

VÍNCULOS ENTRE LA SALUD PÚBLICA
Y LOS DERECHOS HUMANOS

VÍNCULOS ENTRE LA SALUD PÚBLICA
Y LOS DERECHOS HUMANOS

VÍNCULOS ENTRE LA SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS HUMANOS

Juan Arroyo
Eduardo Cáceres
Susana Chávez
Mario Ríos



consejo de investigación
económica y social



OCCP - Observatorio
del Comercio con los Pueblos



flora tristán



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Edición: Lima, mayo de 2004

Impreso en el Perú

© Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio del Derecho a la Salud
www.consortio.org

Coordinación: Mario Ríos (APRODEH), Ana Gúezmes y Cecilia Rivera (CIES)

Lectoría: Anna-Britt Coe (CHANGE), Zoila Cabrera y Teresa Watanabe (DESCO)

Edición y corrección de estilo: Luis Andrade

Arte de carátula: Roni Heredia

Fotografía: Eduardo López

Hecho el Depósito Legal No. 1501162004-3262

Impreso por Ediciones Nova Print S.A.C

ISBN 9972-804-29-1

El Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) está conformado por más de treinta instituciones de investigación o docencia y cuenta con el auspicio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) y otras fuentes de cooperación.

Este libro forma parte del Proyecto Observatorio del Derecho a la Salud auspiciado por la Fundación Ford.

CIES – Observatorio del Derecho a la Salud, APRODEH, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y UPCH - Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca” no comparten necesariamente las opiniones vertidas en el presente libro, que son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Contenido

PRESENTACIÓN	9
INFORME DE INVESTIGACIÓN: VÍNCULOS ENTRE LA SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS HUMANOS	13
1. INTRODUCCIÓN	13
2. MARCO DE REFERENCIA	14
2.1 Los derechos humanos en general	14
2.2 La salud como derecho	15
2.3 Obstáculos para el ejercicio pleno de los derechos humanos en el campo de la salud	21
3. OBJETIVO	25
4. MATERIALES Y MÉTODOS	25
5. ABORDAJE METODOLÓGICO PARA ESTABLECER LOS VÍNCULOS ENTRE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA SALUD PÚBLICA	26
5.1 Mecanismos para evaluar la vinculación entre los derechos humanos y la salud	30
5.2 Marco de análisis	32
6. RESULTADOS	34
6.1 Situación de la salud	34

6.1.1	Publicaciones que documentan los indicadores y problemas de salud producidos y/o exacerbados por las brechas socioeconómicas y culturales	35
6.1.2	Publicaciones que documentan las violaciones y abusos cometidos por actores y/o instituciones del estado	47
6.1.3	Publicaciones que documentan las respuestas de la población, en particular de los grupos directamente afectados, para incidir en las políticas	58
6.2	Sistema de salud	59
6.2.1	Acceso a servicios	64
6.2.2	Equidad en la salud	67
6.2.3	Financiamiento según niveles de pobreza	68
6.2.4	Tratamiento de la multiculturalidad en salud	71
6.2.5	Calidad de la atención en el sector público	72
6.3	Análisis de las condiciones societarias y ambientales	74
7.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	78
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
	BIBLIOGRAFÍA	95
	ANEXO: Investigaciones y estudios revisados	99

Presentación

El Observatorio del Derecho a la Salud es una iniciativa del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) que está auspiciada por la Fundación Ford. Su propósito consiste en producir conocimiento útil e institucionalizar prácticas de análisis independiente alrededor del derecho a la salud. Apoyamos el debate nacional sobre las políticas económicas y sociales en el campo de la salud, así como el diálogo y la construcción de consensos alrededor de la defensa y promoción de los derechos ciudadanos en salud, fortaleciendo la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos en el análisis de las políticas y la situación de la salud.

A partir de los estudios realizados por el CIES en el campo de la salud durante los últimos años, el Observatorio se propuso aportar a la conducción y proposición de modelos y marcos conceptuales integradores y explicativos, que establezcan una interrelación entre la comunidad de la salud y la comunidad de los derechos humanos a través de dos corrientes: el abordaje de la medicina social —con una expresión prioritaria en salud pública en el Perú— y el marco integral de los derechos humanos.

En este contexto y dentro de la línea de investigación del Observatorio, la Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH), el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y la Facultad de

Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, a través de un equipo interdisciplinario conformado por Mario Ríos Barrientos, Susana Chávez Alvarado, Eduardo Cáceres Valdivia y Juan Arroyo Laguna, han conducido el estudio Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos, que presentamos en esta oportunidad.

Si bien el estudio deja constancia de los actuales grados de desencuentro entre los campos de la salud y los derechos, propone una serie de rutas tendentes a establecer un enfoque interdisciplinario en el ámbito de la salud y fortalecer el diálogo entre los diversos actores, decisores, profesionales, investigadores, organizaciones comunitarias y agentes de la cooperación internacional, así como en los movimientos sociales conformados en torno a la salud y a los derechos humanos.

Nos alegra señalar la existencia de una emergente sociedad civil salubrista que en sus relaciones con el Estado, está colocando el derecho a la salud como parte central de la agenda.

La principal conclusión que se deriva de la revisión de las publicaciones es la necesidad de trascender lo sectorial y desarrollar un análisis comprensivo en el campo de la salud pública, vinculándolo con los derechos humanos. Para ello se tienen que considerar los determinantes sociales, políticos y económicos que influyen en la salud. El estudio además propone un marco de análisis que incorpora herramientas y compromisos internacionales en materia de derechos humanos que puede ser aplicado, tanto en futuras investigaciones como en el análisis de las políticas públicas.

El CIES identifica tres grandes desafíos para el sistema de salud con relación a la evidencia ya producida: i) se requiere superar la improvisación con que se formulan las políticas públicas, ii) realzar la importancia de la investigación en la administración pública y iii) fortalecer los vínculos entre la generación del conocimiento y su utilización por parte de diferentes actores, como medio de promover la toma de decisiones basada en las evidencias.

Considera además, el efectivo cumplimiento de los derechos humanos - lo que supone incluir el concepto de equidad, las cuestiones técnicas y las políticas en materia de salud - representa un desafío para la actual política y la gobernabilidad.

Por último, queremos señalar que si bien durante las últimas décadas fue notorio que en el campo internacional de los derechos humanos se produjo un desplazamiento hacia una teoría de los derechos sociales mínimos o garantizados - a diferencia de la concepción de derechos sociales universales - actualmente estos enfoques se encuentran en discusión tanto en el ámbito académico, como entre los organismos internacionales y los operadores de políticas públicas.

Durante la última década, principalmente en el marco de la Organización de Naciones Unidas, se ha abierto una oportunidad para poner el énfasis en los efectos de la pobreza, el deterioro ambiental, las consecuencias de las políticas macroeconómicas, la discriminación de la mujer y en general, los derechos económicos, sociales y culturales como aspectos esenciales de las políticas públicas. Como parte de esta tendencia, se ha designado por primera vez un Relator Especial del Derecho a la Salud.

¿Estaremos tal vez frente a una nueva generación de reformas de los sistemas de salud que comprendan la integralidad, la interdependencia y la universalidad del derecho a la salud?

CARLOS EDUARDO ARAMBURÚ
Director ejecutivo
Consorcio de Investigación
Económica y Social

ANA GÜEZMES GARCÍA
Coordinadora
Observatorio del Derecho
a la Salud

Informe de investigación VÍNCULOS ENTRE LA SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS HUMANOS

1. INTRODUCCIÓN

La Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH), el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en respuesta a la convocatoria realizada por el Observatorio del Derecho a la Salud del Consorcio de Investigación Económica Social (CIES), realizaron el presente trabajo, cuyo objetivo es presentar el “estado del arte” de las relaciones que suelen establecerse entre los derechos humanos y la salud pública, evidenciadas en los estudios e investigaciones que se publicaron en el Perú entre los años 1997 y 2002.

Así, se revisaron investigaciones publicadas en el ámbito nacional y se identificaron las que establecían alguna relación entre la salud y los derechos humanos. El análisis se realizó a partir del “nivel de compatibilidad” y el “nivel de peculiaridad” de ambos discursos, tal como se ha determinado en el abordaje de los derechos humanos y el desarrollo realizado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El aporte de este trabajo consiste en establecer los vínculos existentes entre la salud pública y los derechos humanos y construir rutas para el diálogo entre estos dos espacios disciplinarios dejando

constancia de los actuales niveles de desencuentro y promoviendo una relación estrecha, por un lado, entre el mundo académico, los decisores de políticas y los movimientos sociales de salud, y por el otro con los derechos humanos.

