudido a los controles pre y post-natales y a aquellas cuyos hijos han nacido en el domicilio, y se les negaría el Certificado de Nacido Vivo o el acceso a la atención médica y otros beneficios, como a alimentos, hasta que se realiza el pago de esta cantidad. El Certificado de Nacido Vivo que se emite en los centros de salud y hospitales en todo el país es un requisito para poder después obtener una partida de nacimiento. A las personas que no obtienen Certificado de Nacido Vivo por lo tanto, se les dificulta obtener una Partida de Nacimiento y conforme crecen se les dificulta obtener su Documento de Identidad Nacional que es obligatorio.

*\* Fidencio, residente en el Centro Poblado Menor de Ycho-Yanuna, en Huánuco, tiene cuatro hijos menores de edad, de entre cinco años y cinco meses. Todos ellos nacieron en su domicilio. Tras el nacimiento de su segundo hijo Fidencio tuvo que abonar al Centro de Salud de Panao la cantidad de 10 nuevos soles (US\$3) de multa por no haber acudido su esposa al centro de salud para atenderse el parto. Al nacer la tercera hija, la familia debió pagar una multa de 25 nuevos soles (US\$8). Por el último de sus hijos, el centro de salud exigió a la familia de Fidencio la cantidad de 100 nuevos soles (US\$30). Para Fidencio, que como una gran parte de la población de Huánuco vive del cultivo de la papa, esta cantidad equivaldría a la venta de 1000 a 1200 kilos de papas. Fidencio acudió al centro de salud a hablar con el médico ante la imposibilidad de poder abonar esta cantidad. El doctor le redujo la multa a la mitad. No obstante, Fidencio le explico que para él y su familia esta multa seguía siendo muy cara. A lo cual el médico habría respondido: “esto es por ley y con quien sea puedes venir a explicarles que estamos cobrando lo justo y por mandato de la ley”. El personal de salud explicó a Fidencio que de no pagar la multa podía quedarse sin Partida de Nacimiento, pues necesita la constancia de nacimiento o*

*Certificado de Nacido Vivo que debe expedir el centro de salud. Documento que el centro de salud se negó a entregarle hasta que hubiera realizado el pago de la multa.*

Los testimonios de profesionales de la salud en zonas rurales, recogidos por Amnistía Internacional, indican que el cobro de multas a las mujeres que no acuden a los controles prenatales y/o no se atienden el parto en los establecimientos de salud son vistas por el personal de los establecimientos de salud como una forma de promover que las mujeres acudan a estos centros.

Sin embargo, estas prácticas son contrarias a la legislación peruana y muestran el desconocimiento y falta de capacitación por parte del personal de la salud en relación a la legislación nacional en esta materia y su obligación de expedir el Certificado de Nacido Vivo de forma gratuita. El oficio del Ministerio de Salud, de diciembre de 2003, que establece el formato que debe emplearse para el Certificado de Nacido Vivo, señala que el personal de salud (médico, obstetrix, enfermera, otra persona de salud) que atiende o constata el nacimiento llenará el formato del Certificado de Nacido Vivo, y que la constatación de los nacimientos ocurridos en domicilio, será realizada por el personal profesional de salud (médico, obstetrix, enfermera) dentro de los 30 días de haberse producido el nacimiento.<sup>cx</sup>

Asimismo la Resolución del Ministerio de Salud de abril de 2004, estipula la gratuidad del Certificado de Nacido Vivo. La Resolución precisa que “es deber del Estado facilitar el derecho de la persona humana a tener una identidad y estar inscritos en el Registro del Estado Civil correspondiente”, conforme a ello “el Ministerio de Salud, a través de las direcciones regionales de salud distribuye gratuitamente el Certificado del Nacido Vivo a los establecimientos de salud públicos y privados”. En tal sentido, se indica que “la expedición del Certificado del Nacido Vivo es gratuita en todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados, así como por los que sean expedidos por los profesionales o personal de salud que haya brindado la atención”. Es decir que se debe “expedir, bajo responsabilidad y en forma gratuita la primera constancia de nacimiento”.<sup>cx</sup>

### **3.2.1.2 Otros obstáculos en la inscripción para garantizar el acceso a los servicios de salud a las personas pobres**

Los requisitos y trámites necesarios para identificar a las personas de bajos ingresos en poblaciones marginales o excluidas que podrían acceder a los servicios de salud de forma gratuita, se convierten en muchas ocasiones en una barrera más que dificulta y retrasa el acceso a estos servicios.

Actualmente, en los departamentos donde, de acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Economía y Finanzas de Perú, menos del 65 por ciento de la población está considerado en situación de pobreza o extrema pobreza, o en zonas urbanas, como en Lima, donde las condiciones económicas de la población son heterogéneas, se requiere realizar un análisis socioeconómico (Sistema de Identificación de Usuarios, SIU) de los usuarios. A través de este análisis se determina quienes pueden acceder de forma gratuita a los servicios de salud que ofrece el Seguro Integral de Salud.

En este contexto, el Seguro Integral de Salud requiere que cada persona que desee acceder a los servicios de salud que este facilita complete a través de las y los asistentes sociales que trabajan en los establecimientos de salud un extenso y complejo cuestionario denominado Ficha de Evaluación Socioeconómica (FESE). Esta ficha contiene 30 preguntas que incluyen datos sobre la identidad de la persona, su vivienda, y situación laboral.

De acuerdo a los informes recogidos por Amnistía Internacional en los establecimientos de salud que la organización visitó en el 2005, una vez completada la Ficha de Evaluación Socioeconómica, los y las asistentes sociales, deben comprobar que la información facilitada por la persona que desea afiliarse al Seguro es fidedigna acudiendo a su lugar de residencia.

Además de completar esta Ficha, las personas que desean acceder al Seguro deben aportar un documento de identidad y un nuevo sol por persona (US\$0.30) para realizar la inscripción, requisitos que en el caso de las personas de muy bajos ingresos y personas indocumentadas, representan una barrera más que dificulta su acceso a estos servicios.

Según los informes obtenidos por Amnistía Internacional, el limitado número o la falta total de personal que pueda realizar los trámites de afiliación en los establecimientos de salud, y los trámites necesarios para corroborar y evaluar la información incluida en la Ficha de Evaluación Socioeconómica dilata el proceso de afiliación al Seguro Integral de Salud, lo cual representa para las personas de bajos ingresos una barrera económica añadida, pues se dejan de percibir ingresos o es necesario desplazarse en más de una oportunidad a los centros de salud para realizar todos los trámites. Por ejemplo, en algunos de los establecimientos de salud que la organización tuvo la oportunidad de visitar, sólo había un o una asistente social a cargo de la afiliación a este Seguro, lo cual implicaba que tan sólo diez personas al día podían ser inscritas y atendidas en el centro. Algunas de las personas con las que la organización se entrevistó en los centros de salud habían acudido dos o tres veces desde lugares lejanos y no habían tenido todavía la oportunidad de ser visitado por un profesional de la salud a pesar de necesitar atención médica.

En las conversaciones que Amnistía Internacional sostuvo con el Jefe del Seguro Integral de Salud, éste reconoció que la falta de personal es uno de los factores que limita el número de inscripciones al Seguro que puede realizar el establecimiento de salud. El Jefe del Seguro Integral de Salud resaltó la necesidad de aumentar el número de asistentes sociales para incrementar y hacer más efectivas las inscripciones y reducir la filtración de personas que por su situación económica no tendrían derecho a acceder a los servicios que ofrece el Seguro Integral de Salud.

Durante las visitas que la organización realizó a un centro de salud en Carabayllo, en Lima, las enfermeras y los enfermeros que semanalmente realizan sus visitas domiciliarias a las zonas más alejadas del establecimiento de salud para realizar vacunaciones indicaron que una manera más eficiente para registrarse al Seguro Integral de Salud podría darse si se aprovecharan las visitas que ellos y ellas realizan semanalmente para labores de información sobre el Seguro, inscripción y verificación de la información facilitada en la Ficha de Evaluación Socioeconómica. Amnistía Internacional coincide con las observaciones de las enfermeras y enfermeros entrevistados por la organización, en el sentido de que un uso más

efectivo de los recursos disponibles en los centros de salud, ayudaría a acelerar el proceso de inscripción, garantizando así que el Seguro Integral de Salud llegue al mayor número de personas, y facilitaría el acceso equitativo a los servicios de salud de las personas pobres.

