



**Consejo Económico
y Social**

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2005/51/Add.3
4 de febrero de 2005

ESPAÑOL
Original: INGLÉS

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
61º período de sesiones
Tema 10 del programa provisional

LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

**EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS
ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL**

**Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial sobre el
derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible
de salud física y mental**

Adición

MISIÓN AL PERÚ* **

* El resumen del presente documento se distribuye en todos los idiomas. El informe propiamente dicho se adjunta al resumen en español e inglés únicamente.

** Se presentó con retraso para incluir información más reciente.

Resumen

El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (el derecho a la salud) visitó el Perú del 6 al 15 de junio de 2004. Hizo una gira por diversos centros de salud en la costa (Departamento de Lima), en la sierra (Ayacucho) y la selva (Iquitos y sus alrededores).

Le impresionó la cooperación del Ministerio de Salud y las organizaciones internacionales, los donantes y la sociedad civil, así como la diversidad y el dinamismo de la sociedad civil en el país.

En la sección I se describe el marco jurídico nacional e internacional pertinente y en la sección II se perfilan los graves problemas sanitarios del país, muchos de los cuales están íntimamente relacionados con la pobreza y la discriminación. La principal dificultad en cuanto al derecho a la salud reside en definir la política y ejecutar estrategias basadas en la equidad, la igualdad y la no discriminación, que mejoren el acceso a la salud, y los factores que determinan que quienes viven en la pobreza gocen salud.

En la sección III se examinan diversas políticas oficiales, algunas muy encomiables, que afectan el derecho a la salud. El Relator Especial recomienda, entre otras cosas, que la Administración formule una amplia "política sanitaria equitativa en favor de los pobres" fundada en este derecho y que la comunidad internacional cancele una gran parte de la deuda del Perú en el entendido de que los fondos liberados así se utilizarán para aplicarla.

La parte IV focaliza algunas cuestiones concretas pertinentes al derecho a la salud y se hacen algunas recomendaciones al respecto: el acuerdo de comercio entre los Estados Unidos y el Perú; la salud medioambiental, en especial en Belén (agua y saneamiento), el Callao (saturnismo) y San Mateo de Huanchor (impacto de la explotación minera); la salud mental, en especial el derecho a la salud de los impedidos mentales, y las repercusiones de la veintena de años de conflicto armado interno; la salud sexual y genésica, el VIH/SIDA inclusive, y la etnicidad y la cultura, especialmente en relación con los pueblos indígenas.

ANEXO

ÍNDICE

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN.....	1 - 5	4
I. EL DERECHO A LA SALUD: NORMAS Y OBLIGACIONES..	6 - 12	5
A. Marco de derecho internacional.....	7 - 10	5
B. Marco jurídico interno	11 - 12	6
II. LAS ENFERMEDADES EN EL PERÚ Y LA POBREZA, LA DISCRIMINACIÓN Y LAS DESIGUALDADES	13 - 21	7
III. MARCOS NORMATIVO E INSTITUCIONAL.....	22 - 45	10
A. Una política sanitaria nacional contra la pobreza y la discriminación.....	27 - 35	11
B. Disponibilidad de recursos.....	36 - 38	13
C. La comunidad internacional.....	39 - 41	14
D. La Defensoría del Pueblo.....	42	14
E. La participación de la sociedad civil.....	43	15
F. Los profesionales de la salud y los usuarios del sistema sanitario.....	44 - 45	15
IV. MOTIVOS DE ESPECIAL PREOCUPACIÓN	46 - 82	16
A. Acuerdo comercial entre los Estados Unidos y el Perú.....	47 - 51	16
B. Medio ambiente y salud.....	52 - 60	17
C. Salud mental	61 - 71	19
D. Salud sexual y genésica	72 - 78	22
E. Etnicidad y cultura	79 - 82	24
V. OTRAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83	26

INTRODUCCIÓN

1. Por invitación del Gobierno del Perú, el Relator Especial estuvo en el país del 6 al 15 de junio de 2004 para estudiar el ejercicio del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (el derecho a la salud) y contribuir a los esfuerzos del Gobierno y de -otros agentes- para hacer frente a los retos y obstáculos al respecto. El programa de la visita fue elaborado por el Ministerio de Salud en estrecha colaboración con las dependencias de las Naciones Unidas en el país, en particular la oficina del Coordinador Residente, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización Panamericana de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), y con la sociedad civil, en particular la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos y la Coalición por los Derechos Humanos en Salud. El Relator Especial agradece la excelente cooperación y asistencia que le prestaron a cada paso y, sobre todo, la ejemplar colaboración de la Administración, las organizaciones internacionales y la sociedad civil para que se organizara y tuviera verificativo la misión.

2. Durante ella, se reunió con funcionarios de los Ministerios de Salud, Finanzas, Justicia, Relaciones Exteriores, la Mujer y el Desarrollo Social, y Comercio, así como con miembros del Congreso. Se entrevistó con organizaciones internacionales y organismos de las Naciones Unidas que laboran en el Perú, como la OPS/OMS, el PNUD, el Programa de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Programa Mundial de Alimentos. También se reunió con colaboradores bilaterales y multilaterales en el desarrollo como la Comisión Europea, el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la Agencia Española de Cooperación Internacional. El Relator Especial se entrevistó con los funcionarios encargados de dar curso a las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación y con representantes de las multisectoriales mesas de concertación para la lucha contra la pobreza del país. Hizo una gira por diversos centros de salud, comprensivos de servicios de primera clase como la maternidad de Lima, servicios que deben ser actualizados y reformados con urgencia como el Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera, y centros de las comunidades rurales como el puesto sanitario en Luyanta, Ayacucho. También estuvo en localidades con problemas ambientales de salud como Belén, Iquitos; el puerto del Callao, cerca de Lima, y San Mateo de Huanchor, Departamento de Lima. Tuvo reuniones con comunidades del campo, comprendidos los indígenas, en Ayacucho e Iquitos. Se reunió con asociaciones de profesionales de la salud y con toda una serie de organizaciones de la sociedad civil como asociaciones de personas que viven con el VIH/SIDA o tuberculosos. Es imposible que en el informe el Relator Especial haga una relación de las decenas de organizaciones nacionales y locales de la sociedad civil con que se reunió, pero él aprecia en particular la coordinación de la Coordinadora Nacional, la Coalición por los Derechos Humanos en Salud, el ForoSalud, la Asociación pro Derechos Humanos (APRODEH), CARE, la Coordinadora Nacional de Comunidades Afectadas por la Minería (CONAMACI) y la Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos, así como la perspicacia e información de otras organizaciones de la sociedad civil.

3. Durante toda la misión, todos los niveles oficiales -central, regional y municipal- se mostraron abiertos y dispuestos a colaborar. Cabe señalar que la Administración quiso exponer el derecho a la salud en el Perú de forma equilibrada, realista y franca. Impresionó al Relator Especial el empeño de la Ministra de Salud, Dra. Pilar Mazzetti, y su personal y colegas

del Departamento de Salud y de algunas otras carteras en cumplir las obligaciones nacionales e internacionales del país a este respecto.

4. Le llamaron la atención la diversidad y el dinamismo de la sociedad civil durante las reuniones a que asistió en Lima, Ayacucho e Iquitos. Lo impresionaron muchos aspectos de las actividades de la sociedad civil como las organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos eclesiásticos, agrupaciones de pacientes, asociaciones de profesionales de la salud y personal académico; por ejemplo, su conocimiento del derecho a la salud y su compromiso con éste.

5. También le impresionó la cooperación del Ministerio de Salud y las organizaciones internacionales, los donantes y la sociedad civil. Esto ha creado una oportunidad sin precedentes de promover y proteger este derecho en el Perú. El Relator Especial insta a seguir cooperando y a cooperar aún más.