Las instituciones involucradas en este esfuerzo también forman parte del espacio de diálogo que hay que construir entre el mundo académico sanitarista, los derechos sexuales y reproductivos y los derechos humanos, proceso que debemos potenciar en la emergente sociedad civil salubrista y en sus nuevas relaciones con el Estado.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 LOS DERECHOS HUMANOS EN GENERAL

Los derechos humanos se definen como “el conjunto de facultades e instituciones que en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad e igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional”.¹ Tal como se puede ver, este concepto trasciende la dimensión jurídica y propone una definición operativa, según la cual las personas, sin distinción de ningún tipo, deben obtener la consideración de sus prioridades respecto a los arreglos institucionales, en cualquier campo en el que éstas se presenten: político, económico, gubernamental, doméstico o comunitario. Desde esta perspectiva, los derechos humanos garantizan a las personas la convivencia y el bienestar; así, estos derechos logran “empoderar” a las personas de tal manera que sean capaces de conducir sus propias vidas y que no sean los sistemas los que terminen conduciéndolas.

1 Antonio Pérez Luño. *Derechos humanos, Estado de Derecho y Constitución*. Madrid: Editorial Tecnos, 2003.

Esta definición implica, fundamentalmente, consideraciones éticas y culturales, y su fuerza no se deriva sólo de la legitimidad de los procesos establecidos a través de consideraciones morales compartidas sino que, apela a una suerte de “ética universal”. De allí que se hable cada vez con mayor frecuencia de una “ética de derechos”, una “cultura de derechos” y/o una “perspectiva de derechos”.²

El ejercicio de los derechos humanos por parte de las personas tiene como contrapartida las responsabilidades de los Estados, las mismas que están definidas como “obligaciones”. Tomando en consideración este aspecto, la obligación puede resumirse en tres principios básicos: i) lo que el Estado puede hacer, ii) lo que el Estado no puede hacer y iii) lo que el Estado debe hacer para que sus ciudadanos y ciudadanas ejerzan sus derechos. Desde esta perspectiva, existe un amplio corpus jurídico que ha adoptado la comunidad internacional,³ el mismo que debe traducirse en las legislaciones nacionales.

2.2 LA SALUD COMO DERECHO

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”. El Pacto Internacional de los

- 2 Si bien todas las teorías éticas modernas incluyen consideraciones en torno a los derechos, existen algunas que les han otorgado particular importancia. Entre los anglosajones destacan H. L. A. Hart y R. M. Dworkin. Desde una reflexión al interior de la sociología jurídica, se ha desarrollado con fuerza la noción de «cultura de derechos».
- 3 Al respecto, el Comité de Naciones Unidas encargado de vigilar el cumplimiento del Pacto de los Derechos Económicos y Sociales (DESC) tiene la atribución de elaborar «comentarios generales» que generan jurisprudencia interpretativa en relación con el contenido de cada uno de los derechos. Por otro lado, en 1986 un grupo de expertos elaboró una guía interpretativa en relación con las obligaciones de los Estados frente a los DESC; esta guía es conocida como los Principios de Limburgo (Naciones Unidas, doc. E/CN.4/1987/17, anexo).

Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en su artículo 12, ha precisado que el derecho a la salud es el “derecho al nivel más alto alcanzable de salud física y mental”. Esta definición, circunscrita a las particularidades de cada país, ha dado como resultado que se genere un debate sobre la “amplitud de los accesos a la atención en salud” que los Estados deberían garantizar a sus ciudadanos y ciudadanas. Con la Declaración de Alma Ata de 1978, se pudo precisar que el contenido de los accesos se considera universal.⁴

La diferencia entre ambas definiciones puede pasar desapercibida. Sin embargo, éstas señalan dos aspectos importantes: i) la conexión entre la salud y la noción más amplia de “bienestar”, coherente con una visión de derechos integrales e interdependientes, que aporta la definición de la OMS⁵ y ii) las consideraciones que aporta el PIDESC al reconocer que hay un conjunto de factores que pueden facilitar o limitar el ejercicio del derecho a la salud y que están determinados por el desarrollo científico, el nivel educativo y cultural, las restricciones de los recursos públicos y privados para la atención en salud, etcétera. Es decir, las consideraciones de la obligatoriedad del Estado “en las condiciones concretas”, lo que abre paso a la exigibilidad del derecho de acuerdo con la realidad de cada país.

Tal como se puede observar, el reconocimiento de la salud como un derecho humano y su ejercicio pleno no son ajenos a los cambios sociales. Hasta fines del siglo XVIII e inicios del siglo XIX, la salud era vista como el resultado de procesos naturales difíciles de controlar o, en todo caso, directamente dependientes de la voluntad divina. En este marco, la medicina se ejercía como una relación individual, y los

4 Para este tema véase Katarina Tomasevski. «Health Rights», en Asbjorn Eide & Allan Rosas, «Economic, Social and Cultural Rights: A Universal Challenge», en Eide, Krause y Rosas: *Economic, Social and Cultural Rights*. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1995, pp. 125-129.

5 Esta definición conlleva un mandato de acción positiva y no solamente “curativa” en el terreno de la salud.

asuntos de salud pública eran encarados a partir de intervenciones represivas o punitivas del poder. A este respecto, la Revolución Industrial ocurrida en Europa influyó significativamente; una de las consecuencias de la industrialización de la sociedad fue el establecimiento de condiciones insalubres de trabajo y vivienda, que ocasionaron graves problemas de salud, los que, a su vez, exigieron que se tomen medidas de salud pública. En Inglaterra se creó un importante movimiento de salud pública.

Así mismo, otro importante desarrollo ocurrido en Europa durante la segunda mitad del siglo XIX estuvo constituido por la organización de una serie de conferencias sanitarias internacionales; sin embargo, el mayor propósito de estas conferencias no fue mejorar la salud global sino proteger la salud de los Estados europeos respecto a las enfermedades llevadas por los extranjeros.⁶ A partir del siglo XIX, esta visión comienza a modificarse por la confluencia de diversos factores: el desarrollo de la ciencia médica, la expansión de los derechos civiles, el surgimiento de la noción de “derechos sociales” y la complejidad que fue alcanzando el Estado, tanto en términos de organización como de funciones. Ello supone que además de cumplir con la responsabilidad de mejorar las condiciones ambientales para garantizar a la población una vida saludable —saneamiento, distribución de alimentos, regulación de condiciones de trabajo—, también se debe atender la salud de grupos que están en condiciones de vulnerabilidad.⁷

6 B. Toebes. «The Right to Health». En A. Eide, C. Krause y A. Rosas. *Economic, Social and Cultural Rights*. La Haya: Kluwer Law International, 2001.

7 La definición de enfermedad y la construcción de espacios teóricos y físicos para el confinamiento de los enfermos formó parte del proceso de construcción de la «sociedad disciplinaria» cuya configuración analiza Michel Foucault. A partir de sus trabajos se ha continuado avanzando en la comprensión de las nuevas formas de control y de las características «biopolíticas» del poder que emerge en la modernidad tardía. Para una síntesis del pensamiento de Foucault, véase Gilles Deleuze. *Foucault*. París: Minuit, 1986. Y para los desarrollos posteriores: Michael Hardt y Antonio Negri. *Empire*. Cambridge: Harvard University Press, 2000; en especial el capítulo 1.2, «Producción biopolítica», pp. 22-41.

Si bien es cierto que desde un inicio⁸ la salud ha sido incluida en la lista de los derechos reconocidos por la comunidad internacional, y ha sido recogida en la normatividad nacional —lo cual se puede ver expresado, en mayor o menor medida, en las distintas constituciones que han regido el país durante los últimos 50 años—, los nexos en el terreno de la aplicación entre la salud pública y los derechos humanos son relativamente recientes, y existe aún una ausencia de comunicación entre ambos campos disciplinarios.

La “perspectiva de derechos” (*rights based approach*) en salud se refiere a que ésta es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud. Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud.

Existe un amplio reconocimiento de que el ejercicio del derecho a la salud implica también que otros derechos estén garantizados. Es decir, junto con el ejercicio del derecho a la salud se deberá tener el derecho a la libertad de elección, el derecho a la identidad cultural, el derecho a la participación en el diseño, ejecución y fiscalización de las políticas públicas,⁹ entre otros. Esta visión de integralidad de los derechos estuvo presente durante todo el proceso en el que se redactó y aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Sin embargo, dos décadas después (1966), como resultado del en-

8 El derecho a la salud está incluido tanto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) como en el PIDESC (1968). El derecho al desarrollo fue reconocido como tal en 1986.

9 Estas consideraciones se basan en las conclusiones del trabajo de Stephen Marks *The Human Rights Framework to Development: Five Approaches*, FXB Working Papers Series n.º 6, 12 (2000), disponible en http://www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/FXBC_WP6—Marks.pdf:

frentamiento ideológico y político de la Guerra Fría entre Estados Unidos y la Unión Soviética, se estableció una separación arbitraria de los derechos, lo que dio origen a los derechos por “generaciones”, evidenciados en los pactos internacionales: el de los Derechos Civiles y Políticos (DCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

La clasificación de los derechos humanos por “generaciones” trajo como consecuencia una jerarquización de los mismos que introdujo diferencias significativas en la caracterización de cada grupo de derechos, pues mientras los DCP fueron definidos como inmediatamente exigibles, los DESC quedaron reducidos a aspiraciones programáticas de las sociedades. De esta manera, se relativizaron las obligaciones de los Estados. Esta división explica en parte el retraso en la incorporación de los derechos humanos en el campo de la salud, lo que se ha hecho evidente no sólo en la producción del conocimiento sino también en el propio desarrollo de las políticas públicas.