Si bien, de acuerdo a lo establecido por el Seguro Integral de Salud, no es necesario esperar a comprobar la situación socioeconómica de las personas para realizar la afiliación en zonas rurales donde la mayoría de la población vive en situación de pobreza o extrema pobreza (afiliación directa), sigue siendo necesario rellenar la Ficha de Evaluación Socioeconómica. Ante esta situación, la mayoría de los y las profesionales de la salud con los que la organización tuvo la oportunidad de conversar tanto en Lima, como en Huánuco y Loreto, coincidieron en señalar la necesidad de simplificar la Ficha de Evaluación Socioeconómica. Asimismo, los y las profesionales consultados resaltaron la importancia de adaptar la dicha Ficha a la realidad de las diferentes comunidades, especialmente en las poblaciones marginadas o excluidas, tanto para acelerar los tramites de afiliación, como para garantizar un uso más eficiente de los escasos recursos disponibles.

En las comunidades rurales de la Amazonía que Amnistía Internacional visitó en Iquitos el personal de salud indicó que la mayor parte de las preguntas de la Ficha Socioeconómica no reflejan la realidad de las comunidades, donde toda la población carece de electricidad, gas, agua corriente y servicio higiénico; y viven en situación de pobreza. En algunos de los centros que la organización visitó en estas comunidades, los y las profesionales de la salud de los puestos y centros indicaron que utilizan su propia ficha más simplificada e inscriben a todos los usuarios y las usuarias que acuden a los establecimientos de salud, siempre y cuando no estén contribuyendo a otros seguros médicos.

El Estado peruano tiene la obligación bajo el derecho internacional de derechos humanos de asegurar el acceso equitativo a servicios de salud para toda la población, sin discriminación, incluida la discriminación por estatus económico. Asimismo, el Estado tiene la obligación inmediata de "...[garantizar] a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y ... [asegurar] una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia".<sup>cxii</sup> Considerando dichas obligaciones, la organización estima que dadas las barreras económicas que todavía obstaculizan el acceso a los servicios de salud para las mujeres de bajos recursos, así como las graves implicaciones que la falta de acceso tiene para la salud de las mujeres, niños y niñas rurales y pobres en esta situación, el Estado peruano debe considerar la posibilidad de ofrecer servicios de salud reproductiva e infantil totalmente gratuitos, priorizando a aquellos más vulnerables.

### 3.2.3 Barreras por la falta de acceso a la información

Amnistía Internacional ha podido comprobar durante la visita que realizó a establecimientos de salud en zonas rurales de la Amazonía y los Andes, y en Lima, que en la mayoría de los centros de salud

**Voluntarios y voluntarias que participarán en el primer proyecto piloto de Huánuco para distribuir información en las comunidades más pobres sobre los servicios de salud gratuitos que ofrece el Seguro Integral de Salud. © AI**

visitados existe falta de información clara y accesible tanto entre el personal de salud como entre las usuarias, en relación al derecho a la salud, y a los servicios de salud materno-infantil que deben ofrecerse a la población de bajos ingresos a través del Seguro Integral de Salud, y por tanto, de forma gratuita. Esta falta de acceso a la información de las usuarias limitaría la posibilidad de poder exigir estos servicios cuando las mujeres acceden a los centros de salud, y por tanto restringe su derecho a la atención de la salud materno-infantil. Asimismo, esta situación violaría su derecho a acceder a la información sobre problemas de salud y los métodos para prevenirlos y combatirlos.

Asimismo, la falta de claridad e información que existe entre los y las profesionales de la salud en relación tanto al derecho a la salud de la población, como a sus derechos y responsabilidades, vulneraría la obligación básica del Estado peruano de proporcionar capacitación adecuada al personal de salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

Existen, sin embargo algunas iniciativas locales para garantizar el acceso a la información de las personas en relación a los servicios de salud a los que pueden acceder aquellos individuos que no pueden costearse la atención médica. Por ejemplo, Amnistía Internacional fue invitada el 22 de julio de 2005 al evento de inauguración de un proyecto piloto desarrollado por la Dirección Nacional de Salud y la oficina del Seguro Integral de Salud de Huánuco, donde se dio la bienvenida al primer grupo de voluntarios que participarán en dicho proyecto, desplazándose a las comunidades rurales para hacer llegar a sus pobladores información sobre el Seguro Integral de Salud, los derechos de los usuarios de este servicio, y ayudar a estas personas a reunir los requisitos y realizar los trámites necesarios para afiliarse al mismo. La Dirección de Salud de Huánuco tomó esta iniciativa al darse cuenta de que la gran mayoría de la población en situación de pobreza de ese departamento no conocía los servicios que ofrecía el Seguro Integral de Salud. Huánuco es uno de los departamentos más pobres de Perú, donde según las estadísticas, casi el 80 por ciento de las personas viven en situación de pobreza y más del 60 por ciento en situación de extrema pobreza.<sup>cxiii</sup>

**Afiche llamando a la población a inscribirse como voluntario en el proyecto piloto de Huánuco. © AI**

Este tipo de proyectos podrían servir de ejemplo y ser implementados o adaptados a la realidad de otros departamentos donde debido a los altos niveles de analfabetismo y pobreza se hace difícil acceder a las personas de las comunidades nativas a través de comunicaciones escritas o de los medios de comunicación.

La iniciativa de Huánuco refleja cómo con la voluntad política de las autoridades locales, y escuchando e involucrando a la sociedad civil en la búsqueda e implementación de soluciones es posible mejorar el acceso a los servicios de salud y garantizar el derecho a la salud de las personas más vulnerables. Para ello se hace necesario adaptar las políticas nacionales a la realidad socioeconómica de las comunidades para hacer más efectiva su implementación.

### **3.3 Falta de aceptabilidad de los servicios de salud materno-infantil y discriminación cultural y racial**

Aunado a los problemas de implementación que continúan limitando el acceso de las personas de comunidades marginales o excluidas a la salud materno-infantil, en las zonas rurales del país existen además diferentes concepciones culturales sobre la salud, especialmente en lo relativo a la salud pre y postnatal. En este sentido, el Ministerio de Salud estima que hay “signos de una desconfianza grande respecto al personal de los centros y puestos de salud, así como a las técnicas empleadas durante el parto”, lo cual explicaría que tan sólo algo más del 21 por ciento de las mujeres en las zonas rurales se atiende el parto en los centros de salud.<sup>cxiv</sup>

De acuerdo a las estadísticas oficiales, en el año 2000 se estimó que el 45 por ciento de las mujeres no accedieron a los servicios de salud por no haber personal femenino y un 33 por ciento por no querer ir solas, lo cual denota problemas de confianza y aceptabilidad.<sup>cxv</sup> En el 2005, casi un 20 por ciento de las personas en zonas rurales indicaron entre las razones de no acudir a un centro de salud “queda lejos, falta de confianza, o demoran” y el 10 por ciento estableció razones entre las que se incluyen “el maltrato por parte del personal de salud”.<sup>cxvi</sup> En el 2006, de acuerdo a las últimas estadísticas realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) de Perú, todavía algo más del 17 por ciento de las personas en las zonas rurales indicó como razón para no acudir a un centro de salud “queda lejos, falta de confianza, o demoran”, y un 11 por ciento descartó acudir a un centro de salud por otros motivos, entre ellos “el maltrato por parte del personal de salud”.<sup>cxvii</sup>

Según informes recibidos por Amnistía Internacional, entre las razones que determinan la ocurrencia de partos domiciliarios está el hecho de que las mujeres con frecuencia sienten vergüenza ante la exposición de sus genitales cuando son atendidas en posición ginecológica. A esto se une la falta de confianza a la que contribuiría la limitada información efectiva que sensibilice a las gestantes y familiares que temen a lo desconocido. En algunos casos, se pondría presión sobre las usuarias y sus familias, transfiriéndoles la responsabilidad de producirse alguna dificultad durante el parto o el puerperio.