I. EL DERECHO A LA SALUD: NORMAS Y OBLIGACIONES

6. El alcance y el fondo del derecho a la salud se exponen con lujo de detalles en los informes anteriores del Relator Especial¹. En el presente informe, él destaca que es un derecho humano fundamental reconocido en diversos tratados internacionales y regionales de derechos humanos. El derecho a la salud es un derecho incluyente que comprende libertades, como la de no ser sometido a tratamiento médico sin dar su consentimiento, y derechos, como los derechos a servicios sanitarios y los factores que determinan que se tenga salud como un sano entorno natural y profesional, información y cursos de higiene o una buena alimentación.

A. Marco de derecho internacional

7. El Gobierno del Perú ha ratificado una serie de tratados internacionales y regionales de derechos humanos en que se reconocen el derecho a la salud y otros derechos relacionados con ésta como son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. El Perú también ha ratificado una serie de importantes convenios de la OIT como el Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. El ratificar los tratados internacionales y regionales de derechos humanos engendra obligaciones vinculantes de derecho internacional.

8. Una obligación dimanante de la ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1978 es la de presentar informes periódicos al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Si bien normalmente deben presentarse cada

¹ See the Special Rapporteur's reports E/CN.4/2003/58, E/CN.4/2004/49 and Add.1, A/58/427 and A/59/422.

cinco años, el último informe del Perú data de hace unos 15 años. **El Relator Especial tiene entendido que el Gobierno ya ha comenzado a elaborar el informe tan retrasado, y recomienda que lo termine y presente con carácter prioritario. La Administración tal vez desee pedir asistencia al programa de cooperación técnica de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) para cumplir sus obligaciones de presentar informes a los órganos de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas.**

9. También se han adquirido importantes compromisos en cuanto al derecho a la salud en conferencias internacionales celebradas bajo los auspicios de las Naciones Unidas, como la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo², la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre la infancia, la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Las leyes y políticas nacionales deberían inspirarse en esos compromisos internacionales y darles cumplimiento.

10. El Relator Especial tiene entendido que el gobierno ha comenzado a preparar un plan nacional de derechos humanos como se dispuso en la Declaración y Programa de Acción de Viena en 1993. **Se ha de prestar suficiente apoyo financiero para elaborar el plan y, a su debido tiempo, llevarlo a cabo. A este respecto, el Relator Especial recomienda que la Administración pida asistencia al programa de cooperación técnica del ACNUDH no sólo para elaborarlo sino también ejecutarlo.**

B. Marco jurídico interno

11. En el artículo 7 de la Constitución del Perú (de 1993) se reconoce el derecho de toda persona a la protección de su salud. En el artículo 9 se hace hincapié en la responsabilidad del Estado de definir la política sanitaria del país y en la responsabilidad del Ejecutivo de disponer y dirigir su aplicación de forma descentralizada y pluralista para que se garantice a todos la igualdad de acceso a los servicios sanitarios. En la Ley general de salud se proclama que es deber del Estado regular, salvaguardar y promover la salud y que la salud pública es una responsabilidad primordial del Estado³. Además de estas disposiciones generales, en la Constitución y otras disposiciones legislativas del país se dicta una serie de otras salvaguardias de la normativa pertinente al derecho a la salud o de la relativa a otros derechos humanos estrechamente relacionados con este derecho.

12. Con todo y que estas normas sirven para promover y proteger el derecho a la salud, el Relator Especial señala diversas deficiencias en el marco legislativo correspondiente. Por ejemplo, en la Constitución de 1993 se incorpora este derecho en un capítulo aparte sobre los derechos económicos y sociales que se consideran principios rectores. En el capítulo sobre los

² The Special Rapporteur also notes the recent World Leaders Statement supporting the International Conference on Population and Development (ICPD): Achieving Health, Rights and Development, 13 October 2004.

³ Law 26842, introduction, articles 2 and 4.

derechos fundamentales no figuran los derechos económicos, sociales y culturales, a diferencia de la Constitución de 1979 en que sí se incluían en este capítulo. La distinción hecha en la Constitución de 1993 no es un fiel trasunto del principio fundamental que reafirmaran todos los Estados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993) de que se han de tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles el mismo peso⁴.

II. LAS ENFERMEDADES EN EL PERÚ Y LA POBREZA, LA DISCRIMINACIÓN Y LAS DESIGUALDADES

13. Todavía hay muchos obstáculos para que se goce del derecho humano a la salud en el Perú.

14. En el curso de su misión, se le comunicó información sobre muy diversos problemas de salud y sus causas fundamentales. La extensión que puede tener el presente informe no permite hacer un análisis pormenorizado de todos esos problemas desde el punto de vista de los derechos humanos. En cambio, el Relator Especial se centra en unas cuantas cuestiones que son motivo de particular preocupación, así como en algunas de las respuestas alentadoras de la Administración y de otros agentes. Para comenzar, sin embargo, desea destacar la escala de los problemas sanitarios que tienen el Gobierno y el pueblo del Perú.

15. En el Perú se registran la mayor incidencia de tuberculosis pulmonar en América Latina, con 100 casos por 100.000 habitantes en comparación con el promedio regional de 17 casos, y una elevada incidencia de tuberculosis resistente a múltiples fármacos. La incidencia del VIH/SIDA está aumentando en el país y se calcula que 72.000 personas viven con el VIH/SIDA. Se ha propagado el paludismo, en particular en la región de la selva, y la población nacional es vulnerable a otras enfermedades infecciosas como la leishmaniasis. El 30% de la población urbana y el 60% de la población rural todavía no tiene acceso a agua apta para el consumo o un saneamiento adecuado⁵. Factores medioambientales como el agua no potable, el saneamiento deficiente o la contaminación del aire y del agua perjudican enormemente la salud de la población. La malnutrición afecta la salud de un 25% de los niños de menos de 5 años, a la vez que el problema de la obesidad está aumentando, en particular en las ciudades. De 1980 a 2000, el conflicto interno dio lugar a la muerte o desaparición de algo así como 69.000 personas, provocó extensos problemas psicosociales de salud y contribuyó a una cultura de violencia que sigue repercutiendo en la sanidad⁶.

⁴ Vienna Declaration, Part I, para 5.

⁵ Ministerio de Salud (MINSA), *Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006*, p. 10

⁶ Flora Tristán, Centro de la Mujer Peruana, *Violencia Familiar, Violencia Sexual, Aborto, Derechos Reproductivos*, 2003.

Las consecuencias de la pobreza y la discriminación

16. Muchos de los problemas de salud en el Perú están inextricablemente relacionados con los de pobreza y discriminación que están entre las causas y los efectos de las enfermedades en el país. Quien vive en la pobreza tiene menos acceso a servicios básicos como agua limpia, saneamiento o atención sanitaria. Las enfermedades también suelen empobrecer a las personas y las familias debido al costo del tratamiento o sus repercusiones en las actividades rentables. Algunas enfermedades como el VIH/SIDA han suscitado múltiples formas de discriminación de los afectados, lo que entorpece todavía más el disfrute del derecho a la salud u otros derechos humanos. La pobreza y la discriminación han perpetuado grandes disparidades en el disfrute del derecho a la salud entre el campo y la ciudad, entre regiones y entre los diferentes grupos de la población⁷.