Con la Conferencia Internacional de Viena (1993), la crítica a esta división tomó nuevos bríos: se reivindicó la homologación de los DESC con los DCP en términos de exigibilidad. Una manera de superar dicha separación ha consistido en señalar que los DESC se constituyan en “condiciones de libertad” indispensables para el ejercicio de los DCP,¹⁰ con lo cual se ha logrado recuperar en alguna medida su inicial orientación de integralidad. Actualmente, este esfuerzo viene siendo impulsado a través de la acción política y la producción teórica, tanto por los movimientos de derechos humanos como por los movimientos feministas.¹¹

10 E. Cáceres. «Todos a una». *Informe anual 1993*. APRODEH-CEDAL: Lima, 1994, pp. 31-34.

11 Ver Romany Celina. “La responsabilidad del Estado se hace privada: una crítica feminista a la distinción entre lo público y lo privado”. En Rebecca J. Cook (editora) *El Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Derechos humanos de la mujer*. Lima: Centro Flora Tristán, 1999, pp. 81-109.

Desde esta perspectiva, el aporte que pretende brindar este estudio no sólo corresponde al esfuerzo de continuar fortaleciendo dicha integralidad, sino también de promover una mayor comprensión de los derechos humanos en el campo de la salud, más allá de recursos de última instancia que se aplican cuando existen deficiencias o agresiones que afectan a los individuos, hombres o mujeres, al interior de los sistemas de salud. Con ello se busca establecer un marco de referencia que desarrolle y fortalezca un discurso más integrador entre los y las investigadores/as, los y las activistas en salud y los defensores de los derechos humanos, lo que permitirá no sólo promover la exigencia de los derechos en el campo de la salud sino también dar indicaciones y pautas acerca de cómo establecer dichos vínculos

Estos nuevos mandatos dirigidos al Estado no sólo determinan que éste sea objeto de demandas concretas y específicas, sino también hacen punibles sus deficiencias, dado que se empieza a reconocer que los problemas relacionados con las políticas públicas conllevan enfermedades, epidemias y muertes. Este reconocimiento establece nuevas relaciones de poder entre ciudadanos y ciudadanas, promoviendo nuevas y mejores formas de relaciones sociales,¹² que apuntan a la dignidad humana. Desde esta perspectiva, todas las personas deben contar con las garantías infranqueables —que Dworkin denomina “cartas de triunfo”— que las posicionan de manera distinta respecto a quienes controlan el Estado.

Entre las garantías infranqueables se pueden considerar:

- El derecho al más alto estándar posible de salud física y mental, que debe generar demandas exigibles y progresivas dirigidas al Estado, tanto en términos normativos como programáticos, mediante los cuales se establecen los límites y las obligaciones de éste.

12 Alicia Ely Yamín, “Defining Questions: Situating Issues of Power in the Formulation of a Right to Health under International Law”. *Human Rights Quarterly* 18 (1996), p. 437.

- La salud como una atribución generadora de una reivindicación ante otras personas e instituciones, con el fin de que colaboren o garanticen el cumplimiento de este derecho.
- La salud como parte inseparable de un sistema más amplio de capacidades y libertades asociadas con la noción de dignidad humana.

Si bien es cierto que los diversos compromisos y documentos generados por el sistema de derechos humanos —declaraciones, pactos y convenios internacionales— hacen suyas estas garantías, en la vida cotidiana los avances parecen ser poco significativos debido a lo que Norberto Bobbio señala: que a la “era de los derechos” en la que vivimos le hace falta una cultura del reconocimiento que trascienda a los Estados y comprometa tanto a los individuos como a la sociedad en su conjunto.¹³

2.3 OBSTÁCULOS PARA EL EJERCICIO PLENO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CAMPO DE LA SALUD

La materialización del ejercicio de los derechos humanos en el campo de la salud, como en otros aspectos, no suele ser sencilla. Si bien su reconocimiento es un avance importante y es el resultado de un arduo trabajo de los activistas, su aplicación efectiva es bastante compleja. En la mayoría de los casos, esta falta de aplicación no se explica solamente por razones económicas ni mucho menos por el grado de desarrollo tecnológico alcanzado en cada país, sino más bien, por un entramado complejo relacionado con i) la aceptación y la demanda social de un derecho, ii) los mecanismos existentes para hacerlo efec-

13 La relación entre «derechos» y «reconocimiento» ha sido desarrollada por A. Honneth. *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Ed. Crítica Grijalbo Mondadori, 1997.

tivo y iii) la voluntad política de los grupos y actores de poder más establecidos e institucionalizados, que se refleja en los gobiernos de turno. Algunos grupos y actores político-económicos no se comprometen con los derechos humanos justamente porque tienen intereses que están en conflicto con éstos. La aplicación de los derechos humanos implica que, hasta cierto punto, estos conflictos de poder se resuelvan o se superen y se logre establecer un compromiso entre una amplia gama de sectores de la sociedad, si no de todos.

Tomando en consideración estos elementos, la demanda por el disfrute pleno del derecho guardará relación con las referencias y estándares que ofrece la categoría del más alto nivel posible de salud en cada ámbito social, la misma que está vinculada a la concepción ideológica del colectivo, que toma en consideración las maneras en que se entiende el mundo y se desea cómo debe ser éste.¹⁴

Es necesario reconocer que estas concepciones están basadas en las culturas, las cuales no sólo se diferencian entre los países, sino también al interior de los mismos. De alguna manera, esta diferenciación se enfrenta con el carácter transversal y universal de los derechos humanos, y aunque casi existe un consenso acerca de que las diferencias no deberían ser una barrera para la aplicación de los derechos humanos, debido a que las culturas deberían mantener su compatibilidad con éstos,¹⁵ su aplicación suele encontrar resistencias muy difíciles de vencer, lo cual motiva muchísima controversia al momento de establecerse los acuerdos y lleva muchas veces al debate sobre si los derechos humanos deben estar limitados o no por las determinaciones culturales.

En el campo de la cultura y las resistencias para el ejercicio de los derechos humanos, una situación particular es la de las mujeres, ya

14 En el terreno de las reflexiones sobre el desarrollo y las políticas públicas, la visión de derechos suele contrastarse con las visiones «utilitaristas».

15 Sonia Picado. Prólogo de Rebecca J. Cook (editora). *Derechos humanos de la mujer, perspectivas nacionales e internacionales*. Bogotá: PROFAMILIA, 1997, pp. XII.

que su condición de subordinadas está presente —más o menos con las mismas características— en la mayoría de las culturas, y en la mayor parte de estas sociedades, los Estados están muy poco interesados en revertir esta situación. Ello lleva a una pregunta elemental: ¿cómo podría establecerse la aspiración al disfrute del más alto nivel de salud para todas y cada una de las personas si existen inequidades socialmente toleradas, aceptadas e incluso promovidas? Reconociendo la importancia del aspecto cultural, debemos también estar de acuerdo con que la estructura socioeconómica, con sus instituciones y relaciones de poder, consolida una perspectiva contraria al ejercicio de los derechos de las mujeres.

Se podría considerar que la reformulación de los inicialmente denominados *derechos del hombre* como derechos humanos conlleva un proceso tendente a modificar desde una reorganización genérica a las sociedades y a los Estados. Lagarde plantea que «La humanidad pensada así es una categoría que recoge la transición, los procesos reconstructivos de la opresión patriarcal y la construcción de la democracia genérica». ¹⁶

Las mujeres, como mitad de la población, deberían estar automáticamente incluidas en el ejercicio de los derechos humanos. Sin embargo, ello no ocurre, lo cual obliga a abordar ciertas condiciones previas que impiden hacer efectivo dicho disfrute. Es decir, no puede hablarse del ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres, si antes no se pone en cuestión la subordinación de género. Pretender que las mujeres accedan al disfrute de los derechos humanos en el campo de la salud sin modificar previamente los roles y las posiciones sociales que se les han impuesto basándose en su condición femenina, sería no sólo imposible sino que también entraría en conflicto con el ejercicio de los derechos de otros/as sujetos. Por ejemplo, si son solamente las mujeres

16 Citado en Susana Chiarotti y Verónica Matus. *Derechos humanos de las mujeres y las niñas*. Rosario: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, 2000.

quienes se ocupan del cuidado de los niños, el disfrute de su derecho a la salud, a través del descanso, podría estar limitado por el derecho de sus hijos/as pequeños/as a la seguridad, lo cual incidiría directamente en el ejercicio del derecho a la salud de estos/as niños/as.