Además otros factores que contribuyen a la falta de confianza en los servicios de salud para la atención del parto, serían la falta de apoyo durante el parto por parte del personal de salud, en contraste con los partos domiciliarios en los que las mujeres tienen el apoyo continuo de la partera y sus familiares; o el hecho de ser dadas de alta al día siguiente, mientras que en sus casas pueden descansar tres o cuatro días.

En las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional a usuarias del Seguro Integral de Salud en la comunidad de Huitoto Murauy, Iquitos, en la Amazonía, las mujeres indicaron que prefieren dar a luz en sus casas por los costes del pasaje hasta los centros de salud, porque en los establecimientos de salud les dan de alta al poco tiempo de haber dado a luz y no les dejan reposar; y porque en dichos establecimientos no dejan a sus esposos o familiares acompañarles durante el parto.

Un estudio realizado en comunidades del distrito del Río Santiago en la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas, donde el 95 por ciento de la población pertenece a los pueblos aguaruna y huambisa, establece que del 40 por ciento de mujeres que no acudieron al control prenatal durante el último embarazo, más de la mitad indicó razones asociadas a las actitudes, costumbres y creencias de la población, entre las que se incluyen “vergüenza, no le gusta, proveedor es un hombre, desconfianza y tradición”.<sup>cxviii</sup>

El mismo estudio refleja que si bien cerca del 60 por ciento de las mujeres de la zona atendieron los controles prenatales, sólo el 6 por ciento se atendió el parto en los establecimientos de salud, e incluso entre las mujeres afiliadas al Seguro Integral de Salud, cerca del 90 por ciento tuvieron a sus bebés en sus casas, lo cual indicaría que las razones de no acudir a un centro de salud no fueron solamente económicas, sino también culturales. La mayoría de las mujeres indicaron que “preferían dar a luz de rodillas y agarradas a un palo”, y no acostadas, como se recomienda en los centros de salud; y más del 30 por ciento indicó que no acudió al centro de salud por tradición o por vergüenza:

*“... cuando da a luz, ahí preparan a un palito amarrado y se arrodillan, hacen la fuerza y nace el bebe” “Ellas cuando dan a luz tienden en el suelo, tienen que tender plástico, y se agarran a un palo, arrodillan primero a la hora de nacer el bebé, tiene que hacer fuerza y nace el bebé.”<sup>cxix</sup>*

Es también una costumbre extendida entre algunas comunidades indígenas, entre ellas las del distrito de Río Santiago, que la placenta y el cordón umbilical sean enterrados en la casa, para que le recién nacido no se vaya pronto.<sup>cxx</sup>

La mayoría de las muertes perinatales en esta zona se habrían producido por infecciones o asfixia, muertes que pudieron evitarse de haberse realizado la atención del parto en un centro de salud. En relación a la salud de las madres después del parto, de acuerdo al mismo estudio, a pesar de que más de la mitad de las mujeres indicó haber tenido alguna señal de peligro durante el puerperio, sólo aquellas que dieron a luz en los centros de salud tuvieron un control durante el puerperio, es decir un número muy reducido de la población de Río Santiago.<sup>cxxi</sup>

En entrevistas realizadas por organizaciones de mujeres en los departamentos de San Martín y Ucayali las usuarias indicaron también como puntos débiles de la atención en los centros de salud además de los factores económicos, el trato brindado por los y las profesionales de salud, el sentimiento de vergüenza al ser revisadas, especialmente cuando los

profesionales de la salud son varones, y la incompatibilidad con las prácticas culturales relacionadas con el parto:

*“En la posta no vemos que le harán a la placenta, en la casa le entierra mi marido”*

*“La partera [durante el parto en la casa] les da hierba les soba la barriga. Eso es cuando está en tratamiento y para que no esté fría.”*  
*“En el hospital no me han abrigado nada, no me han dado ni mi bata ... toda la noche así con mi dolor y todavía me han puesto enema ... cinco días con dolor ... lloraba gritaba y al doctor le pedía auxilio, el doctor ha llegado a las siete de la mañana ... cuando ha llegado me han puesto ampolla, recién ha nacido la bebé ... eso es de frío.”<sup>cxxii</sup>*

La lengua materna es otro de los factores que determinan el acceso de las mujeres a los servicios de salud, especialmente durante el parto.<sup>cxxiii</sup> De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud, entre las personas de “poblaciones nativas” la situación de salud es aún más desventajosa respecto a la población cuya lengua materna es el castellano.<sup>cxxiv</sup> No sólo el nivel de pobreza extrema entre las poblaciones de origen indígena es casi tres veces más que en el resto de la población,<sup>cxxv</sup> pero además, en su caso a las dificultades económicas se unen barreras culturales por la falta de personal de salud que habla las lenguas nativas y por las distintas concepciones existentes en estas comunidades, especialmente en relación a la atención del parto.

En los testimonios recogidos por organizaciones de mujeres, el idioma es uno de los factores que las mujeres resaltan como un elemento importante para que un centro de salud sea aceptable para la comunidad:

*“que el personal de salud que llegue a nuestra comunidad, que hablen en nuestro idioma para poder participar y entendernos mejor. Con respeto a nuestra cultura.”<sup>cxxvi</sup>*

Otros informes recibidos reflejan los mismos problemas en relación al uso del idioma en otras comunidades donde la población y en especial las mujeres sólo hablan las lenguas indígenas.

De acuerdo a algunos testimonios recogidos, en ocasiones, en zonas rurales, las mujeres de bajos ingresos, analfabetas o con poca educación formal, y en especial aquellas provenientes de grupos de origen indígena o campesino, que sólo hablan las lenguas indígenas, son tratadas de forma discriminatoria en los centros de salud. Según el testimonio de una obstetra en Huánuco:

*“A las mujeres en zonas rurales, analfabetas o con nivel de instrucción bajo, con educación primaria, es difícil llegar ... no hay suficiente personal que hable las lenguas [indígenas] ... se les grita ... se les dice que están sucias, que no se bañan ...”*

*“Llevé a mi hijo de 6 años con 37 grados de fiebre y el vientre hinchado y me dijeron que eso no era fiebre, me chillaron: ¿para qué traes al bebé? ¿Para qué le das comida de ayer?”<sup>cxxvii</sup>*

Amnistía Internacional ha recogido informes de mujeres a las que por razón de su origen cultural y étnico, y su condición socioeconómica se les habría negado una cama o retirado la sábana de la camilla donde se les iba a realizar el examen ginecológico, y en otros casos se habría violado su derecho al acceso a la información en relación al tratamiento médico que necesitan ellas o sus hijos o hijas.

**María Luz y su familia en la  
residencia familiar. © AI**

\* *María Luz es una joven quechua hablante que vive junto a su madre y sus hermanos a 7 kilómetros del puesto de salud que se encuentra en la localidad de Huarichaca, departamento de Huánuco. La familia habita una vivienda de un sólo ambiente y tienen una pequeña chacra donde trabajan todos los miembros de la familia. La Chacra representa su principal fuente de ingresos. Cuando estaba embarazada, María Luz no pudo acudir a todos los controles prenatales al no poder recorrer la distancia al establecimiento de salud caminando y con su embarazo ya avanzado. El 20 de diciembre de 2004, María Luz dio a luz a una niña. La pequeña nació dos meses antes de tiempo por lo que María Luz no pudo preparar su traslado al establecimiento de salud. Cuando su hija se enfermó al poco de nacer, al acudir al puesto de salud, le impusieron una multa de 50 nuevos soles (US\$15) por no haber acudido a los controles prenatales y haber dado a luz en su domicilio. El doctor informa a María Luz que la bebé debe ser trasladada al hospital en Huánuco, la capital del departamento, y pide a la familia 17 nuevos soles (US\$5) para pagar el pasaje para acompañar a la pequeña hasta el hospital. En el hospital en Huánuco sólo informaron a la familia de que la niña tiene una infección, pero no les explican nada sobre la gravedad de la situación de la recién nacida, ni sobre el tratamiento y no les dejaron visitar a la pequeña. Mientras su hija permanece ingresada en el hospital, María Luz debe dormir en un colchón en el suelo. En el hospital le cobran por el suero y las pastillas, y le piden 500 nuevos soles (US\$150) por una transfusión. Cuando María Luz Espíritu insiste en saber que le pasa a su hija, el doctor le grita: “para qué siendo tan pobre tienes hijo, ya no molestes ... no se puede tener hijos*

*siendo pobre”. La niña falleció a los doce días de su nacimiento. La familia desconoce hasta la fecha las razones de su muerte.*

Estos testimonios de mujeres de origen indígena o campesino residentes en zonas rurales de Perú enfatizan la importancia de la adecuación cultural de la salud materno-infantil como forma de asegurar la aceptabilidad y el acceso a estos servicios, de las mujeres, niños y niñas de bajo ingresos a la salud materno-infantil.