17. Si bien es cierto que el Perú es un país de ingresos medios, a pesar de su reciente vigoroso rendimiento macroeconómico el 49% de la población vive en la pobreza y el 18,1%, en la pobreza extrema⁸. Es más, hay sorprendentes desigualdades entre las diversas regiones: en la región andina (la sierra), por ejemplo, el 70% vive en la pobreza y el 35%, en la pobreza extrema⁹. La desigualdad sanitaria de una región a otra también es espectacular. Por ejemplo, en la zona metropolitana de Lima la tasa de mortalidad infantil es de 17 por 1.000 nacimientos vivos mientras que en los departamentos rurales pobres de Huancavelica y el Cuzco es de 71 y 84, respectivamente¹⁰. En 2000, la tasa de mortalidad infantil era de 28 por 1.000 nacimientos vivos en las zonas urbanas y de 60 por 1.000 en las zonas rurales¹¹. Con todo y que se ha conseguido reducir nacionalmente la mortalidad materna y que la malnutrición crónica de los niños de menos de 5 años se ha estabilizado en los últimos años, detrás de las cifras globales se esconde una desigualdad cada vez mayor: la situación en ambos aspectos ha empeorado en los quintiles más pobres del país y la malnutrición crónica ha llegado a sobre un 75 u 80% en el campo¹². Para un país de ingresos medios, este estado de cosas deja atónito.

⁷ See, e.g., A. Yamin, *Vigilancia Social del Derecho a la Salud: Conjurando Inequidades*, Centro de Estudios Democráticos de América Latina (CEDAL) 2002.

⁸ UNDP, *Human Development Report 2004*.

⁹ APRODEH, *Informe sobre la Situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2002-2003*, p. 9.

¹⁰ *Act of Constitution* of the Peruvian Coalition for Human Rights and Health.

¹¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000* (ENDES) (2001), reproduced in A. Yamin, *Vigilancia Social del Derecho a la Salud* 2002, p. 85.

¹² MINSA, *Lineamientos*, pp. 10-11.

18. Hay grupos demográficos expuestos a problemas específicos de salud. Las mujeres y los adolescentes son especialmente vulnerables en el contexto de la salud sexual y reproductiva. Se indica que la proporción de mortalidad materna fue de 185 por 100.000 nacimientos vivos en 2000, una de las más altas en la región latinoamericana¹³. La incidencia de abortos en condiciones de riesgo y de embarazos en la adolescencia también es demasiado elevada. Las mujeres también son especialmente vulnerables a los actos de violencia: se calcula que el 41% han sido maltratadas u objeto de agresión física por su marido o pareja¹⁴. La gran mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA no tiene acceso a antirretrovirales. Se discrimina de diversas formas, profundamente arraigadas en una estigmatización y prevenciones conexas, a ciertos grupos como los impedidos mentales y quien vive con el VIH/SIDA. La población indígena tiene menos acceso a los servicios sanitarios, por ejemplo por barreras lingüísticas o culturales.

19. La falta de acceso a la atención de la salud para los pobres o marginados ha complicado muchos de estos problemas de salud. Si bien ha aumentado mucho la atención primaria en los últimos diez años, en 2001 el 25% de la población del país todavía no tenía acceso ni siquiera a esto¹⁵. Fuera de los centros urbanos no hay muchos servicios en caso de problemas específicos de salud o relacionados con la salud como trastornos mentales o las secuelas de la violencia. Tampoco se tiene demasiado acceso a información sobre algunos aspectos de la salud o en el caso de algunos grupos de la población, sobre todo información sobre la salud sexual y genésica en la adolescencia.

20. La pobreza, la discriminación y la falta de políticas sanitarias para atender las necesidades de determinados grupos también han contribuido a la vulnerabilidad en razón de la salud. **En tales circunstancias, el principal reto por lo que pertenece al derecho a la salud es definir la política y llevar a cabo estrategias i) basadas en la equidad, la igualdad y la no discriminación, y ii) dar más acceso a la atención de la salud y los factores que determinan la buena salud de los pobres. Este reto más general es el tema principal de todo el informe.**

21. En este contexto, el Relator Especial resalta que el derecho internacional en materia de derechos humanos proscribe la discriminación, por motivos como la raza, el sexo, las discapacidades o el estado de salud (el VIH/SIDA inclusive), en el acceso a los servicios sanitarios y los factores que influyen en la salud, así como a los medios y derechos para que se dispensen, lo que debería invalidar o impedir el disfrute o ejercicio en igualdad de condiciones del derecho a la salud o da lugar a ello. Con arreglo al derecho internacional en materia de derechos humanos, los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas especiales para suprimir los obstáculos que impiden que los grupos vulnerables disfruten de él y para promoverlo.

¹³ ENDES, 2000. Other estimates put the mortality rate as high as 410/100,000 live births, see WHO, UNFPA, UNICEF, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*.

¹⁴ ENDES, 2001.

¹⁵ MINSA, *Lineamientos*, p. 10.

III. MARCOS NORMATIVO E INSTITUCIONAL

22. La realización del derecho a la salud es un gran reto en el Perú por diversos factores políticos, económicos, sociales y culturales estructurales. Algunas de las políticas aplicadas y las dificultades encontradas por los gobiernos anteriores mermaron este derecho y, a veces, todavía se sienten sus efectos. El conflicto intestino contribuyó a la cultura de violencia y a los problemas de orden psicosocial. La hiperinflación en los años ochenta y las políticas de desarrollo económico de los años noventa plantearon nuevos problemas con respecto a este derecho, como el cercenamiento de las partidas presupuestarias en concepto de salud. Ha habido otros problemas en el contexto de un Estado sumamente centralizado y las denuncias de corrupción general. Desde 2001, la Administración ha adoptado importantes medidas para ventilar estos problemas, como instituir la Comisión de la Verdad y la Reconciliación en junio de 2001 y más tarde una comisión para que pusiera en efecto sus recomendaciones, aplicara políticas de descentralización e iniciara las averiguaciones en relación con la corrupción¹⁶.

23. El Gobierno también ha desarrollado una serie de nuevas políticas y programas de gran importancia para el derecho a la salud. En este particular, el Relator Especial se limita a las políticas que le parecen especialmente pertinentes en el contexto más general de la pobreza y la discriminación.

24. En 2001, se establecieron las mesas nacionales, regionales y locales de concertación para la lucha contra la pobreza para crear un espacio de deliberación transversal sobre la problemática y la política de desarrollo. Tras consultas entre los representantes del sector público, los partidos políticos, las iglesias, la empresa y las organizaciones de la sociedad civil, en julio de 2002 fue aprobado el Acuerdo Nacional en que se disponen 29 políticas estatales marco con respecto al desarrollo y bienestar humanos, algunas de las cuales se refieren en particular al derecho a la salud. Una consiste en que la Administración priorice la lucha contra la pobreza y las desigualdades sociales¹⁷. Otra consagra el compromiso con el acceso universal a servicios sanitarios de buena calidad, gratuitos, constantes y apropiados, y dice que han de tener prioridad las zonas pobres y la población más vulnerable¹⁸. En el Acuerdo Nacional también se precisan diversos compromisos más específicos del Estado para asegurar la atención de la salud y el disfrute de los factores que influyen en ella. Otro aspecto de la política sectorial del Ministerio de Salud para 2002 a 2012 es el compromiso de ventilar las desigualdades¹⁹.

25. Además del marco general dispuesto en el acuerdo y la política sectorial, el Gobierno del Perú ha adoptado en los últimos años una serie de políticas e iniciativas en materia de pobreza y discriminación que tienen que ver con la salud e inciden en el derecho a ella. De especial importancia es el Seguro Integral de Salud (SIS), subsidio para los pobres y grupos específicos como los lactantes, los niños, las mujeres embarazadas y los adultos en situación de emergencia,

¹⁶ See, e.g., APRODEH, *Informe*.

¹⁷ Policy 10.

¹⁸ Policy 13.

¹⁹ MINSA, *Lineamientos*, p. 29.

que data de 2001, a fin de que sufraguen el costo de la atención en casos particulares. El SIS es una estrategia fundamental para dar más acceso a la atención eliminando las barreras económicas²⁰. Así, es digna de elogio por lo que pertenece al derecho a la salud -se compagina con este derecho por cuanto los bienes, servicios y locales sanitarios son asequibles.