Lo dicho demuestra que el enfoque de los derechos humanos tiene que consistir, básicamente, en una interrelación sinérgica entre la perspectiva de los derechos humanos, la concepción que se tiene sobre la salud y la organización social. La falta de consistencia en alguno de estos aspectos influirá en el diseño de las políticas, los programas y las prácticas de salud, lo que definitivamente tendrá efectos negativos en la salud y en el bienestar físico, mental y social de los individuos, hombres y mujeres. Este tema recuerda que para lograr la realización completa de los derechos humanos se necesita poner gran atención en la salud y en sus determinantes sociales, principalmente en las disparidades e inequidades, lo que da como resultado que la protección de la salud exija realizar esfuerzos explícitos y concretos para promover la superación de dichas disparidades e inequidades.

En este sentido, un marco de derechos en salud —como en cualquier otro ámbito— debe estar particularmente interesado en abordar los problemas originados por la discriminación de género, social y económica, así como en proteger a las poblaciones marginadas o históricamente desfavorecidas. Sin embargo, esto no debe hacernos perder de vista la crítica propuesta por Charlesworth¹⁷ respecto al carácter androcéntrico del propio sistema de los derechos humanos¹⁸ y a la necesidad de reconocer la diversidad de expectativas de los distintos grupos sociales.

17 Hilary Charlesworth. “¿Qué son los derechos internacionales de la mujer?”. En Rebecca J. Cook (editora). *Derechos humanos de la mujer, perspectivas nacionales e internacionales*. Bogotá: PROFAMILIA, 1977, p. 60.

18 Esta crítica está referida a que algunos de los estándares corresponden a modelos establecidos desde la perspectiva masculina y urbana, y desde concepciones etnocéntricas del desarrollo.

3. OBJETIVO

Presentar el estado del arte de las relaciones que se establecen entre los Derechos Humanos y la Salud Pública, evidenciadas en las publicaciones que dan cuenta de investigaciones y estudios producidos en el Perú durante los últimos cinco años.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación realizada describe y analiza el estado del arte de los vínculos existentes entre salud pública y derechos humanos. Comprende la revisión bibliográfica de los estudios e investigaciones en el campo de los derechos humanos y la salud producidos en el Perú durante los últimos cinco años (1997-2002). Para realizarla, se revisaron 39 estudios producidos en esa etapa y que contienen reportes sobre la situación de la salud, las respuestas del sistema de salud y el análisis de las condiciones societarias y ambientales realizado desde la perspectiva de los derechos humanos.

Los materiales seleccionados fueron ubicados en distintos centros de documentación y universidades de la ciudad de Lima, por lo que este estudio no puede dar cuenta de la producción nacional. Esta limitación se debe a que gran parte de la producción bibliográfica realizada en la etapa que hemos indicado no ha sido publicada; tal es el caso de los reportes del Ministerio de Salud, que no fueron puestos al alcance del público.

La bibliografía seleccionada corresponde a aquellos textos que, explícitamente, han considerado dentro de sus objetivos o en su contenido mismo el tema de los derechos humanos y la salud pública.

Cada publicación fue registrada en una ficha preparada en forma específica para este estudio, lo que permitió establecer los aspectos más relevantes de los vínculos entre derechos humanos y salud.

Luego de este primer levantamiento de información, se procedió a organizar los datos, sobre la base de los cuales se redactó este

informe, el primero que recoge el estado de la cuestión en salud y derechos humanos.

El marco de análisis utilizado en este estudio para establecer los vínculos entre los Derechos Humanos y la Salud Pública se desarrolla en el punto 5, “Abordaje metodológico”, en el que se establecen las siguientes definiciones operacionales, tomando en consideración las obligaciones del Estado como contenido:

- **Situación de salud:** Se refiere a la situación actual de la salud, como expresión de la acción u omisión por parte del Estado. En este campo se evalúan los niveles de salud de la población medidos a través de estudios epidemiológicos, reportes de casos y el uso de instrumentos estadísticos que evalúan la situación de salud del país, de una región o de una localidad.
- **Sistema de salud:** Evalúa la respuesta social organizada frente a la situación de salud, es decir, la capacidad de atender las demandas y de garantizar la provisión de los recursos, las dimensiones de gobierno y autoridad en el sistema, el financiamiento y la participación ciudadana en la gestión transparente de las políticas públicas sanitarias.
- **Condiciones societarias y ambientales y determinantes de la salud:** Analiza el entorno extrasectorial del sistema, las condiciones sociales, políticas y económicas que lo rodean y determinan su capacidad para atender las demandas, que se expresa en los resultados de salud.

5. ABORDAJE METODOLÓGICO PARA ESTABLECER LOS VÍNCULOS ENTRE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA SALUD PÚBLICA

Tomando en consideración los aspectos señalados en el acápite anterior, el análisis de la realización del derecho a la salud podría ordenarse en tres grandes áreas:

- **El más alto nivel de salud alcanzable.** En éste se considera el análisis de los avances en términos de resultados que se expresan en la población: los avances y problemas en relación con la mortalidad, la enfermedad y la discapacidad, las variables demográficas, la salud reproductiva, los estilos de vida, etcétera. De esta área se obtienen los resultados e indicadores que podrán dar cuenta de la situación de los grupos más vulnerables o de aquellos que sufren mayor discriminación.
- **La organización del Estado para atender sus obligaciones.** En este punto se pueden identificar las acciones del Estado, qué viene haciendo y cómo lo viene haciendo para responder al ejercicio pleno de los derechos de sus ciudadanas y ciudadanos. En esta área se analiza tanto el acceso a los sistemas de salud que ofrecen prevención, curación, rehabilitación y acompañamiento a las personas y comunidades que tienen problemas de salud como la orientación de los recursos socioeconómicos, así como el desarrollo y la aplicación de las políticas y los programas públicos.
- **La existencia de un entorno político, social y ambiental.** Se refiere al conjunto de políticas gubernamentales que, finalmente, garantizan el ejercicio del derecho a la salud dentro de la visión de integralidad, es decir, la imposibilidad de gozar de un derecho si no están satisfechos otros. En el entorno social y físico saludable se consideran las políticas económicas, la existencia de regímenes democráticos y los modelos de desarrollo.

El análisis de estas tres áreas en el campo de la salud incluye la especificidad de ciertos derechos que, sin negar la integralidad, contienen nexos y relaciones determinantes para establecer si el Estado está respetando o no el derecho a la salud. Estos derechos podrían ser considerados indicadores clave al momento de establecer si las personas, las comunidades y las sociedades en su conjunto acceden o no a su derecho a la salud. Es necesario señalar que estos derechos están

plenamente especificados tanto en la Declaración Universal como en los pactos.¹⁹

Los derechos reconocidos por tratados y convenciones vinculantes establecen obligaciones del Estado que se pueden agrupar en tres dimensiones:

- **Respeto.** Implica que el Estado no puede violar los derechos en cuestión. Si lo hace, estaría cometiendo una falta que puede ser sancionada por las instancias judiciales nacionales e internacionales. La violación del derecho a la salud puede producirse cuando el Estado, a través de sus diversos agentes, realiza acciones que lo vulneran, como por ejemplo aquellas que afectan el medio ambiente, lo que tiene consecuencias directas en la salud de las personas.
- **Protección.** Establece que el Estado está obligado a prevenir las violaciones del derecho que puedan cometer actores no estatales, así como a establecer mecanismos de reparación en caso de que esto ocurriera. Las violaciones del derecho a la salud pueden resultar cuando las autoridades no toman las medidas necesarias para asegurar que los servicios privados de cuidado de la salud, sean proveídos con equidad respecto a los grupos vulnerables de determinada sociedad. Por esta razón, los Estados deben adoptar la legislación necesaria para asegurar que los proveedores privados de servicios de salud tomen en consideración los principios de accesibilidad y de igualdad.
- **Cumplimiento.** Compromete al Estado a tomar todas las medidas apropiadas para que el derecho se realice de manera plena en la sociedad. La violación puede resultar si el Estado no hace esfuerzos suficientes para proveer a cada persona de los servicios

19 Sofia Gruskin y Daniel Tarantola. «Health and human Rights». En Detels, McEwan, Beaglehole y Tanaka (editores). *The Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 4.^a edición, 2001.

de salud requeridos y no demuestra que está desarrollando políticas públicas que permitan el acceso progresivo de los ciudadanos al derecho a la salud.