Ya en 1998, un estudio del Ministerio de Salud sobre el parto en los Andes y la Amazonía identificó algunas prácticas tradicionales que podían ser incorporadas a sus servicios, y concluyó que el núcleo del problema no estaba en la baja demanda de atención institucional del parto, sino en la relación entre dos sistemas culturales y obstétricos diferentes y muchas veces contrapuestos, relación que el Ministerio de Salud consideró problemática y que debía ser cuidadosamente revisada y manejada. El Ministerio estimó además que en dicho proceso sería conveniente mejorar, profundizar y desarrollar los puntos de encuentro ya existentes entre ambos sistemas.<sup>cxxviii</sup>

En este sentido, Amnistía Internacional ha acogido con beneplácito la aprobación en junio de 2005 de la Norma Técnica del Ministerio de Salud de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas,<sup>cxxix</sup> que incluye medidas para reducir las barreras de acceso a la salud, incluida la atención de la salud materno-infantil, para las comunidades en situación de pobreza y extrema pobreza que viven en zonas de limitada accesibilidad geográfica a los servicios de salud.

Igualmente la organización ha considerado como un paso positivo la adopción en agosto de 2005, de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Cultural,<sup>cxxx</sup> que incluye además la posibilidad de que las mujeres sean acompañadas durante el parto por un familiar o partera, y el acondicionamiento del ambiente con luz tenue, colores no claros, materiales adecuados a la realidad local, y temperatura agradable, que son algunas de las preferencias que de acuerdo a los informes recibidos por Amnistía Internacional, han expresado las mujeres en las zonas rurales. Dicha norma establece asimismo la responsabilidad de los y las profesionales de la salud de comunicar a las usuarias la razón por la que se realizarían determinados exámenes con el objetivo de ganarse su confianza, y garantiza la libertad de expresión y acción de las mujeres de acuerdo a sus costumbres locales.

Amnistía Internacional ha tenido conocimiento de algunas experiencias positivas en relación a la adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, la organización ha recibido con interés la experiencia en el poblado de San José de Secce y las comunidades de Oqopeqa, Punkumarqiri, Sañuq y Laupay, ubicadas en el distrito de San José de Santillana, provincia de Huanta, en el departamento de Ayacucho, en los Andes. Según la evaluación realizada por organizaciones no gubernamentales, en estas comunidades, donde los niveles de mortalidad materna eran muy altos, existían diversas barreras para el acceso a los servicios de salud. Entre ellas además de la distancia al establecimiento, la imposibilidad de pagar el transporte o la atención, y el insuficiente personal de salud y equipos, destacaba la resistencia de la población a acudir a los servicios de salud.<sup>cxxxi</sup> Esta situación se veía reflejada en el alto porcentaje de mujeres (94 por ciento) que daban a luz en sus casas, frente

al 6 por ciento que se atendían en los centros de salud; y la cantidad de partos atendidos por parteros o parteras (78 por ciento), frente al 21 por ciento atendidos por profesionales de la salud.<sup>cxxxii</sup>

La resistencia de estas comunidades a acudir a los establecimientos de salud, de acuerdo a la información recogida por dichas organizaciones no gubernamentales, tenía como uno de sus orígenes, el desencuentro entre la oferta de los servicios de salud y las expectativas culturales de los pobladores. Los servicios de salud ofrecidos por el Estado no consideraban la manera de entender la salud y la enfermedad en la cultura de los habitantes de esta zona, por lo que la población desconfiaba de la capacidad del personal, de los servicios, y percibía como incómodo o riesgoso el acercarse a un establecimiento de salud.<sup>cxxxiii</sup>

**Mujer dando a luz de acuerdo a sus costumbres, en uno de los centros de salud con adecuación cultural al parto.**  
© Salud Sin Límites

Ante esta situación, entre 1999 y el 2001, en consulta con las comunidades, se puso en práctica un proyecto de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados, que promovió la comunicación entre los y las profesionales de la salud y la comunidad, la participación de los usuarios y las usuarias; y el acercamiento entre parteros y parteras y el personal de salud. Se pusieron además en práctica en los centros de salud medidas para adecuar a la cultura de las comunidades un ambiente de atención del parto, así como la atención durante los controles prenatales, el parto y el posparto, y proporcionar un ambiente para que se alojaran los acompañantes de las mujeres que se acercaban a dar a luz a los establecimientos de salud. Entre estas medidas se incluían, entre otras, la creación de un ambiente de atención privado y con cortinas para evitar la entrada del viento y de las personas ajenas a la atención, con una cama y una sogá gruesa para que las mujeres pudieran dar a luz de pie, en cuclillas y agarradas a la sogá, como era su preferencia, además de una cocina que posibilitara la participación del esposo y/o familiar en la preparación de remedios caseros.

El protocolo de atención estipulaba asimismo, que tanto en los controles prenatales, como durante el parto se permitiera la presencia del esposo y/o familia y que la persona que atendiera hablara el quechua y fuera preferentemente una mujer. Los y las profesionales de la salud fueron capacitados para mantener un trato

**Afiche para difundir la adecuación cultural al parto en los establecimientos de salud.** ©  
Salud Sin Límites

comprensivo y paciente con las usuarias, sin reprender, aunque la usuaria tuviera varios hijos. Se puso énfasis además, en la importancia de explicar a las usuarias la necesidad de los exámenes y procedimientos, como el tacto vaginal, que debían realizarse con el consentimiento previo de las usuarias, permitiendo que estas se desnudasen sólo la parte del vientre durante los exámenes prenatales y diera a luz en la ropa habitual, en lugar de una bata ginecológica, y que ellas mismas y/o un familiar realizaran los procedimientos de higiene. También, de acuerdo a las creencias de las comunidades, se incluyó en el protocolo de atención del parto la entrega de la placenta al familiar presente para que fuera enterrada, y la posibilidad de que la usuaria pudiera permanecer en el establecimiento de salud un tiempo de hasta ocho días.

Este modelo de atención del parto con adecuación cultural se difundió entre las usuarias a través de talleres, afiches y programas de radio en quechua. De acuerdo a la evaluación del proyecto realizada por organizaciones no gubernamentales en el 2003, un 90 por ciento de las usuarias entrevistadas habría indicado haberse sentido bien atendida, establecido que recomendaría el servicio a un familiar o vecina, y confirmado que se atendería en la posta en el siguiente parto. Un 80 por ciento habría además confirmado haber entendido todo lo que le hablaron, al haberse realizado la atención en quechua.<sup>cxxxiv</sup> Según la misma evaluación, tras la implementación de este proyecto, un 67 por ciento de las mujeres se habrían atendido el parto en el centro de salud, lo que significaría un incrementado del parto institucional de 21 por ciento, y casi el 100 por ciento de los partos se habrían producido bajo el conocimiento del personal del establecimiento de salud.<sup>cxxxv</sup>

*“Anteriormente les llevaban a un cuarto, allí les cerraban y no dejaban entrar a sus familiares. No se enfermaban como ahora con la sogá ni en silla; sino echadas en la cama con las piernas abiertas, les gritaban y eso no les gustaba, les atendían haciendo bulla, riéndose, eso tampoco les gustaba”*

*“Ahora nos atienden como nos gusta ya sea en la cama o en la silla sentadas agarradas de la sogá. Nos agarra por la cintura nuestro esposo y eso nos gusta; porque así estamos acostumbrados en la chacra. Nos gustaría que nos sigan atendiendo así, haciendo hervir hierbas, dando remedios caseros igual que en casa.”<sup>cxxxvi</sup>*

Amnistía Internacional considera que la experiencia en el poblado de San José de Secce y las comunidades de Oqopeqa, Punkumarqiri, Sañuq y Laupay refleja como a través de la consulta y comunicación con los y las usuarias de los establecimientos de salud, y la realización de reformas de fácil implementación y bajo costo, se puede asegurar que los servicios de salud sexual y reproductiva sean aceptables y confiables para las comunidades, promoviendo así una mayor cobertura de la atención de la salud materno-infantil por profesionales de salud, lo cual contribuye a reducir las morbilidad materno-infantil.