No obstante, el SIS tiene sus deficiencias, como una cobertura y financiación inadecuadas. Una gran parte de las personas que viven en la pobreza o la pobreza extrema, como las mujeres o los menores de 18 años, no estarían afiliadas al SIS. Asimismo, desafortunadamente, el SIS no cubre algunos aspectos importantes como la salud mental. Por añadidura, está dirigido a los pobres, pero en primer lugar los que están próximos a los centros de salud mientras que en muchas zonas rurales la distancia geográfica sigue impidiendo el acceso²¹. **La proximidad de los centros, bienes y servicios sanitarios también es una dimensión esencial del derecho a la salud que la Administración ha de atacar con carácter prioritario y con imaginación.**

26. Habría que alabar al gobierno, en particular los Ministerios de Salud y la Mujer y el Desarrollo Social, por su iniciativa de desarrollar nuevas políticas y alentarlos a que siga interviniendo cuando sea preciso, por ejemplo garantizando la cabal aplicación de políticas acertadas, para que se ejerza plenamente este derecho. **El Relator Especial felicita a los Ministerios de Salud y la Mujer y el Desarrollo Social por la mayor atención que prestan a los derechos humanos en sus políticas y programas²². Insta a estos y otros ministerios a que se cercioren de que se incorporen los derechos humanos en todas las políticas, programas u otras iniciativas que influyen en el derecho a la salud.**

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

27. Las personas que viven en la pobreza y otros grupos marginados tienen las mayores dificultades para disfrutar de su derecho a la salud. Con una serie de políticas, como las descritas, se pretende atacar los problemas de salud de los pobres y otros grupos vulnerables. Ahora bien, el Perú no tiene una política sanitaria de amplio alcance que favorezca a los pobres o sea equitativa.

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

²⁰ Ibid., p. 33.

²¹ Ibid., p. 15.

²² *Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006*, p. 40

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

30. Al menos cuatro de los ocho objetivos de desarrollo del Milenio se refieren a la salud. Cuando se realizó la misión, apenas se estaba preparando el informe sobre los objetivos de desarrollo del Milenio en el Perú. El Relator Especial sugiere que va a ser una parte importante del contexto en que el Gobierno debería intentar formular su política equitativa en favor de los pobres. El proceso también se basará en otros textos sobre la política, en particular el Acuerdo Nacional y los Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 del Ministerio de Salud, que van a enriquecerlo.

31. Si bien dicha política debería ser para todo el país, con una visión, una dirección y un marco nacionales claros, también ha de permitir que las regiones y municipalidades determinen sus propias prioridades y enfoques en materia de salud dentro del marco consensuado nacional.

32. El Gobierno del Perú va a tener que decidir cuál es la mejor manera de elaborar la política en favor de los pobres. A este respecto, sin embargo, el Relator Especial formula las siguientes sugerencias: un proceso interdepartamental, presidido por el Ministerio de Salud; de alcance nacional, con la importante participación de las regiones y las municipalidades; transparente e incluyente, en que intervenga bastante la sociedad civil; dotado de suficiente apoyo financiero, conceptual y administrativo, y dotado de la asistencia técnica de las principales entidades internacionales, en particular, la OPS. Sea cual sea la forma que elija, se debía dar suficiente tiempo a todos los interesados para que participen de forma activa y con conocimiento de causa, probablemente 12 a 24 meses a partir del inicio del proyecto hasta que se termine de elaborar la política y la estrategia. Por supuesto, tomará mucho más tiempo aplicarlas.

33. Las entidades asociadas en el desarrollo del Perú deberán estar plenamente incorporadas, de la forma más indicada, en todo el proceso de elaboración. Esto es importante por varias razones, por ejemplo porque se les debería pedir que contribuyan bastantes fondos para este importante proyecto normativo. Para que el proceso sea participativo, incluyente y estar bien documentado, ha de estar dotado de importantes recursos. **El Relator Especial recomienda que las entidades asociadas en el desarrollo del Perú presten el apoyo financiero necesario para que el Gobierno organice un buen proceso y elabore una política convincente.**

34. **Además, al final del proyecto, cuando se hayan confeccionado la política y estrategia sanitarias equitativas en favor de los pobres, se deberá invitar a los asociados en el desarrollo a que proporcionen recursos importantes para aplicarlas a través de un fondo común para el sector sanitario.** Se han utilizado fondos sectoriales comunes para aplicar políticas y estrategias nacionales en otros Estados. Son muy provechosas para todos. Por ejemplo, dan una perspectiva común y evitan el despilfarro en gastos administrativos debido a la financiación bilateral de múltiples proyectos distintos.

35. Si bien resulta imposible examinar aquí detalladamente cuál podría ser el fondo de la política, algunas de las recomendaciones que figuran a continuación se refieren a cuestiones esenciales para una política sanitaria equitativa en favor de los pobres. Por ejemplo, una política sanitaria centrada en la equidad, los derechos humanos y la mitigación de la pobreza tendrá que

abarcar la salud medioambiental, la salud sexual y reproductiva, y la etnicidad y la cultura. Así pues, podría aglutinar toda una serie de iniciativas afines, como algunas de las que se señalan a continuación.

B. Disponibilidad de recursos

36. Además de elaborar políticas sólidas, es fundamental arbitrar recursos para el sector sanitario y otros conexos para que se cumplan efectivamente muchos aspectos del derecho a la salud. A juicio del Relator Especial, el Gobierno no destina suficientes recursos a la salud. El gasto público en salud, que ha supuesto alrededor del 1% del producto interno bruto (PIB), y el gasto total en concepto de salud como porcentaje del PIB, en torno al 4,5%, son muy exiguos para la región²³. En el Acuerdo Nacional se adquiere el compromiso de aumentar paulatinamente el porcentaje del presupuesto destinado a la salud, pero en la práctica el apoyo oficial a este sector ha disminuido recientemente de 95 nuevos soles per cápita en 2001 a 78 en 2003²⁴. Además, las partidas presupuestarias para la atención sanitaria en las regiones más ricas y más pobres no habrían sido iguales²⁵.

37. En virtud de la normativa internacional de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de lograr progresivamente la efectividad del derecho a la salud hasta el máximo de los recursos de que disponga, comprendidos los que proporcione la comunidad internacional. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha destacado en su Observación general N° 14 que:

"Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el cabal cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, tendrá que justificar que, no obstante, se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas más arriba (párr. 47)."

38. La disminución de las consignaciones presupuestarias para el sector sanitario, en particular ante la persistencia de los bajos indicadores de salud del Perú, contradice las obligaciones internacionales del Estado con respecto al derecho a la salud. **El Relator Especial recomienda encarecidamente que se invierta este descenso en los gastos y que se destinen más recursos**

²³ Statistics from the Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), Marco Macroeconómico Multianual (MMM), 2003/04, Sistema Integrado de Administración Financiera del Sector Público (SIAF-SP). For example, in Chile, public expenditure on health is around 2.4 per cent of GDP, while in Costa Rica it is 5.6 per cent. Reported in APRODEH, *Informe*, p. 76.

²⁴ Ibid.

²⁵ APRODEH, *Informe*, p. 76.

financieros al sector de la salud de conformidad con el compromiso asumido en el Acuerdo Nacional, así como con las obligaciones internacionales del Perú en materia de derechos humanos, y que se utilicen estos recursos conforme a la política sanitaria equitativa en favor de los pobres mencionada.