Todos estos elementos permiten establecer una relación que puede ser graficada de la siguiente manera, según el modelo tomado de Tarantola y Gruskin,²⁰ tal como lo proponen Yamín, Ríos y Hurtado:²¹

- **Salud → Derechos Humanos.** Se refiere al impacto potencial de las políticas, los programas y las prácticas de salud en los derechos humanos. Reconoce la complementariedad de los objetivos de la salud pública con las normas de los derechos humanos que propician políticas de salud y programas más efectivos. El reto está en la capacidad de establecer una negociación balanceada para alcanzar un nivel óptimo entre la promoción y la protección tanto de la salud pública como de los derechos humanos.
- **Salud ← Derechos Humanos.** Expresa la idea de que las violaciones o la falta de cumplimiento de alguno o de todos los derechos humanos tiene efectos negativos en la salud y el bienestar físico, mental y social del individuo. Esta situación se puede producir tanto en tiempo de paz como en períodos de conflicto y de represión política extrema.
- **Salud ↔ Derechos Humanos.** Se basa en la idea de la conexión íntima que existe entre ambos campos. La idea central del movimiento por la salud y los derechos humanos es que actúan en sinergia. La promoción y la protección de la salud requiere

20 Daniel Tarantola y Sofía Gruskin. *Children Confronting HIV/AIDS: Charting the Confluence of Rights and Health*. *Health and Human Rights*, 3 (1), 1998, pp. 60-86.

21 Alicia Yamín, Mario Ríos y Raquel Hurtado, "Conceptos básicos: derechos humanos y salud pública". En *Vinculando dos perspectivas*. Lima: APRODEH-Flora Tristán- CIES, 2002.

esfuerzos explícitos y concretos para promover y proteger los derechos humanos y la dignidad, y una realización completa de los derechos humanos necesita poner gran atención en la salud y sus determinantes sociales.

5.1 MECANISMOS PARA EVALUAR LA VINCULACIÓN ENTRE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA SALUD

La primera aproximación para evaluar la relación vinculante entre estos dos ámbitos consiste en observar el grado en que la legislación nacional se adecúa a la normativa internacional de los derechos humanos en el terreno de la salud, así como en sus múltiples interacciones. Tal como se puede analizar por los mandatos establecidos, las normativas nacionales no sólo deben incluir obligaciones positivas, sino también procedimentales, que entre otros aspectos incluyen mecanismos para garantizar la efectividad del derecho a la salud. También se considera dentro de éstos, los mecanismos de información y de rendición de cuentas que el Sistema de Naciones Unidas utiliza para obligar a los Estados.

Los Estados que no son parte de los tratados internacionales de derechos humanos no quedan exentos de la vigilancia internacional de los derechos humanos; así mismo, la comunidad internacional podrá alentar a los gobiernos a que se conviertan en Estados Parte de las convenciones, y monitorear los alcances que éstos puedan realizar.

La segunda aproximación, corresponde al monitoreo de indicadores, particularmente aquellos de carácter epidemiológico, los mismos que son entendidos también como los resultados de las políticas e intervenciones del Estado en las poblaciones. En la actualidad existen varios sistemas que dan cuenta de este monitoreo; en algunos casos, son realizados por el propio país, tal como las encuestas promovidas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), algunas de las cuales tienen carácter regional, como por ejemplo, las Encuestas

Nacionales Demográficas y de Salud (ENDES) o las Encuestas de Violencia Intrafamiliar. También hay monitoreos especiales a nivel mundial que realizan la Organización Mundial de la Salud —información sobre morbilidad y mortalidad— y UNICEF —mortalidad infantil, cobertura de vacunas, entre otras—. Estos monitoreos sirven para establecer estándares que permiten identificar grados de desarrollo humano, como aquellos que son realizados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), entre otros.

Además, se pueden utilizar los indicadores de proceso que dan cuenta del diseño y la ejecución de las políticas y los programas públicos, así como del contexto en el cual se desarrollan. Esto es sumamente importante porque muchas veces sucede que las políticas tienen un diseño orientado al respeto por los derechos pero en el proceso de ejecución éstos son violentados, tal como sucedió con el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000.

La tercera aproximación está brindada por la sociedad civil, principalmente por las organizaciones feministas y de derechos humanos, así como los activistas en salud, que juegan un rol vigilante para que se cumplan las políticas del Estado. Sus acciones pueden estar dirigidas a la promoción y el cabildeo tendentes a la inclusión de normativas que aún no han sido desarrolladas, pero que están contempladas en la jurisprudencia internacional, así como a recoger las denuncias de casos específicos de violaciones de derechos humanos. Un papel importante que también cumple la sociedad civil consiste en la generación de informes “alternativos”, también llamados *sombras*, que se dirigen a la comunidad internacional. Mediante estos informes es posible hacer llegar a las instancias oficiales una evaluación desde la perspectiva de la sociedad civil. Si bien dichos informes no tienen carácter oficial, han sido muy importantes en la generación de recomendaciones dirigidas a los países; además, son útiles para balancear los informes presentados por los Estados y determinar el grado real de avance de cada país en materia de cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos.

5.2 MARCO DE ANÁLISIS

El marco de referencia para el análisis que se aplicará en el desarrollo de este estudio se resume en el siguiente cuadro, el mismo que corresponde a una adaptación de una propuesta de análisis desarrollada por Tarantola y Gruskin (1998).²²

Un camino hacia la salud y los derechos humanos

Niveles de salud	Obligaciones del gobierno respecto a los derechos humanos		
	Respeto	Protección	Realización
1. Situación de salud	El gobierno no viola los derechos de las personas y garantiza su bienestar físico y mental. Esto incluye no sólo los eventos de atención en salud sino también el manejo de la información, la recopilación y el análisis de la misma.	El gobierno desarrolla acciones de prevención tendentes a que tanto sus operadores como los actores no gubernamentales —incluyendo el sistema privado de salud y las aseguradoras— no violen los derechos de las personas referidos a su estado de salud, lo que incluye proveerles de atención en salud y brindarles otros servicios.	El gobierno asume medidas administrativas, legislativas, judiciales y otras para promover y proteger el derecho a la salud de las personas, lo que incluye generar información relativa a resultados en el campo de la salud que sirvan de guía para establecer políticas en este terreno, así como proveer tanto salud y otros servicios como medidas legales de reparación que sean conocidas y accesibles.
2. Sistemas de salud	El gobierno no viola la realización del derecho a la salud en	El gobierno debe tomar las provisiones que aseguren que sus	El gobierno implementa medidas administrativas, legisla-

22 Véase nota 20.

Niveles de salud	Obligaciones del gobierno respecto a los derechos humanos		
	Respeto	Protección	Realización
	<p>el diseño, la implementación y la evaluación de los sistemas nacionales de salud, incluyendo la garantía de que éstos sean suficientes, accesibles, eficientes, costoables y de buena calidad, así como que cubran a toda la población y superen las barreras de toda índole que impidan a las personas acceder a los servicios de salud.</p>	<p>operadores y los actores no gubernamentales respeten los derechos de todas las personas al diseñar, implementar y evaluar los sistemas y estructuras de salud, garantizando que éstos sean suficientes, accesibles, eficientes, costoables y de buena calidad.</p>	<p>tivas, judiciales y otras, incluyendo la suficiente asignación de recursos y la construcción de redes seguras que garanticen que los sistemas de salud sean suficientes, accesibles, eficientes, costoables y de buena calidad. Además, provee medidas legales de reparación, conocidas y accesibles para toda la población.</p>
<p>3. Condiciones societarias y ambientales que determinan la salud</p>	<p>El gobierno no viola directamente los derechos civiles, políticos, económicos, sociales ni culturales de las personas, y reconoce que la negligencia o la violación de éstos impacta directamente en la salud.</p>	<p>El gobierno reconoce las diferencias sociales y culturales, y actúa para promover el acceso al derecho a la salud. El gobierno previene la violación de los derechos por parte de otros actores no gubernamentales, reconociendo que la negligencia o la violación de dichos derechos impacta directamente sobre la salud.</p>	<p>El gobierno toma todas las medidas administrativas, legislativas y judiciales posibles —incluyendo los mecanismos para la promoción del desarrollo humano— que se dirijan hacia la promoción y protección de los derechos humanos, así como a la provisión de medidas de reparación que sean conocidas y accesibles a la población.</p>

6. RESULTADOS

El enfoque de derechos en el tema de la salud todavía no ha alcanzado su pleno desarrollo. Son muy pocas las publicaciones de salud pública que incluyen en su enfoque la perspectiva de los derechos humanos. En las explicaciones que se dan a los problemas o a las evidencias halladas, todavía prevalece la perspectiva economicista y la exigencia al Estado está ausente o es muy débil. Tampoco se hace referencia a los compromisos internacionales en los que el país es signatario.

En el Perú, la investigación en el campo de la salud todavía es escasa y prevalecen los estudios con enfoque biomédico; aunque muchos de éstos expresan inequidades y disparidades, la responsabilidad suele quedar diluida, incluso en las propias personas. Se señalan como principales dificultades las barreras culturales y la falta de comprensión de los individuos sobre el cuidado de su propia salud, lo que tiende a quitar la responsabilidad del Estado de todo aquello que le compete. Esperamos que este estudio pueda brindar algunas luces para que las próximas investigaciones en el campo de la salud, incluyan de manera coherente la perspectiva de los derechos humanos.