## 4. Conclusiones

Si bien el Estado peruano ha implementado políticas para facilitar el acceso a la salud materno-infantil para las personas de bajos recursos, Amnistía Internacional considera que

continúan existiendo barreras económicas que limitan el acceso de muchas mujeres, niños y niñas de bajo ingresos a los servicios de salud. La persistencia en la práctica de estas barreras vulnera las obligaciones inmediatas del Estado peruano de garantizar el acceso a la salud materno-infantil, sin discriminación, y priorizando a aquellos grupos más vulnerables. La organización considera que el Estado peruano debe dar los pasos necesarios para asegurarse de que sus obligaciones en relación al derecho a la salud se conviertan en una realidad en la práctica.

Asimismo, las autoridades peruanas deben monitorear y evaluar el funcionamiento del Seguro Integral de Salud y adoptar iniciativas para mejorar su eficiencia y adecuarlo a la realidad y las necesidades de las diferentes comunidades, especialmente en las zonas rurales. En este proceso, Amnistía Internacional considera que deben tomarse en consideración las iniciativas y opiniones tanto de las autoridades locales, como de los y las profesionales de la salud y asistentes sociales que laboran en estas zonas, y de las propias comunidades, y de los usuarios y usuarias.

A juicio de Amnistía Internacional, las grandes disparidades que aún persisten en Perú entre el acceso a la salud materno-infantil en las zonas rurales y urbanas; y entre las personas de mayores recursos y aquellos que cuentan con limitados recursos económicos, tanto en zonas urbanas como las rurales, o que pertenecen a comunidades indígenas o campesinas, representan un incumplimiento del Estado peruano con sus obligaciones de velar por la atención de la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil; de garantizar una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud; y de proteger el derecho a la salud sin discriminación.

Además, a pesar de la existencia de algunas iniciativas para difundir información sobre los servicios de salud que el Estado peruano ofrece a las personas en comunidades excluidas o marginadas, continúa habiendo una gran proporción de personas que aún no cuentan con información clara y accesible sobre estos servicios o reciben información contradictoria al respecto. Esta situación vulnera el derecho de la población a obtener información relativa a los principales problemas de salud, en este caso en relación a la salud materno-infantil, incluidos los métodos para prevenirlos y combatirlos así como información sobre los servicios accesibles a aquellas personas de bajos ingresos en comunidades excluidas o marginadas, en violación tanto del artículo 24.2(e) de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, como del artículo 14.2(b) de la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Asimismo, la falta de información sobre el derecho a la salud y los servicios que el Estado peruano ofrece para garantizar el acceso a la salud a las poblaciones marginales y excluidas que existe entre los y las profesionales de la salud, a juicio de Amnistía Internacional indicaría que el Estado peruano no estaría cumpliendo plenamente su obligación básica de proporcionar capacitación adecuada al personal de salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

La información y testimonios de mujeres en comunidades indígenas o campesinas recibidos por Amnistía Internacional en relación a la falta de aceptabilidad de los servicios básicos de salud materno-infantil que ofrece el Estado peruano a estas poblaciones, refleja a juicio de la organización el fracaso del Estado en adaptar estos servicios de salud a la cultura de los y las usuarias pertenecientes a estas comunidades.

El Estado peruano se ha comprometido tanto a través de la firma y ratificación de tratados internacionales de derechos humanos a respetar, proteger y promover el derecho a la salud; y a garantizar de forma inmediata la atención de la salud materna infantil y el acceso a los servicios de salud, sin discriminación y priorizando a los más vulnerables. De igual forma, a través de la suscripción de compromisos políticos en foros internacionales, el Estado peruano se ha comprometido a reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil y en tres cuartas partes la mortalidad materna para el año 2015. Amnistía Internacional considera que las estrategias para poner en práctica estos Objetivos del Milenio deben estar basadas en las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos. Hasta que el Estado peruano no priorice las necesidades de salud de las comunidades pobres, de las mujeres, niños y niñas miembros de pueblos de origen indígena o campesino, y otros que viven en zonas rurales, el Estado peruano continuará incumpliendo sus obligaciones y compromisos internacionales.

Como establece Paul Hunt, Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, en su informe sobre Perú, el derecho internacional en materia de derechos humanos proscribela discriminación en el acceso a los servicios sanitarios y los factores que influyen en la salud, y establece la obligación de los Estados de adoptar medidas especiales para suprimir los obstáculos que impiden que los grupos vulnerables disfruten del derecho a la salud. En este sentido, el Relator Especial, ha instado a las autoridades peruanas a formular una política y estrategia sanitarias equitativa a favor de los pobres, fundadas en el derecho a la salud, que combatan la injusticia, las desigualdades y la discriminación.<sup>cxxxvii</sup>

Si verdaderamente el Estado peruano se propone avanzar en este nuevo milenio con paso firme hacia un futuro en el que todas las personas en Perú, independientemente de su condición socioeconómica, su género, su origen racial o étnico, puedan ejercer todos sus derechos humanos, tanto los civiles y políticos, como los derechos económicos, sociales y culturales, se deben priorizar medidas para garantizar el respeto, protección y promoción de cada uno de estos derechos en cualquier agenda política. Garantizar el derecho a la salud sin discriminación, en especial de aquellos más vulnerables es uno de los pasos a tomar.

Los derechos humanos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de la Organización de las Naciones Unidas, son indivisibles y universales. Sin garantizar la protección de unos no se pueden satisfacer otros y con frecuencia, la violación de algunos de estos derechos conlleva la violación de otros. Durante los 20 años del conflicto interno

armado en Perú, la mayoría de aquellas personas que fueron ejecutadas extrajudicialmente, “desaparecidas”, torturadas o injustamente condenadas por cargos falsos relacionados con el terrorismo, pertenecían a los sectores más excluidos socialmente y con menos recursos económicos. Su derecho a la integridad física y a la vida fue violado con impunidad por pertenecer a los sectores de la población más excluidos, sin acceso a sus derechos económicos sociales y culturales, lo cual les colocó en una situación de especial vulnerabilidad a la hora de exigir la protección de sus derechos civiles y políticos. Hoy en día estas mismas personas continúan viendo vulnerados sus derechos económicos, sociales y culturales, y en particular el derecho a la salud, lo cual resulta en un número elevado de muertes que pueden ser prevenibles.

## 5. Recomendaciones

Amnistía Internacional insta a las autoridades peruanas y en particular al Ministerio de Salud a asegurar que el Estado cumpla con sus obligaciones tanto nacionales como internacionales de respetar, proteger y promover el derecho a la salud de todas las personas, en particular en relación a la salud materno-infantil, garantizando una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud; protegiendo el derecho de acceso sin discriminación; y eliminando las barreras tanto económicas como culturales. Asimismo, la organización exhorta a las autoridades peruanas a garantizar el acceso a la información relativa a los principales problemas de salud, incluidos los métodos para prevenirlos y combatirlos; y a proporcionar capacitación adecuada al personal de salud sobre estos deberes y responsabilidades.

En particular la organización recomienda al Estado peruano tomar las siguientes medidas para garantizar el derecho a la salud materno-infantil de las poblaciones vulnerables:

- Implementar la legislación ya vigente, revisándola de forma continua para asegurar su mejora y garantizar que se eliminan las barreras que limitan el acceso de los grupos vulnerables a la salud materno-infantil.
- Otorgar el presupuesto necesario a los servicios básicos de salud, en particular a los servicios de salud materno-infantil gratuitos para las comunidades excluidas o marginalizadas.
- Distribuir a la mayor brevedad posible información accesible y clara, en las lenguas y formatos relevantes para las comunidades en cada zona, especialmente en los establecimientos de salud donde se ofrecen atención a personas de bajos recursos de comunidades marginadas o excluidas, sobre los derechos de los usuarios y las usuarias, en relación al derecho a la salud; y sobre las responsabilidades de los y las profesionales de la salud, incluidas aquellas relacionadas con el derecho al acceso a servicios de salud materno-infantil gratuitos.