C. La comunidad internacional

39. Algunos de los obstáculos para que se disfrute del derecho a la salud en el Perú se deben a los obstáculos estructurales en el ámbito internacional como la pesada carga del servicio de la deuda que absorbe aproximadamente el 24% del presupuesto nacional. **En estas circunstancias, el Relator Especial recomienda que se anule una gran parte de la deuda bilateral o multilateral del país a condición de que los fondos liberados se destinen a la aplicación de la citada política sanitaria.**

40. El papel de los donantes en el Perú ha sido importante, en particular, por los fondos que han proporcionado al Gobierno y las organizaciones de la sociedad civil. En los últimos años, de conformidad con las responsabilidades de derechos humanos del Reino Unido en materia de asistencia y cooperación internacionales, el DFID ha ejecutado un programa pionero en el Perú denominado "Mejorando la Salud de los Pobres: un enfoque de derechos humanos". En colaboración con el Ministerio de Salud, la Defensoría del Pueblo y la sociedad civil, este programa -y una serie de iniciativas más modestas- ha procurado reforzar las investigaciones y el diálogo sobre la pobreza, la salud y los derechos humanos. Durante su visita, el Relator Especial sólo escuchó comentarios favorables acerca de la labor del DFID en materia de salud y derechos humanos. Por tanto, resulta especialmente lamentable que el Reino Unido anunciara en 2003 el final de este programa bilateral en el Perú. El Reino Unido ha confirmado que se debe a que ha destinado esos recursos a la reconstrucción del Iraq. El Relator Especial tiene entendido que el DFID seguirá ayudando al Perú con otros programas regionales y multilaterales. No obstante, al redactar el presente informe se está poniendo fin a su loable programa bilateral de salud y derechos humanos. **El Relator Especial lamenta profundamente que la política británica con respecto al Iraq esté poniendo gravemente en peligro una iniciativa tan valiosa en materia de salud y derechos humanos en América Latina. Solicita al Reino Unido que busque más recursos urgentemente para que pueda continuar sus actividades en materia de salud y derechos humanos en el Perú.**

41. Para no repetirse, el Relator Especial remite a otras recomendaciones relativas a la comunidad internacional que se hacen en los párrafos 33, 34, 39, 40, 42, 51, 71 y 78.

D. La Defensoría del Pueblo

42. La Defensoría, que tiene una oficina nacional en Lima y 35 oficinas regionales y que ha trabajado anteriormente en el ámbito de los derechos relacionados con la salud, como los derechos a la salud sexual y reproductiva, tiene previsto prestar una mayor atención al derecho a la salud y a la educación en los años venideros. Lamentablemente, los fondos prometidos por el DFID para un programa quinquenal de salud y derechos humanos se han reducido para financiar únicamente un programa mucho más breve (véase el párrafo 40). **El Relator Especial recomienda que los donantes se aseguren de que este programa reciba los fondos necesarios para que termine los cinco años.**

E. La participación de la sociedad civil

43. El Relator Especial quedó impresionado por el programa de Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) que ha llevado a cabo el Ministerio de Salud²⁶. Los CLAS son asociaciones sanitarias locales, privadas y sin ánimo de lucro, de seis miembros elegidos por la comunidad y el director del centro de salud, que colaboran en la gestión de los centros de salud y puestos sanitarios oficiales. Las oficinas regionales de salud proporcionan la infraestructura, el personal, los bienes y los fondos para prestar servicios. Si bien las experiencias varían, los CLAS habrían propiciado una mayor potenciación y participación de la comunidad en la prestación de los servicios sanitarios y en el fomento de la salud. Con frecuencia, han dispensado atención a la comunidad local y parece que quien vive en localidades que tienen un CLAS acude a él con más frecuencia que en aquellos que no lo tienen. **En términos generales, el Relator Especial considera que los CLAS han contribuido a la participación de la comunidad en lo pertinente a salud, elemento integrante de este derecho. Anima al Gobierno a que adopte medidas para mejorar y perfeccionar los CLAS y a extender el sistema a todo el país.**

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

44. El papel de los profesionales de la salud en la prestación de atención, es esencial para que se ejerza el derecho a la salud. Están encargados de que se respete, proteja y promueva el derecho a la salud. La formación de los profesionales de la salud en materia de derechos humanos y la sensibilización de los usuarios de los derechos son formas importantes de que los profesionales y los sistemas sanitarios los pongan en efecto. Durante la misión del Relator Especial, se plantearon diversas cuestiones relativas a los derechos y responsabilidades de los profesionales de la salud y a los derechos del paciente, como las limitadas atribuciones y malas condiciones de los profesionales de la salud; médicos, enfermeras y dentistas; la responsabilidad dentro del sistema sanitario, y la incidencia de actitudes estigmatizadoras y prácticas discriminatorias contra quien vive con el VIH/SIDA en el sistema sanitario. **El Relator Especial recomienda que se enseñen los derechos humanos a los profesionales de la salud, por ejemplo, en las facultades de medicina, y que el Gobierno se interese en mejorar las atribuciones y condiciones de todos los profesionales de la salud.**

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

²⁶ L. Altobelli, "Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS", J. Arroyo (ed.), *La Salud Peruana en el Siglo XXI*. Consorsio de Investigación Económica y Social (CIES) DFID/Proyecto Policy, 2002.

IV. MOTIVOS DE ESPECIAL PREOCUPACIÓN

46. En el curso de su misión, el Relator Especial se reunió con organizaciones y particulares que se ocupan de diversas cuestiones vinculadas al derecho a la salud. Así se enteró de la gran cantidad de problemas de salud que aquejan a los distintos grupos de la población del Perú. Dada la tan limitada extensión del informe, es imposible dedicar la atención necesaria a todos estos importantes problemas, así que en los párrafos siguientes se tratan algunos de los problemas más acuciantes relacionados con el derecho a la salud en el Perú.

A. Acuerdo comercial entre los Estados Unidos y el Perú

47. Cuando el Relator Especial realizó su misión, el Gobierno del Perú estaba negociando un acuerdo comercial bilateral con los Estados Unidos. Con todo y que el acuerdo se puede referir a muchas cosas, en el presente informe el Relator Especial focaliza la posible repercusión del acuerdo en el acceso a medicamentos esenciales en el país.

48. Le preocupa que el acuerdo cause restricciones "OMC-plus" como nuevas normas sobre las patentes y la inscripción que impidan el acceso de las personas que viven en la pobreza a los medicamentos esenciales²⁷. Antes, la legislación del Perú no permitía las patentes farmacéuticas. Al Relator Especial le preocupa que el acuerdo permita que se conceda una especie de monopolio de patentes por cinco años para los medicamentos que no están patentados por el fabricante original. Asimismo, le preocupa que el acuerdo permita a las empresas solicitar una nueva patente de 20 años para cada "nueva utilización" de los productos, y que se proponga crear un organismo normativo nacional para que se cerciore de que se respeten las patentes, retrasando o bloqueando el uso de medicamentos genéricos. Si se adoptaran y aplicaran estas disposiciones, obstaculizarían enormemente a ciertas personas y grupos el acceso a medicamentos esenciales asequibles, como los antirretrovirales para quien vive con el VIH/SIDA. Menoscabarían el consenso de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en cuanto a la necesidad de equilibrio entre la protección de la propiedad intelectual y de la sanidad.

49. El Relator Especial subraya que, en materia de derechos humanos, le toca a los países utilizar las salvaguardias disponibles en virtud del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Declaración de Doha relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública (como las licencias obligatorias) para proteger la salud pública y fomentar el acceso a los medicamentos. Recuerda que el Acuerdo sobre los ADPIC y la Declaración de Doha permiten que los países protejan la sanidad. Por tanto, la conclusión de acuerdos comerciales bilaterales no debe acarrear la restricción de la capacidad del Perú de utilizar las salvaguardias sanitarias consagradas en el Acuerdo sobre los ADPIC o la Declaración de Doha (véase E/CN.4/2004/49/Add.1).