Así mismo, debemos señalar que la revisión de las publicaciones y el enfoque metodológico propuesto, han permitido realizar un análisis transversal de los trabajos publicados. Esto ha dado como resultado que varias investigaciones puedan ser estudiadas desde las distintas áreas propuestas por lo que, las publicaciones se repiten en las diferentes secciones de la sistematización, de acuerdo con el tema que se esté analizando.

6.1 SITUACIÓN DE LA SALUD

Tal como se ha definido en los compromisos internacionales, la situación de la salud de los y las ciudadanos/as tiene relación directa con el bienestar y el derecho de cada persona —sin distinción de

raza, género, cultura, nivel socioeconómico ni ninguna otra razón— a llevar una vida saludable. Aunque teóricamente este enfoque, reconoce de manera implícita que los problemas de salud están asociados a factores como el acceso a una nutrición adecuada, a la educación, a los recursos y a un conjunto de aspectos que determinan la situación de salud —es decir, a compromisos del Estado—, son escasos los indicadores usados en los estudios sobre salud que han logrado ser aplicados, lo que explica, en gran parte, la débil interrelación entre la salud pública y los derechos humanos.

En el conjunto de la producción bibliográfica en el campo de la salud pública prima el enfoque biomédico; las explicaciones de índole social, cultural y económica a las que ningún individuo puede abstraerse están ausentes en la mayoría de los casos. La mayor tendencia de la producción bibliográfica se centra en “las historias o procesos naturales”²³ de los factores inmediatos —gérmenes, síndromes— o en la descripción de la magnitud y/o gravedad de los males, lo cual, desde la perspectiva de los derechos humanos, no sólo fragmenta la realidad sino que también la desnaturaliza y deshumaniza.

El escaso desarrollo de investigaciones en salud pública con enfoque en derechos humanos no sólo ha dificultado una visión comprensiva del proceso salud-enfermedad, sino que también ha limitado el establecimiento de vínculos entre los problemas de salud, el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las responsabilidades del Estado. Desde esta perspectiva, el análisis que se pretende realizar trata de establecer estos tres puntos de encuentro, concentrando la atención en la existencia de indicadores y resultados útiles tanto para comprender los problemas como para superarlos. La incorporación del

23 Aunque en términos epidemiológicos se apele a la definición de *naturales* como aquellos procesos que se suceden de manera espontánea, sin intervención alguna, no puede obviarse que muchos de ellos están relacionados con los aspectos sociales y de orden cultural que orientan el desarrollo de las enfermedades en un sentido o en otro.

cumplimiento de las responsabilidades del Estado en el análisis de estos problemas resulta clave, pues se constituirá en uno de los principales factores que “contribuyen a la morbilidad, mortalidad, discapacidad comportamiento de riesgo y vulnerabilidad a las enfermedades y/o daños en salud”.²⁴

Dado que, se parte por reconocer que el Estado juega un rol preponderante en el ejercicio de la salud, como una condición de bienestar, el esquema que se propone para analizar la situación de la salud en relación con los derechos humanos es el siguiente:

- Publicaciones que documentan los indicadores y los problemas de salud producidos y/o exacerbados por las brechas socioeconómicas y culturales.
- Publicaciones que documentan las violaciones y abusos por parte de actores y/o instituciones del Estado.
- Publicaciones que documentan las respuestas de la población, en particular de los grupos directamente afectados, para incidir en políticas.

Es necesario señalar que ésta no es una división estricta, pues es probable que una publicación tenga componentes de los tres tipos. Sin embargo, para efectos de la presentación, hemos seleccionado las publicaciones en función del mayor peso que los y las autores/as han puesto en cada una de ellas.

6.1.1 Publicaciones que documentan los indicadores y problemas de salud producidos y/o exacerbados por las brechas socioeconómicas y culturales

Probablemente, la mayor cantidad de publicaciones en el campo de la salud pública corresponde al ámbito de los indicadores y de las

24 Yamín, Alicia y otros, Lima, 2002, p. 21.

dinámicas descriptivas de la salud y la enfermedad; sin embargo, aquellas que dentro de su análisis incorporan el enfoque de los derechos humanos son muy escasas.

Hay un consenso general en reconocer que los impactos en los indicadores o en los procesos que dan cuenta de la salud y la enfermedad están atravesados por factores socioculturales. En los estudios priman las explicaciones de carácter biológico, que no establecen la relación entre desarrollo, pobreza, patrón de salud e inequidad de género. En este sentido, se relevan los estudios que presentan análisis inclusivos, que inciden principalmente en el campo de las brechas, aunque en la práctica no necesariamente son reconocidos y explicitados como vínculos con los derechos humanos.

a. *Las inequidades socioeconómicas y la salud de la población*

En términos de situación económica y social, el Perú, al igual que otros países de América Latina, está influenciado tanto por la liberalización de la economía como por la exigencia de demandas sociales básicas, muchas de ellas insatisfechas y que se producen en un contexto de corrupción, desconfianzas profundas y descuidos sociales y económicos²⁵ que han profundizado más aún las brechas y que han tenido consecuencias directas en los perfiles epidemiológicos. Las brechas en las condiciones económicas y sociales tienen un efecto directo en la calidad de vida de la población, y por lo tanto en su salud: están relacionadas no sólo con los ingresos financieros sino también con la calidad de la vivienda, los servicios básicos, el entorno o medio

25 De acuerdo con algunos métodos de medición de la pobreza, en el año 2000 alrededor de 50% de las familias peruanas se encontraban en situación de pobreza, es decir, no podían cubrir el costo de la canasta mínima de consumo. El 20% de la población nacional se encontraba en pobreza extrema; en las zonas rurales, la proporción era mayor.

ambiente, el descanso y el recreo, la participación y la educación. Las brechas son geográficas, de género, de zona de residencia (urbana-rural), así como de carácter cultural. Por ejemplo, si bien es cierto que las tasas de analfabetismo han disminuido considerablemente, aún subsisten diferencias entre hombres y mujeres, siendo las más afectadas las mujeres de las zonas rurales.

Diversos estudios señalan que en el Perú existen varias brechas según el nivel de pobreza, así como una gran variabilidad en el perfil epidemiológico.²⁶ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala, en el *Análisis de salud*,²⁷ que las 10 mayores causas de muerte en el Perú en el 2000, estuvieron relacionadas principalmente con las infecciones; entre éstas, las principales fueron las infecciones respiratorias agudas (16,3%), las enfermedades infecciosas intestinales (7,7%) y la tuberculosis (5,0%), acompañadas de enfermedades degenerativas, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón (5,4%), enfermedades cerebrovasculares (4,0%), enfermedades del aparato urinario (3,5%), enfermedad isquémica del corazón (3,2%) y otras enfermedades del aparato digestivo (3,2%). La mayor concentración de las muertes por infección se encuentra en las poblaciones pobres, cuya probabilidad de muerte en general es cinco veces mayor que la que ocurre en poblaciones con mayores recursos.

Carlos Bardalez, en su publicación *Salud de la población*,²⁸ revisa la evolución de los problemas de salud durante las últimas décadas y señala los puntos críticos del sistema; éstos requieren urgente modificación, dado que los resultados que ofrece el actual sistema no tienen el

26 Lineamientos de política del sector Salud 1995-2000 y Lineamientos de política del sector Salud 2002-2012.

27 OPS. *Análisis de salud. Datos de salud de países*. .1.110/spanish/sha/prflper.html#asis» <http://165.158.1.110/spanish/sha/prflper.html#asis> Mayo del 2003.

28 CIES. Revista Económica y Sociedad. Boletín N.º 44. Marzo 2002.

impacto esperado en el campo de los indicadores. El autor señala que éstos se caracterizan por una escasa reducción de la tasa materna y perinatal, un incremento de la morbilidad y mortalidad, así como la alta prevalencia de enfermedades infecciosas, que conviven con el incremento de enfermedades no transmisibles, accidentes y violencia. Bardalez menciona que si bien es cierto que se ha producido una evidente mejora de los servicios, éstos continúan siendo más inequitativos que en otros países cuyo nivel socioeconómico es menor.

b. Las brechas culturales y los aportes al diálogo intercultural

La situación de la salud de las comunidades marginadas no sólo tiene relación con la falta de acceso a los recursos socioeconómicos sino que también se halla intermediada por una sistema de dominación y discriminación cultural presente en todo el país. En concreto, las diversas concepciones locales se contraponen con el sistema oficial de salud, estableciéndose muchas veces distancias irreconciliables. Sin embargo, los avances en el campo de la cultura y la salud son aún incipientes, lo cual tal vez sea producto del énfasis en el aspecto biomédico y la escasa intervención de las ciencias sociales, particularmente de la Antropología, cuya perspectiva, que incluye el uso de los métodos cualitativos, constituiría un aporte.