- Poner en práctica mecanismos para que los usuarios y las usuarias de los servicios de salud puedan interponer quejas cuando se violan sus derechos; y promover y distribuir información sobre los mismos.
- Poner en práctica medidas para monitorear que se garanticen los derechos laborales de los y las profesionales de la salud; y crear mecanismos para garantizar la participación de los y las profesionales de la salud en las políticas de salud.
- Revisar los procedimientos para identificar a los usuarios y las usuarias que pueden acceder a los servicios de salud gratuitos, y poner en práctica mecanismos de monitoreo para garantizar que los procedimientos y requisitos para acceder a los servicios de salud gratuitos son claros y accesibles tanto para los usuarios y las usuarias, como para los y las profesionales de la salud, y no dilatan innecesariamente el proceso de identificación.
- Instruir a la mayor brevedad a los establecimientos de salud sobre la obligación de entregar los Certificados de Nacido Vivo de forma gratuita a todos los recién nacidos, independientemente del lugar donde se dio el parto o de la atención a los controles pre y post-natal; y enviar directivas claras a los establecimientos de salud para que dejen de realizar cobros indebidos por el Certificado de Nacido Vivo, y de imponer multas a las mujeres que dan a luz en sus domicilios; y poner en práctica mecanismos para monitorear que estas directivas se cumplan.
- Promover proactivamente la participación de las comunidades en temas relacionados con su derecho a la salud, en especial garantizar la participación de los y las habitantes en comunidades de origen indígena o campesino para asegurar que los servicios de salud se adaptan a sus creencias culturales y son aceptables para todos y todas.
- Elaborar políticas y planes para desarrollar y poner en práctica el recientemente aprobado Plan Nacional de Derechos Humanos para asegurar que se garantizan, respetan, promuevan los derechos humanos de todos y todas en Perú, sin discriminación.

---

<sup>i</sup> Sendero Luminoso inició su ofensiva armada en 1980. En los últimos años, según informes, ha operado esporádicamente en el valle del río Apurímac y el río Ene, en la jungla amazónica. El MRTA comenzó sus campaña armada en 1984 y en la actualidad ha dejado de operar.

<sup>ii</sup> Para mayor información sobre las preocupaciones de Amnistía Internacional durante el conflicto interno armado en Perú (1980-2000), véase *Perú: Tortura y Ejecuciones Extrajudiciales*, Índice de AI: AMR 46/29/83/s, agosto de 1983, *Perú: Violaciones de derechos humanos en las zonas de emergencia*, Índice de AI: AMR 46/25/88/s, agosto de 1988, *Perú: Derechos Humanos y Estado de Emergencia*, Índice de AI: AMR 46/49/89/s, agosto de 1989, *Perú: Los derechos humanos desde la suspensión del gobierno constitucional*, Índice de AI: AMR 46/13/93/s, mayo de 1993, *Perú: Resumen de las preocupaciones de Amnistía Internacional 1980-1995*, Índice de AI: AMR 46/04/96/s, febrero de 1996, *Perú: Los derechos humanos en tiempos de impunidad*, Índice de AI: AMR 46/01/96/s, mayo de 1996, *Perú: Los “Presos Inocentes”*, Índice de AI: AMR 46/09/96/s, mayo de 1996, *Perú: No basta la legislación – La tortura debe abolirse en la práctica*, Índice de AI: AMR 46/17/99/s, septiembre de

1999; y Perú: *La Comisión de la Verdad y Reconciliación – Un primer paso hacia un país sin injusticias*, Índice de AI: AMR 46/003/04/s, Agosto de 2004.

<sup>iii</sup> *Informe Final*, Tomo I, ‘Rostros y Perfiles de la Violencia’, p. 158.

<sup>iv</sup> *Íbidem*.

<sup>v</sup> *Íbidem*, p. 159.

<sup>vi</sup> *Informe Final* Tomo VIII, ‘Conclusiones Generales’, p. 316.

<sup>vii</sup> *Informe Final*, Tomo I, ‘Rostros y Perfiles de la Violencia’, p. 160.

<sup>viii</sup> *Informe Final*, Tomo VIII, ‘Conclusiones Generales’, p. 316.

<sup>ix</sup> *Íbidem*.

<sup>x</sup> *Informe Final*, Tomo VIII, ‘Los factores que hicieron posible la violencia’, p.101-105.

<sup>xi</sup> La CVR consideró que la violación sexual fue una práctica común y bastante utilizada principalmente por las Fuerzas Armadas, que se cometió casi exclusivamente contra mujeres. Durante su mandato la CVR documentó más de 500 casos de violencia sexual, en sólo 11 de estos casos la víctima fue un hombre. *Informe Final*, Tomo VIII, ‘Los factores que hicieron posible la violencia’, p. 45 y 48.

<sup>xii</sup> *Íbidem*, p. 72-73.

<sup>xiii</sup> Para mayor información sobre las esterilizaciones no consentidas o forzadas véase informe de Amnistía Internacional Perú: *La Comisión de la Verdad y Reconciliación – un primer paso hacia un país sin injusticias*, Índice de AI: AMR 46/003/2004/s, 26 de agosto de 2004.

<sup>xiv</sup> Para una explicación sobre estos componentes del derecho a los servicios de salud véase el apartado ‘2.1 Normas y Estándares Internacionales’, de este informe.

<sup>xv</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 14. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas define atención primaria de la salud como la que versa esencialmente sobre las enfermedades comunes y relativamente leves y es prestada por los y las profesionales de la salud y/o los médicos generalmente capacitados que prestan servicios dentro de la comunidad a un precio relativamente bajo (véase documento de las Naciones Unidas E/C.12/2000/4 del 11 de agosto de 2000).

<sup>xvi</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 125.

<sup>xvii</sup> El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece: “1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

<sup>xviii</sup> El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Perú en abril de 1978, establece: “1. Los Estados Partes ... reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de las condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

<sup>xix</sup> El Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, ratificado por Perú en 1982, establece: “1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a

fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. ... [L]os Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

<sup>xx</sup> El Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificado por Perú en 1990, establece: “1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo”.

<sup>xxi</sup> El Artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, ratificado por Perú en 1971, establece: “... [L]os Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: ... El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; ...”.

<sup>xxii</sup> El Artículo 25 del Convenio 169, ratificado por Perú en 1994, establece: “1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país”.

<sup>xxiii</sup> El Artículo 10 del “Protocolo de San Salvador”, ratificado por Perú en 1995, establece: “1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

<sup>xxiv</sup> Véase documento de las Naciones Unidas E/C.12/2000/4 del 11 de agosto de 2000.

<sup>xxv</sup> Véase Artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

<sup>xxvi</sup> Véase *Directrices de Maastricht sobre violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales*, Maastricht 22-26 de enero de 1997.

<sup>xxvii</sup> Véase documento de las Naciones Unidas *La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párr. 1 del art. 2 del Pacto)* del 14 de diciembre de 1990. CESCR Observación General 3.

<sup>xxviii</sup> Véase documento de las Naciones Unidas HRI/GEN/1/Rev.7, para. 12.

<sup>xxix</sup> Véase documento de las Naciones Unidas E/C.12/2000/4 del 11 de agosto de 2000.

<sup>xxx</sup> Véase documento de las Naciones Unidas HRI/GEN/1/Rev.7, para. 10.

<sup>xxxi</sup> La salud genésica se refiere a la libertad del hombre y la mujer de decidir si desean reproducirse y en qué momento, y al derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que permitan a la mujer pasar sin peligros las etapas del embarazo y el parto.

<sup>xxxii</sup> El término prenatal se refiere, de acuerdo a las estadísticas médicas, al periodo que comienza con la terminación de las 28 semanas de gestación y termina, según las distintas definiciones, entre una y cuatro semanas antes del nacimiento. El término postnatal se refiere al periodo posterior al parto.

<sup>xxxiii</sup> Véase documento de las Naciones Unidas E/C.12/2000/4 del 11 de agosto de 2000.

<sup>xxxiv</sup> El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estipula en su Artículo 12.2: “Entre las medidas que deben adoptar los Estados Partes ... a fin de asegurar la plena efectividad ... [del derecho a la salud, figurará]: ... [l]a reducción de la morbinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”.