50. El Relator Especial insta al Perú a tener en cuenta sus obligaciones de derechos humanos al negociar acuerdos comerciales bilaterales. Sugiere que, antes de concluir un

²⁷ In brief, "WTO-plus" refers to stricter intellectual property standards than are required by the TRIPS Agreement. See the Special Rapporteur's report on his mission to the World Trade Organization (E/CN.4/2004/49/Add.1, para. 67).

acuerdo comercial, se determinen sus posibles repercusiones para el disfrute del derecho a la salud, por ejemplo, el acceso a los fármacos esenciales y a atención, en especial de los pobres. Todas las fases de negociación deben realizarse de forma abierta y transparente y someterse a la opinión pública.

51. De conformidad con su obligación en materia de derechos humanos de prestar cooperación internacional, los Estados Unidos no deberían presionar al Perú a asumir compromisos que no concuerdan con las obligaciones de derechos humanos tanto constitucionales como internacionales del país o que, por su propia naturaleza, son "OMC-plus"²⁸.

B. Medio ambiente y salud

52. Los problemas de salud relacionados con el medio ambiente surgen por la falta de acceso al agua apta para el consumo, los servicios de saneamiento inadecuados y la contaminación ocasionada por las industrias de extracción, y repercuten en la salud y el sustento de las comunidades de todo el Perú. Estos problemas afectan de forma desproporcionada a los grupos vulnerables, como las personas que viven en la pobreza, los indígenas y los niños. El Relator Especial visitó diversas zonas afectadas por este tipo de problemas, entre ellas, la municipalidad de Belén (Iquitos, Departamento de Loreto), el Callao y San Mateo de Huanchor (Departamento de Lima) donde se reunió con las autoridades locales, las ONG y las comunidades afectadas. El Relator Especial formuló las siguientes observaciones:

- a) **Belén.** La población de Belén ha aumentado drásticamente en las dos últimas décadas debido al éxodo rural hacia las zonas urbanas. Son una de las más pobres de Iquitos y viven hacinados más arriba de los terrenos que inundan las crecidas del río Nanay. Más de la mitad no tienen acceso a agua salubre ni un saneamiento adecuado y las actividades de las empresas que dragan en busca de oro río arriba han contaminado el río de mercurio. Hay una gran incidencia de enfermedades causadas por el agua o diarreas agudas particularmente entre los lactantes y los niños. La tasa de mortalidad infantil en Belén es elevada (4,9%). Al Relator Especial le impresionó la voluntad de las autoridades municipales y regionales y de la sociedad civil local de solucionar estos y otros problemas debidos a la pobreza. Las autoridades locales han planificado la construcción de servicios de saneamiento en la zona, pero por el momento no se han concedido las partidas presupuestarias correspondientes.
- b) **Callao.** El Callao ha cumplido un papel histórico en el desarrollo económico del Perú; la mayoría de las exportaciones, incluidos los minerales, salen de este puerto. En el Callao, la entrada y salida y el almacenamiento de mineral de plomo en grandes depósitos han provocado el saturnismo. Un estudio reciente descubrió que más del 50% de los niños presentaban una concentración sanguínea de plomo más de dos veces superior al límite tolerable definido por la OMS²⁹. Recientemente, estas

²⁸ Also see Press Release, United States-Peru Trade Negotiations, Special Rapporteur on right to health reminds parties of human rights obligations, 5 July 2004.

²⁹ MINSA, Dirección de Salud, Callao, Plan Integral de Prevención y Control de Intoxicación por Plomo en el Callao, 2002.

actividades han sido realizadas por empresas del sector privado a raíz de la privatización de las empresas mineras durante los años noventa. Un representante de dos empresas informó al Relator Especial de que se ha mejorado el almacenamiento y transporte del plomo, aunque observó que el mineral sigue desapareciendo en el trayecto, lo que contribuye a la contaminación. Otros le indicaron que los depósitos, en particular la entrada y salida de material, seguían contaminando el lugar. En todo caso, los estudios indican que la presencia de plomo en la sangre de los niños sigue siendo algo sumamente peligroso³⁰.

- c) ***San Mateo de Huanchor***. Se informó al Relator Especial de las repercusiones de los desechos mineros tóxicos, de arsénico, plomo, mercurio y cadmio, en la salud de la comunidad de San Mateo, comprendidos los indígenas y los niños. Si bien, se ha paralizado la explotación minera, no se han eliminado los desechos contaminantes del vertedero a pesar de la orden oficial de hacerlo a la empresa correspondiente (*Wiese Sudameris*). Dado que no se ofrecieron soluciones en el plano nacional, este asunto fue incorporado en una denuncia más amplia presentada por CONACAMI a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que ha solicitado que se dicten medidas cautelares y decidió en noviembre de 2004 que el caso es admisible e invitó a las partes a llegar a un arreglo amistoso³¹.

53. Su examen de los problemas del Callao y San Mateo le brindó la oportunidad de descubrir que el sector minero privado y algunos departamentos gubernamentales al parecer desconocen los derechos humanos incluido el derecho a la salud. Se le facilitó información que indicaba que no son casos aislados sino que se trata de un problema más amplio. El Relator Especial señala que la denuncia original de CONACAMI a la Comisión Interamericana no sólo se refiere a los asuntos del Callao y San Mateo, sino a 13 más relativos, entre otras cosas, a la intoxicación de niños, la contaminación del medioambiente y la expulsión ilegal de sus tierras de las comunidades próximas a los proyectos mineros extranjeros y nacionales. Entre tanto, aunque la falta de acceso a agua limpia y servicios de saneamiento repercute de forma particularmente grave en la salud de los habitantes de Belén debido a la pobreza, el hacinamiento y las riadas, hay muchas comunidades nacionales que tienen los mismos problemas.

54. El derecho a la salud y el derecho al agua o a una vivienda adecuada dan lugar a que los Estados tengan que garantizar un abastecimiento adecuado de agua salubre y potable y un saneamiento adecuado. El derecho a la salud también genera la obligación de prevenir y reducir la exposición de la población a sustancias nocivas para la salud. La contaminación medioambiental, así como el agua y el saneamiento insalubres, puede repercutir de manera especialmente grave en la niñez e impedir que disfrute del derecho a la salud. En particular, el Relator Especial señala que el Gobierno del Perú tiene la obligación no sólo de respetar este derecho, sino de protegerlo de los perjuicios de terceros. Como Estado Parte en la Convención sobre los Derechos del Niño, el Perú tiene la obligación de "combatir las enfermedades [...]"

³⁰ MINSAs, Dirección de Salud, Callao, *Poisoning by Lead in Callao*, June 2004 (information handed to the Special Rapporteur on 12 June 2004).

³¹ Information provided to the Special Rapporteur by the Center for International Environmental Law, November 2004.

mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de [...] agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente" (art. 24 2 c)). Como Estado Parte en el Convenio N° 169 de la OIT, también tiene el deber particular de proteger el derecho a la salud y otros derechos humanos conexos de los indígenas.

55. Para fomentar la salud, la comunidad debe participar efectivamente en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y la planificación, implementación y evaluación de las estrategias. Todas las personas y los grupos tienen el derecho de participar en los procesos de decisión que puedan afectar su salud o desarrollo. **El Relator Especial recomienda que la Administración preste una atención urgente al cumplimiento de este derecho a participar en todas las fases del desarrollo o de los proyectos mineros, a saber, la planificación, el desarrollo, la implementación y la supervisión.**

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

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

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

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

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

C. Salud mental

61. En el curso de su misión, el Relator Especial tuvo la oportunidad de darse cuenta de dos aspectos importantes de la salud mental en el Perú: el derecho a atención de las personas con discapacidades mentales, como los que tienen trastornos psiquiátricos o cognoscitivos y problemas psicosociales, y los problemas de salud mental debidos a dos décadas de conflicto armado interno.