El esfuerzo por relacionar la Antropología con la salud se viene produciendo desde 1955, cuando el antropólogo Benjamin D. Paul publicó el libro *Health, Culture and Community*.²⁹ Sin embargo, recién en los ochenta se reconoció la relevancia de la Antropología y del uso de aproximaciones cualitativas a los problemas de salud pública. La falta de resultados en una comprensión amplia de la salud-

29 http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/_Spanish/course/session2/antro.htm

enfermedad y el advenimiento de nuevas epidemias como el VIH-sida generaron el interés en abordar también el ámbito de los comportamientos de las personas —sobre todo en el campo de la sexualidad—, que se hallan fuertemente influidos por la cultura y los factores socioeconómicos. En este sentido, constituyen un aporte los estudios realizados por Carmen Yon —*Preferencias reproductivas y anti-concepción. Hablan las mujeres andinas* (2001)—, Astrid Band y Angélica Motta —*Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali* (2001)—, Nydia Villavicencio —*Hablan las mujeres de Ucayali* (2002) y Flor de Belén Angulo Tuesta —*Hablan las mujeres de San Martín* (2002)—, editados en Lima por el Movimiento Manuela Ramos como parte de la serie Género y Salud Reproductiva.

Estos estudios sistematizan los hallazgos de los autodiagnósticos comunitarios, metodología desarrollada en el marco del Proyecto Repro-Salud que ejecuta el Movimiento Manuela Ramos. Las publicaciones dan a conocer tanto las percepciones de las mujeres provenientes de las comunidades andinas de cuatro departamentos del país, como de dos departamentos de la selva, incluyendo comunidades nativas.

El estudio de Carmen Yon busca identificar de qué manera las mujeres establecen sus decisiones reproductivas, dado que, según lo planteado por la autora, el ejercicio de los derechos reproductivos se basa en la libertad de las personas para tomar decisiones, lo cual implica conocer y comprender qué desean las mujeres y cómo configuran sus preferencias. El texto contribuye al conocimiento y la comprensión de la lógica interna que subyace las preferencias reproductivas y anticonceptivas de las poblaciones quechua y aimara y señala las dificultades para ponerlas en práctica. Asimismo, explora temas como el significado de tener hijos, las causas que las mujeres atribuyen al contraste entre el número de hijos deseados y los que tienen en realidad, el por qué algunos métodos anticonceptivos gozan de mayor preferencia que otros, el rol de los hombres en las decisiones reproductivas, las relaciones sociales y las concepciones de género que facilitan o dificultan el control de la propia fecundidad de las mujeres.

Por su parte, Astrid Band y Angélica Motta, en su estudio *Género y salud reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali*, presentan los hallazgos sobre los procesos de salud reproductiva enlazándolos con las relaciones de género. Abordan el tema de los roles y las responsabilidades masculinas y femeninas y buscan pistas sobre la dinámica de las relaciones y la manera como se vive la sexualidad. Presentan las concepciones generales sobre la salud, la enfermedad y las prácticas curativas; abordan los procesos reproductivos, así como las complicaciones y los malestares asociados a éstos, entre los cuales tienen mucha importancia el “descenso” vaginal, el aborto y otros problemas ginecológicos como el prolapso. También hacen un análisis de los recursos de salud que utilizan las mujeres y de la relación que establecen con los servicios oficiales de salud. Como parte del estudio se presentan las áreas críticas y las fortalezas de las mujeres para superar los problemas de salud reproductiva y lograr una mayor equidad de género. Parte de la información presenta también un análisis específico de las comunidades shipiba.

En el campo de la sexualidad de los y las adolescentes, se ha identificado *Construcción social de la sexualidad adolescente: género y salud sexual*, de Alicia Quintana Sánchez y Ernesto Vásquez Del Águila, publicados en Lima por el Instituto de Educación y Salud. El estudio aporta información sobre las formas en que los adolescentes de 15 a 19 años de un sector popular de Lima construyen su sexualidad en un escenario sociocultural marcado por la coexistencia de discursos contradictorios, de asimetrías y relativa equidad de género, de patrones de comportamiento patriarcales y machistas, así como de apertura democrática. El texto da cuenta de la manera en que ellos recrean el discurso social y sus representaciones, haciéndolos suyos, confrontándolos con la realidad cotidiana en la que se encuentran, y presentando diferentes manifestaciones —sociales e individuales— de la sexualidad, las mismas que transgreden este imaginario sociocultural o bien se adecuan a él. En el estudio se analizan tanto las prescripciones como las prohibiciones culturales diferenciadas para cada género, lo que puede determinar y

también explicar la asimetría de las relaciones, en el sentido de que hay saberes, vivencias y significaciones distintas.

El estudio señala de qué manera las experiencias de los adolescentes están marcadas por un mundo de prejuicios y leyendas caracterizados por mandatos culturales e imperativos sociales, con divorcios entre lo que se dice y lo que se practica, y con la presencia frecuente de mensajes conservadores y estereotipados. Asimismo, sostiene que la formalización a través del matrimonio disminuye cada vez más debido, principalmente, al acceso de las mujeres a mayores grados de escolaridad. Las escuelas son el medio por el cual los y las adolescentes reciben mayor información, y tal vez constituyen la fuente más valorada. Al igual que en otros grupos sociales, es a las mujeres a quienes más se les niega el acceso al erotismo y al placer sexual, a la vez que se exalta la sexualidad del varón. El control sobre las mujeres sigue siendo muy fuerte y temas como la virginidad continúan vigentes. Existe una escasa relación entre los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de algunas mujeres y su práctica desprotegida frente al riesgo de contagiarse de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o sida y de interrumpir el embarazo; se constata, así mismo, que ellas actúan muy influenciadas por los juicios y la censura de la pareja.

La investigación antropológica también ha permitido incursionar en otros campos de la salud, tal como lo demuestran los estudios del Programa de Investigación en Enfermedades Tropicales (IET) de la OMS. En la producción nacional, se cuenta con el *Estudio socioantropológico de enfermedades que cursan el síndrome íctero-hemorrágico en Ayacucho y el Cusco*, del Ministerio de Salud y la Universidad Cayetano Heredia. Dicha investigación fue desarrollada con el propósito de identificar la cultura sanitaria de los diversos actores sociales de los valles del río Apurímac y La Convención respecto a las enfermedades con síndrome febril hemorrágico agudo y febril íctero agudo. El estudio recoge información, opiniones y percepciones de trabajadores de salud,

promotores y agentes comunitarios, así como de personal de las ONG que trabajan en cuatro comunidades seleccionadas de Ayacucho y Cuzco. De esta manera, permite identificar y explicar las concepciones locales acerca de los síntomas y signos de las enfermedades citadas, así como las prácticas que lleva a cabo la comunidad para prevenir o atender la enfermedad. Así mismo, explora las actitudes de la población respecto a los tratamientos existentes y las prácticas preventivas que plantea el Ministerio de Salud.

Desde el lado de los prestadores de servicios de salud, se identifican los conocimientos técnicos sobre dichas enfermedades, así como sus actitudes tanto hacia éstas como hacia los enfermos. El estudio se realiza a partir de los testimonios y las percepciones de las personas que sufren, tratan, diagnostican, siguen, interpretan, niegan o enfrentan enfermedades asociadas a los síndromes hemorrágico e icterico; los entrevistados reflexionan sobre los signos, los significados y las acciones que se presentan en torno a las enfermedades.

El tema de la relación entre salud pública y ciencias sociales remite al de la interculturalidad en salud, que es expresión de un país cuya población es heterogénea en sus tradiciones, sistemas productivos y condiciones de vida cotidiana, tanto sociales como culturales. Este texto presenta una recolección sistemática de información que permite comprender mejor la compleja relación que existe entre los pobladores, los agentes comunitarios y los servicios de salud.

Tal como puede verse en estos estudios, para comprender cabalmente las necesidades de salud de las personas es necesario observar el contexto más amplio de sus vidas y ubicar los problemas que ellas encaran, que suelen denominarse “necesidades de salud” pero que nosotros preferimos llamar “necesidades de derechos humanos”.³⁰ En

30 Esta precisión releva un debate que analiza Rosalind Petchesky, referente a la controversia levantada entre quienes plantean que el abordaje de las necesidades básicas tiene un marco de referencia ética y socialmente superior al de los derechos humanos, dado que las primeras sí responden a una población que requiere

este sentido, los aportes que se encuentran en el estudio de caso *Mujeres de negro, la muerte materna en zonas rurales del Perú*, coordinado por Jeannine Anderson y publicado en Lima por el Ministerio de Salud. Proyecto 2000. USAID (1999) son sumamente útiles para comprender las razones de la muerte materna y cómo ésta termina siendo un resultado de las condiciones de precariedad de las mujeres, pero también del abandono que sufren por parte del Estado. El objetivo de este estudio consiste en ampliar el conocimiento sobre los contextos en que ocurrieron las muertes de madres de las zonas rurales e identificar las percepciones, actitudes y prácticas de las parejas, familiares y vecinos de las personas fallecidas. Sostiene que identificar el acceso al uso de cuidados oportunos contribuye a la disminución de la mortalidad materna.