<sup>xxxv</sup> La Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su Artículo 25: “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

<sup>xxxvi</sup> La Convención sobre los Derechos del Niño exhorta a los Estados Partes en su Artículo 24 a “adoptar las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez”. La Convención sobre la eliminación de de todas las formas de Discriminación contra la Mujer indica en su Artículo 12 que los Estados Partes deben adoptar medidas para garantizar “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y ... asegurar una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

<sup>xxxvii</sup> El puerperio se refiere al periodo de cuarentena posterior al parto.

<sup>xxxviii</sup> Véase Recomendación General 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *La Mujer y la Salud – Artículo 12*, 20 Periodo de Sesiones, del 2 de febrero de 1999.

<sup>xxxix</sup> Véase *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, A/CONF.171/13 del 18 de octubre de 1994.

<sup>xl</sup> Véase *Informe de la IV Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer*, A/CONF.177/20 del 17 de octubre de 1995.

<sup>xli</sup> Véase [www.un.org/spanish/millenniumgoals/](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/).

<sup>xlii</sup> El Artículo 7 de la Constitución peruana establece: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”. Los Artículos 9 y 11 incluyen las obligaciones del Estado en material de salud: “[e]l Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud” (Artículo 9). “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento” (Artículo 11).

<sup>xliii</sup> Véase Decreto Supremo No 003-2002-SA, del 25 de mayo de 2002.

<sup>xliiv</sup> De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) de Perú (véase *Metodología para la Medición de la Pobreza en el Perú*, INEI, Enero de 2000) la pobreza es la condición en la cual una o más personas no tienen sus necesidades básicas de alimentación satisfechas. En este sentido el INEI define:

**Pobreza total:** Comprende a las personas cuyos hogares tienen ingresos o consumo per cápita inferiores al costo de una canasta total de bienes y servicios mínimos esenciales. Las canastas mínimas de consumo alimentario se obtienen ajustando los consumos promedio reales de cada región hasta alcanzar las 2.318 kilocalorías por día.

**Pobreza extrema:** Comprende a las personas cuyos hogares tienen ingresos o consumos per cápita inferiores al valor de una canasta mínima de alimentos. El valor de la canasta mínima se realiza considerando los precios reales pagados por hogares en sus lugares de residencia.

EL INEI considera además de la pobreza de acuerdo al nivel de ingresos y de gastos, un concepto más amplio de pobreza de acuerdo a las Necesidades Básicas Insatisfechas, empleando los siguientes indicadores: vivienda con características físicas inadecuadas, hogares con hacinamiento, viviendas sin servicio higiénico, hogares con al menos un niño o niña que no asiste a la escuela, hogares con el jefe de hogar con educación primaria incompleta, y con tres personas o más por receptor de ingreso.

Asimismo, el INEI emplea otros indicadores complementarios como: vivienda con agua de red pública, alumbrado eléctrico, y equipamiento en los hogares (televisión, teléfono), etc.

<sup>xlv</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 14. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas define atención primaria de la salud como la que versa esencialmente sobre las enfermedades comunes y relativamente leves y es prestada por los y las profesionales de la salud y/o los médicos generalmente

capacitados que prestan servicios dentro de la comunidad a un precio relativamente bajo (véase documento de las Naciones Unidas E/C.12/2000/4 del 11 de agosto de 2000).

<sup>xlvi</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 125.

<sup>xlvii</sup> La Organización Panamericana de la Salud define la mortalidad materna como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención ... pero no por causas accidentales o incidentales.

<sup>xlviii</sup> Véase *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*, OPS 2005; e *Iniciativa para mejorar la salud de la madre y del niño en zonas críticas del Perú*, OPS/OMS – MINSA, Octubre 2004.

<sup>xliv</sup> Véase *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, WHO, 2004.

<sup>i</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 122.

<sup>li</sup> Véase *Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud*, II Conferencia Nacional de Salud, 2005, pág. 23.

<sup>lii</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 10.

<sup>liii</sup> Véase *Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú*, CIES y Grade, 2001, pág. 22; *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 12; e *Iniciativa para mejorar la salud de la madre y del niño en zonas críticas del Perú*, OPS/OMS – MINSA, Octubre 2004.

<sup>liv</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 12.

<sup>lv</sup> Véase *Informe Defensorial N° 94 Ciudadanos sin agua: análisis de un derecho vulnerado*, pág. 80.

<sup>lvi</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 16-18; y Cabria A., *Beyond Protectionism and Good Intentions – An Analysis of the Sexual and Reproductive Rights of Indigenous Women in Latin America: The Case of the Asháninka Women of Peru*, IWHC, pág. 4.

<sup>lvii</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 116-117, 128, 133 y 135.

<sup>lviii</sup> Véase documento de las Naciones Unidas E/C.12/1/Add.14, del 20 de mayo de 1997, pág. 3, para. 16.

<sup>lix</sup> Véase *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*, PAHO, 2005.

<sup>lx</sup> Véanse estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática de Perú (INEI) en [www.inei.gov.pe/perucifrasHTM/in-eco/pro001.htm](http://www.inei.gov.pe/perucifrasHTM/in-eco/pro001.htm).

<sup>lxi</sup> Véase documento de las Naciones Unidas E/CN.4/2005/51/Add.3, pág. 13, paras. 36-38.

<sup>lxii</sup> Véase documento de las Naciones Unidas CRC/C/PER/CO/3, pág. 4, paras. 19 y 20 del 14 de marzo de 2006.

<sup>lxiii</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 21.

<sup>lxiv</sup> Véase *La Equidad en la asignación regional del financiamiento del sector público de salud 2000-2005*, CIES, pág. 9.

<sup>lxv</sup> Véase *Cobertura y Financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú*, Foro Salud y CIES, 2003, pág. 28.

<sup>lxvi</sup> Véase *Perú: Compendio Estadístico*, INEI, 2003, pág. 203.

<sup>lxvii</sup> Véase *Información Básica sobre las Enfermeras(os)*, Colegio de Enfermeras(os) del Perú, Octubre 2002.

<sup>lxviii</sup> Véase Comunicado de Prensa Negociaciones entre los Estados Unidos de América y El Perú sobre un Acuerdo de Libre Comercio: El Relator Especial sobre el Derecho a la Salud recuerda a las partes

sus obligaciones en materia de derechos humanos, 5 de Julio de 2004; Informe de la Misión a Perú del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, documento de las Naciones Unidas E/CN.4/2005/51/Add.3 del 4 de febrero de 2005, pág. 7, para. 17.

<sup>lxxix</sup> Véase documento de las Naciones Unidas CRC/C/PER/CO/3 del 14 de marzo de 2006, págs. 5, 9, 15 y 16, paras. 26, 46-47, 73-74.

<sup>lxxx</sup> Véanse documentos de las Naciones Unidas E/C.12/1/Add.14, del 20 de mayo de 1997; y CERD/C/304/Add.69, del 13 de abril de 1999.

<sup>lxxxi</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 21.

<sup>lxxxii</sup> Véase *La investigación Económica y Social en el Perú Balance 1999-2003 y prioridades para el futuro*, Barrantes R. y Iguñiz J.M., pág. 194.

<sup>lxxxiii</sup> Véase *Estadísticas a mayo de 2005*, Seguro Integral de Salud, junio de 2005.

<sup>lxxxiv</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 21.

<sup>lxxxv</sup> Véase *La salud peruana en el siglo XXI Retos y Propuestas de Políticas*, Arroyo J. (ed.), pág. 48.

<sup>lxxxvi</sup> De acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), en las zonas rurales ocho de cada diez habitantes se encuentra en situación de pobreza (78 por ciento), mientras que en las zonas urbanas este porcentaje es 42 por ciento (Véase *INEI: La Pobreza en el Perú en 2001. Una visión departamental*, Herrera J., 2001). El INEI establece el nivel de pobreza según la capacidad de acceso a una canasta mínima alimentaria de 2.318 kilocalorías per cápita.

<sup>lxxxvii</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 14-15; y *Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 13.

<sup>lxxxviii</sup> Véase Cabria A., *Beyond Protectionism and Good Intentions – An Analysis of Sexual and Reproductive Rights of Indigenous in Latin America: The case of the Asháninka Women of Peru*, IWHC, pág. 3.