El derecho a atención sanitaria de las personas con discapacidades mentales

62. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Constitución del Perú, la Ley general de salud y la Ley general de la persona con discapacidad³², entre otros, protegen el derecho a la salud, que incluye el derecho a atención de las personas con discapacidades mentales. Por muchos años, no se le dio importancia en el programa nacional de salud. Cabe decir que el Gobierno del Perú recientemente ha iniciado un importante proceso de reforma de la salud mental, digno de encomio. En particular, el Ministerio de Salud ha aprobado los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental" y otras política, y anunciado su intención de elaborar un plan nacional de salud mental³³.

63. No obstante, todavía hay importantes disparidades entre los nuevos objetivos oficiales y las obligaciones nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, por un lado, y la realidad de los servicios sanitarios que se prestan a los impedidos mentales, por otro. Por supuesto, la extensión de este informe no permite que se aborden todos los importantes problemas de derechos humanos relativos a la atención de la salud de los impedidos mentales en el Perú.

64. El derecho a la salud implica un derecho a la atención geográficamente próxima para mejorar el estado de los interesados científica y médicamente adecuada. Ahora bien, la prestación de servicios de salud mental está muy centralizada, de modo que es inaccesible para una gran parte de la población. Cuando existe, la atención de la salud mental se dispensa mayoritariamente en grandes instituciones psiquiátricas. La falta de servicios de rehabilitación y servicios de salud mental y apoyo en las comunidades es prácticamente universal. El modelo de atención centralizada e institucionalizada deniega a los impedidos mentales los derechos a ser tratados y atendidos en comunidad en la que viven³⁴, así como de vivir y trabajar en ella, en la medida de lo posible³⁵.

65. Al Relator Especial también le preocupa la vulnerabilidad de los usuarios de los servicios psiquiátricos, en particular, los que están internados en grandes hospitales psiquiátricos, ante la violación de diversos derechos humanos al ser atendidos. Visitó el Hospital Víctor Larco Herrera y presencié algunos de estos problemas. Asimismo, se le facilitó información sobre prácticas y condiciones en otras instituciones que, al parecer, están reñidas con el derecho a la salud y otros derechos humanos³⁶.

³² Law 27050.

³³ MINSA, *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*, 2004.

³⁴ Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, (General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991, annex), principle 7.

³⁵ Ibid., principle 3.

³⁶ Mental Disability Rights International (MDRI)/APRODEH, *Human Rights and Mental Health in Peru*, 2004.

66. Durante su visita al hospital, tuvo acceso a todos los lugares que quiso inspeccionar. Asimismo, se reunió con diez representantes del personal y de las familias de los pacientes que habían organizado una gran manifestación durante su visita. Durante su inspección, el Relator Especial notó que el estado de deterioro de algunas parecían ser alarmante. Algunas estaban desaseadas. Se le dijo que el personal y los pacientes estaban desmoralizados. También se le informó de que había momentos en que no se supervisaba la sala de urgencias como es debido, lo que, según se dijo, había sido un factor que contribuyó recientemente a que un paciente matara a otro; del internamiento inapropiado de personas con discapacidades cognitivas, y de la falta de servicios de rehabilitación.

67. La semana después de su visita al hospital, el director fue suspendido mientras se investigaban ciertas acusaciones de gravedad. Recientemente, se ha informado al Relator Especial de que se ha nombrado un nuevo director. También ha sabido que la Defensoría del Pueblo ha sido invitada a colaborar con el hospital para que se respeten más los derechos humanos y que se proyecta construir una nueva sala de urgencias en que se proteja mejor a los pacientes. El Relator Especial celebra todas las iniciativas para mejorar las condiciones de los pacientes y sus familias, así como las del personal. Seguirá muy atento a la situación en el hospital.

El conflicto y sus repercusiones en la salud mental

68. Dos décadas de conflicto armado interno (1980 a 2000) ocasionaron una serie de violaciones de los derechos humanos y otros abusos como ejecuciones extrajudiciales, desapariciones forzadas y actos de tortura y violencia, en particular violencia sexual y la violación de mujeres y niñas. El conflicto ha causado un alto índice de traumas y problemas psicosociales conexos persistentes a muchos peruanos.

69. En 2001, el Gobierno del Perú creó la Comisión de la Verdad y la Reconciliación para que investigue la violación de los derechos humanos y los abusos cometidos por el Estado y los grupos armados de oposición. En su plan integral de reparación, la Comisión recomendó que la Administración estableciera programas para el tratamiento gratuito de los problemas mentales y físicos, incluida la atención mental especializada de las mujeres³⁷. Se siguen elaborando y aplicando nuevos planes para mejorar la atención pública de la salud mental.

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

El Relator Especial apoya firmemente la idea de establecer un centro de salud mental permanente en Ayacucho. Desde el final de su misión, se ha enterado de que el Ministerio de

³⁷ For an NGO account, see Amnesty International, *Peru: The Truth and Reconciliation Commission - A First Step Towards a Country Without Injustice*, AI Index: AMR 46/063/2004, 26 August 2004.

Salud ha anunciado que va a constituir un equipo permanente de psiquiatras y psicólogos allí, lo que él valora positivamente y que seguirá con interés³⁸.

71. El Relator Especial recomienda que:

- a) **La sociedad civil, en particular los impedidos mentales y sus familias, participen en todas las fases de la elaboración y aplicación de las estrategias, programas, leyes y políticas de salud mental.**
- b) **El Gobierno adopte las medidas correspondientes para aplicar las nuevas políticas de salud mental del Ministerio de Salud, velando por que se disponga de suficientes recursos.**
- c) **El Gobierno procure dispensar una atención adecuada de la salud mental, como la prestada por los servicios sanitarios generales o en la propia comunidad, servicios de rehabilitación y apoyo a la familia, y que sea accesible a las personas con discapacidades mentales y problemas psicosociales en todo el país, incluidas las zonas rurales.**
- d) **Se pongan a disposición de los reclusos servicios adecuados de salud mental.**
- e) **Se respeten a cabalidad los derechos humanos de los impedidos mentales en los servicios y centros sanitarios. Se debería capacitar en materia de derechos humanos a todos los profesionales que trabajan de forma habitual con el sistema de salud mental. También hay que poner en marcha mecanismos independientes de supervisión y responsabilidad en los servicios de salud mental, como mecanismos de denuncia accesibles, transparentes y efectivos para los pacientes. Una junta de examen debería inspeccionar regularmente los servicios de salud mental, como la entrevista de los pacientes. Otro mecanismo de supervisión debería ser la revisión independiente, periódica y sistemática de la admisión o el tratamiento no deseados que se deberían someter también a estrictas salvaguardias procedimentales.**
- f) **Los donantes financien la aplicación del plan integral de reparación de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, en el área de la salud mental inclusive y presten asistencia técnica para ello.**

D. Salud sexual y genésica

72. El Relator Especial ha resaltado algunos de sus motivos de preocupación en relación con la salud sexual y genésica en el Perú en otras partes del informe. Le preocupan enormemente las tasas extremadamente elevadas de mortalidad materna, cuya segunda causa principal son los abortos practicados en condiciones de riesgo. **Subraya la importancia de garantizar el acceso, en particular de los pobres, a toda una serie de servicios de salud sexual y reproductiva,**

³⁸ MINSA, press release, *Ayacucho contará con equipo de psiquiatras y psicólogos en forma permanente*, 12 October 2004.

como la planificación de la familia, la atención prenatal y puerperal, servicios obstétricos de urgencia y el acceso a información. En particular, mujeres deberían tener acceso a buenos servicios en caso de las complicaciones debidas al embarazo, al parto o al aborto. Se deberían suprimir las sanciones para quien aborte y quienes practiquen los abortos.

73. El Relator Especial valora positivamente el empeño oficial en adoptar todas las medidas adecuadas para promover la salud sexual y reproductiva. Especialmente, aprueba que la Administración haya reiterado recientemente su compromiso con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo³⁹. Celebra que la Ministra de Salud considere que las políticas oficiales, como las de salud sexual y genésica, deberían basarse en los conocimientos científicos reconocidos y cumplir las obligaciones dispuestas en la Constitución del Perú y la normativa regional e internacional de derechos humanos. Durante su misión, numerosas fuentes le comunicaron que la Ministra de Salud está bajo mucha presión de una poderosa minoría que difunde opiniones carentes de validez científica que no concuerdan con los compromisos constitucionales e internacionales de derechos humanos del Perú y que no responden al sentir de la mayoría de la población. Especialmente ante esa presión, el Relator Especial alaba a la Ministra por su insistencia en que la política estatal, incluida la de salud sexual y reproductiva, esté basada en conocimientos científicos probados y respete las obligaciones jurídicas vinculantes del Estado.

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

75. Del mismo modo, recomienda que se desarrolle una amplia política transversal de salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con la participación de éstos. La política debería basarse en la normativa internacional de derechos humanos y reconocer en particular su derecho a tener acceso a información, formación y servicios de salud sexual y reproductiva fáciles de utilizar, como la planificación familiar y los anticonceptivos, los riesgos del embarazo precoz y la prevención de las infecciones que se transmiten sexualmente como el VIH/SIDA. Se debería proteger su derecho a la vida privada, a la confidencialidad y a dar su consentimiento con conocimiento de causa.

76. Para ejercer el derecho a la salud sexual y genésica, tiene que haber acceso a información y servicios de salud reproductiva de buena calidad y carácter general, como el acceso a una multitud de métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. A este respecto, el Relator Especial valora positivamente las iniciativas recientes del Ministerio de Salud como el plan nacional de anticoncepción urgente y subraya la importancia de que se ejecute todo el plan.

³⁹ World Leaders Statement, see footnote 2 above.

77. Un aspecto de los derechos a la salud sexual y reproductiva es la obligación de garantizar el acceso a la detección, el asesoramiento y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, así como el cáncer de mama o del aparato reproductivo. **El Relator Especial se complace de que se desarrolle una política nacional de amplio alcance sobre el VIH/SIDA e insta a que las estrategias para aplicarla ataquen de forma explícita la desigualdad de género, el estigma y la discriminación; ofrezcan a los jóvenes información, formación y servicios generales de salud sexual y genésica, y garanticen el acceso a pruebas, asesoramiento y tratamiento voluntarios de las infecciones que se transmiten sexualmente como el VIH/SIDA.**

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

E. Etnicidad y cultura

79. Le preocupa enormemente la desigualdad en el acceso a los servicios y bienes sanitarios para grupos marginados, como los indígenas y las minorías étnicas, en el Perú. Esa desigualdad se debe a las barreras geográficas, culturales, económicas y lingüísticas. Los indígenas y las minorías étnicas también son especialmente vulnerables a otros problemas de salud particulares: en algunos lugares, la extracción de minerales ha provocado la degradación medioambiental y la contaminación de sus recursos hídricos y alimentarios; se vieron afectados de manera desproporcionada por el conflicto interno del Perú, y se cree que miles de mujeres indígenas, fundamentalmente las que viven en la pobreza y en las zonas rurales, han sido esterilizadas sin su consentimiento en el marco del programa de planificación familiar llevado a cabo en los años noventa⁴⁰. A pesar de la gravedad de estos problemas, algunos de los cuales se debatieron durante la gira del Relator Especial por Ayacucho e Iquitos, los obstáculos para el disfrute del derecho a la salud de los indígenas no se documentaron de forma exhaustiva en la enorme cantidad de material que se le entregó y muy pocas veces fueron planteados por sus interlocutores en Lima.

80. Tras examinar el informe del Perú en 1999, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial indicó que causaba preocupación la estrecha relación entre el subdesarrollo socioeconómico del Perú y la discriminación étnica o racial de una parte de la población, principalmente las comunidades indígenas y campesinas (CERD/C/304/Add.69, párr. 12). El Relator Especial está de acuerdo con el análisis del Comité. Con arreglo a la normativa internacional de derechos humanos, los indígenas desprotegidos tienen derecho a medidas específicas que mejoren su acceso a los servicios y a la atención sanitarios, así como a otras cosas que influyen en la salud. Esos servicios deberían ser adecuados desde el punto de vista cultural y tener en cuenta la profilaxis, las curas y los remedios tradicionales.

⁴⁰ See A. Yamin and J. Miranda, "Reproductive health without rights in Peru", *Lancet*, vol. 363 (2004).

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

- **Se investiguen los obstáculos económicos, culturales, políticos y lingüísticos para que los indígenas y los grupos étnicos del Perú disfruten del derecho a la salud. Los representantes, varones o mujeres, de las comunidades indígenas y las minorías étnicas del Perú deberían participar activamente en las investigaciones, que podrían ser la base de las políticas y programas al respecto.**
- **Siempre que se pueda, se desglosen por grupo étnico y condición socioeconómica todos los datos sobre la salud.**
- **En todas las políticas, programas y proyectos sanitarios se tengan en cuenta específicamente las necesidades, cultura y tradiciones de los distintos grupos étnicos y de las mujeres indígenas, así como la discriminación de que son objeto.**
- **Todos los grupos étnicos afectados participen activamente, con la información necesaria, en la elaboración e implementación de políticas, programas y proyectos sanitarios.**
- **Se sensibilice a todos los profesionales de la salud de la problemática de la etnicidad, la cultura y el género para que estén al tanto de ella.**
- **En la medida de lo posible, los centros, programas y proyectos sanitarios de o para una comunidad se desarrollen en el idioma de la mayoría de sus habitantes.**
- **El Gobierno central y regional, las instituciones educativas, las asociaciones de profesionales de la salud y otro tipo de entidades ideen e implementen estrategias para alentar a la gente de todos los grupos étnicos a convertirse en profesionales de la salud. Esas estrategias deberían comprender medidas que fomenten la diversidad étnica de la población estudiantil que se beneficia de los programas de formación. Además de ello, sin embargo, se deberían programar otros cursos para y por indígenas y otros grupos étnicos no dominantes. Esos cursos deberían incluir el estudio de las tradiciones y prácticas médicas de los interesados. De esta forma, serán sumamente importantes en diversos aspectos. Por ejemplo, contribuirán a preservar los inestimables conocimientos tradicionales de los indígenas que cada vez corren un mayor peligro.**

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

V. OTRAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

83. El Relator Especial no repetirá las numerosas recomendaciones hechas a diversos agentes en otros párrafos. Se limita a tres cortas recomendaciones finales:

- a) **El Gobierno debería velar por que todas las leyes, políticas, programas y otras iniciativas respeten las obligaciones internacionales y regionales en materia de derechos humanos del Perú, las normas nacionales de derechos humanos, los compromisos relativos al derecho a la salud adquiridos en las últimas conferencias internacionales y las recomendaciones aprobadas por el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, en particular las relativas a su derecho a la salud;**
- b) **El Gobierno debería intensificar la coordinación de los diversos ministerios cuando elaboran y aplican políticas y programas relativos a i) la salud y ii) los derechos humanos;**
- c) **Cuando proceda, se debería pedir a las dependencias de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos, como la OPS/OMS, que presten asistencia técnica en relación con las leyes, políticas y programas de salud y derechos humanos.**