<sup>lxxxix</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 114-117.

<sup>lxxx</sup> Véase *Estadísticas a mayo de 2005*, Seguro Integral de Salud, Junio de 2005.

<sup>lxxxxi</sup> Véase Documento de las Naciones Unidas CRC/C/PER/CO/3 del 14 de marzo de 2006, pág. 9, para. 46.

<sup>lxxxii</sup> Véase *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*, WHO, 2006, en [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh\\_indicators/guidelines.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh_indicators/guidelines.pdf):

<sup>lxxxiii</sup> *Ibidem*, pág 134-135.

<sup>lxxxiv</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continúa 2004*, INEI, abril de 2005, pág. 18-19.

<sup>lxxxv</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág 134.

<sup>lxxxvi</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág 137.

<sup>lxxxvii</sup> Véase <http://www.childbirth.org/section/CSFact.html>

<sup>lxxxviii</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág 137.

<sup>lxxxix</sup> Véase <http://www.paho.org/english/gov/ce/spp/spp36-08-e.pdf>

<sup>xc</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 128-129.

<sup>xci</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continúa 2004*, INEI, abril de 2005, pág. 19.

<sup>xcii</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 138-143.

<sup>xciii</sup> Véase *Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú*, INEI, 2002, pág 103.

<sup>xciv</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, de julio de 2002, pág. 14-15.

<sup>xcv</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 125-126.

<sup>xcvi</sup> Véase *Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida en el Perú*, INEI, febrero 2005, pág. 104-105.

<sup>xcvii</sup> Véase *Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida en el Perú*, INEI, febrero 2006, pág. 89 y 107-108.

<sup>xcviii</sup> Véase *Análisis de la Situación en Perú Programa Especial de Análisis de Salud*, OPS, 2002, pág. 21.

<sup>xcix</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 17; e *Impacto potencial del TLC en acceso a medicamentos*, MINSA, 2005, pág. 250.

<sup>c</sup> Testimonio de una usuaria del SIS recogido por Amnistía Internacional en Nauta, Iquitos, en julio de 2005.

<sup>ci</sup> Véase *Condiciones de Vida en los Departamentos del Perú*, 2002, INEI, pág. 62.

<sup>cii</sup> Véase *Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud Perú 1985-2002*, MINSA/OPS, 2003, pág. 53.

<sup>ciii</sup> El derecho a la identidad está reconocido en el artículo 6 de la Declaración Universal de los derechos Humanos que señala que “todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica”; en la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en el artículo 3 que contempla el reconocimiento de la personalidad jurídica de cada persona, y en el artículo 18 “[t]oda persona tiene derecho a un nombre propio y a los apellidos de sus padres o al de uno de ellos. La ley reglamentará la forma de asegurar este derecho para todos, mediante nombres supuestos, si fuere necesario”; en la Convención sobre los Derechos del Niño en el artículo 7 “[e]l niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad, y en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos”, y el artículo 8 “[l]os Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño y a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares, de conformidad con la Ley, sin injerencias ilícitas, “[c]uando un niño sea privado ilegalmente de alguno de los elementos de su identidad, o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad; así como en el Pacto Internacional del Derechos Civiles y Políticos en sus artículos 16 “[t]odo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica, y el 24.2 “[t]odo niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y deberá tener un nombre”. Igualmente la Constitución peruana consagra este derecho en el artículo 2.1 “[t]oda persona tiene derecho ... a la identidad”.

<sup>civ</sup> Véase sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de las niñas Yan y Bosico vs. La República Dominicana, 8 de septiembre de 2005, paras. 113 (a), 182 y 183, pág. 54 y 70.

<sup>cv</sup> Véase Informe Defensorial N° 100 El Derecho a la Identidad y la Actuación de la Administración Estatal, 2005, pág. 4-5.

<sup>cvi</sup> Véase cuadro de estadísticas “Población total estimada y proyectada al 30 de junio de cada año, según sexo y grupos de edad” en base de datos Información Sociodemográfica - Población y Variables Demográficas en [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe).

<sup>cvi</sup> Véase documento de la ONU CRC/C/PER/CO/3 del 14 de marzo de 2006, pág. 6, para. 33 y 34.

<sup>cviii</sup> Véase *Cuestión de Estado*, N° 36, ‘La indocumentación’, pág. 41.

<sup>cix</sup> Véase Informe Defensorial N° 100 El Derecho a la Identidad y la Actuación de la Administración Estatal, 2005, pág. 5-6.

<sup>cx</sup> Véase Oficio N° 349-2003/DG-OGEI-OEE de la Dirección General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud aprobado mediante Resolución de Gerencia de Operaciones N° 030-2003-GO/RENIEC, del 4 de diciembre de 2003.

- <sup>cx</sup><sup>i</sup> Véase Resolución Ministerial N° 369-2004-SA de abril de 2004.
- <sup>cx</sup><sup>ii</sup> Véase Artículo 12(2) de la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- <sup>cx</sup><sup>iii</sup> Véase *La Pobreza en el Perú en 2001 – Una visión departamental*, INEI, Junio de 2002, pág. 14.
- <sup>cx</sup><sup>iv</sup> Véase *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*, Ministerio de Salud, julio de 2002, pág. 16.
- <sup>cx</sup><sup>v</sup> Véase *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, INEI, mayo de 2001, pág. 125-126.
- <sup>cx</sup><sup>vi</sup> Véase *Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida en el Perú*, INEI, febrero 2005, pág. 104-106.
- <sup>cx</sup><sup>vii</sup> Véase *Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida en el Perú*, INEI, febrero 2006, pág. 106-108.
- <sup>cx</sup><sup>viii</sup> Véase *Desarrollo Humano: Desarrollo sostenible en el río Santiago*, Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador, pág. 86.
- <sup>cx</sup><sup>ix</sup> *Ibíd*em, pág. 95-99.
- <sup>cx</sup><sup>x</sup> *Ibíd*em, pág. 100.
- <sup>cx</sup><sup>xi</sup> *Ibíd*em, pág. 103-104.
- <sup>cx</sup><sup>xii</sup> Véase *Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali*, Manuela Ramos, 1999, pág. 119.
- <sup>cx</sup><sup>xiii</sup> Véase *Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú*, CIES y Grade, 2001, pág. 46.
- <sup>cx</sup><sup>xiv</sup> Véase *Análisis de la Situación de Perú*, OMS/OPS, 2002, pág. 7; y *Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud Perú 1985-2002*, Ministerio de Salud/OPS, 2003, pág. 23.
- <sup>cx</sup><sup>xv</sup> Véase *Análisis y Propuestas*, Grade, diciembre 2003.
- <sup>cx</sup><sup>xvi</sup> Véase *Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali*, Manuela Ramos, 1999, pág. 176.
- <sup>cx</sup><sup>xvii</sup> Testimonio de una mujer de Nauta, Iquitos, recogido por Amnistía Internacional en julio de 2005.
- <sup>cx</sup><sup>xviii</sup> Véase *El Parto en la vida de los Andes y de la Amazonía del Perú*, Ministerio de Salud, 1999.
- <sup>cx</sup><sup>xix</sup> Véase Norma Técnica N° 028 MINS/DGSP V.01.
- <sup>cx</sup><sup>xx</sup> Véase Norma Técnica N° 033-MINSA/DGSP-V.01.
- <sup>cx</sup><sup>xxi</sup> Véase *Modelo de atención de parto con adecuación cultural*, Salud sin Límites, pág. 3 en <http://www.saludsinlimitesperu.org.pe/docs/doc%20a1.pdf>.
- <sup>cx</sup><sup>xxii</sup> *Ibíd*em, pág. 5.
- <sup>cx</sup><sup>xxiii</sup> *Ibíd*em, pág. 3.
- <sup>cx</sup><sup>xxiv</sup> *Ibíd*em, pág. 14.
- <sup>cx</sup><sup>xxv</sup> *Ibíd*em, pág. 15-16.
- <sup>cx</sup><sup>xxvi</sup> *Ibíd*em, pág. 27.
- <sup>cx</sup><sup>xxvii</sup> Véase documento de la ONU E/CN.4/2005/51/Add.3, págs. 9 y 11, para. 21 y 28.