Este estudio aporta una nueva mirada en el análisis de la muerte materna, y provee un rico material para analizar la problemática desde la perspectiva de los derechos humanos. Se profundiza en las causas subyacentes que explican la muerte materna, para introducirnos en una visión integral en la que el Estado tiene particular relevancia. Asimismo, nos da pistas para analizar globalmente tanto la organización social en la que se hallan inmersas las víctimas de muerte materna como el rol de los servicios. En el análisis de la organización social se incluye la situación de las mujeres, enmarcada en el contexto de la inequidad de género y la alta vulnerabilidad en la que se producen el embarazo, el parto y el puerperio, así como el rol que juega la red comunitaria, que incluye a la familia y a los propios

urgente atención, mientras que los otros involucran distintas expectativas, no necesariamente asociadas a los más pobres. En su artículo, Petchesky señala que ésta es una falsa dicotomía, y que justamente los derechos humanos están relacionados con la satisfacción de estas necesidades básicas. Véase "Derechos y necesidades: repensando las conexiones en los debates sobre salud reproductiva" en *Derechos sexuales y reproductivos, aportes y diálogos contemporáneos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Programa de Estudios de Género, 2001.

establecimientos, pasando por la importancia que tienen los recursos económicos y financieros para acceder a los servicios.

c. *Los problemas de salud frecuentes pero generalmente ignorados*

Dentro de los problemas de salud frecuentes pero generalmente ignorados encontramos estudios sobre temas íntimamente ligados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Debido a las brechas de género que todavía existen en el país, no sorprende que estos temas no sean valorados.

Si bien es cierto que la tasa de fecundidad ha disminuido en términos absolutos y por regiones, entre la fecundidad real y la deseada se mantiene aún una brecha que afecta principalmente a las mujeres que habitan en las zonas rurales. La esperanza de vida se ha incrementado y, sin embargo, parte importante de la población aún no logra acceder al control de su propia fecundidad. Estos temas están presentes en el estudio *Aborto clandestino en el Perú, hechos y cifras*, de Delicia Ferrando (2002), publicado por el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán en Lima. En esta publicación se señala que, en el Perú, cada año ocurren al menos 350.000 abortos clandestinos que tienen relación directa con embarazos no deseados. En el análisis que el estudio presenta se señala que cerca de 25% de las mujeres que no quieren tener hijos no se encuentran suficientemente protegidas de un embarazo no deseado, lo que indica no sólo problemas de acceso a los métodos anticonceptivos sino también falta de información y barreras tanto culturales como socio-económicas. El aborto clandestino también tiene un impacto directo en los resultados de salud: el estudio demuestra que las mujeres más pobres, aquellas que recurren a servicios inseguros, presentan un nivel de complicación ocho veces mayor que el de las mujeres que recurren a servicios seguros.

En el tema de las prevalencias, destaca también el *Estudio de violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú, estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres*, desarrollado por Ana Gúezmes, Nancy Palomino y Miguel Ramos y publicado en el 2002 en Lima por el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Organización Mundial de la Salud.

La importancia de este estudio radica en que es el primero en su género que se realiza en el país, en el sentido de que aborda la violencia desde una perspectiva epidemiológica y de derechos humanos y da cuenta de hechos de los que difícilmente se habla. Esto ha obligado a que el estudio guarde consideraciones éticas muy rigurosas no sólo por lo traumático que resulta el tema para las propias víctimas sino también por las garantías de seguridad que requieren, pues en el momento en que se realizó la investigación, muchas de las informantes clave continuaban viviendo en contextos de violencia.

El estudio presenta información acerca de 1.414 mujeres de Lima Metropolitana y 1.837 mujeres del departamento del Cuzco, de las áreas urbana y rural. Muestra evidencias acerca de la magnitud de la violencia y de las estrategias utilizadas por las mujeres para enfrentarla. Tal como se señala en el estudio, la violencia es un tema muy sensible, difícil de precisar en términos de magnitud, y toca aspectos fundamentales de poder, género y sexualidad, los cuales suelen quedar como temas pertenecientes al ámbito privado. La investigación aporta datos relevantes, tales como que 51% de las mujeres de Lima y 68,9% de las de Cuzco han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja. La mayor parte de las mujeres violentadas ha sufrido diversos grados de daño físico, que van desde rasguños y moretones hasta heridas, fracturas, dientes rotos y quemaduras. El embarazo no se constituye en una etapa protectora, pues en muchos casos la agresión contra las mujeres es más evidente durante este periodo.

El estudio también señala la alta prevalencia de violencia sexual durante la niñez y la adolescencia, perpetrada por familiares cercanos; muchas de estas agresiones son vividas en silencio.

Se abordan también las concepciones que existen alrededor de la violencia, que en muchos casos termina siendo una conducta aceptada. Finalmente, se hace una revisión de la forma en que las propias víctimas enfrentan la violencia, señalando los lugares a donde recurren así como el apoyo que reciben por parte de los servicios.

6.1.2 Publicaciones que documentan las violaciones y abusos cometidos por actores y/o instituciones del Estado

A diferencia de otras áreas de análisis de los derechos humanos, los abusos del Estado en el campo de la salud pública han sido muy poco estudiados. De las investigaciones identificadas para el presente texto, cinco tratan sobre los derechos sexuales y reproductivos, tres se refieren a la violencia sexual y familiar, y una a la contaminación del medio ambiente. Las investigaciones muestran de qué manera las personas más afectadas por las violaciones son las mujeres, los pobres y los menores de edad; la problemática se complejiza debido a que la mayor parte de estas personas tiene dificultades de acceso a los servicios por aspectos relacionados con la edad, clase y etnia.³¹

a. Derecho a la libre e informada decisión en la planificación familiar

Se han identificado cinco estudios que documentan las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos en el país, particularmente al

31 Varias de las denuncias de violaciones ocurren en poblaciones alejadas y afectan a mujeres que por lo general no hablan el idioma español.

derecho a la libre e informada decisión de las mujeres y los hombres respecto a la reproducción y al uso de métodos anticonceptivos. Dos estudios provienen de ONG, ambos a cargo de Giulia Tamayo, abogada feminista, y el resto de la Defensoría del Pueblo. Estas publicaciones relevan que los principales infractores son los proveedores de los servicios públicos, quienes por acción o por inacción terminan transgrediendo los derechos de las personas. Estas violaciones se producen en circunstancias de alta vulnerabilidad para las propias personas —particularmente para las mujeres—, ya sea cuando solicitan asistencia médica o cuando recurren a los servicios para buscar justicia. Además, en la interrelación de los proveedores de salud con las mujeres se produce maltrato y violencia física y psicológica, lo que muchas veces pone en riesgo la propia salud y seguridad de las mujeres afectadas. Los estudios abarcan hasta tres periodos de gobierno distintos: Fujimori, Paniagua y Toledo.

Tanto Tamayo como la Defensoría del Pueblo señalan las políticas o acciones discriminatorias que se producen desde los servidores del Estado, que casi siempre resultan siendo prácticas sistemáticas y extendidas, insertadas de manera muy arraigada en lo que se denominan las “culturas institucionales”, cuya base es el escaso reconocimiento de los derechos de las mujeres y la justificación de su subordinación. Así, los servicios de salud o de justicia se constituyen en espacios de amenaza más que en garantías de provisión de asistencia, reparación de daños o acceso a la justicia debida.

Giulia Tamayo, en su libro sobre derechos sexuales y reproductivos —*Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001—, señala que las violaciones de derechos en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción ocurren en dos sentidos: i) cuando las dimensiones de la sexualidad y la reproducción se constituyen en cuestiones públicas mediante las cuales se puede ejercer “prohibiciones, disponer intervenciones e imponer sanciones, en nombre de la moral, el progreso

o el honor” y ii) cuando las dimensiones de la sexualidad son tratadas “como asuntos de ámbito privado” con el fin de justificar la desprotección o inacción del Estado.

Este análisis calza plenamente con las ideas encontradas en las publicaciones de Giulia Tamayo *Nada personal: reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú (1996-1998)* y *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*, la primera editada por Flora Tristán en 1998 y la segunda por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) y el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) en 1999. En ambas publicaciones se observan claramente los aspectos de sexualidad y reproducción que se constituyen en cuestiones públicas.

En este mismo sentido aportan las siguientes publicaciones de la Defensoría del Pueblo: *Informe defensorial N° 7, Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria I: casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, 1998; *Informe defensorial N° 27, La aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y los derechos reproductivos II: casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, 2000; y el *Informe defensorial N.° 69, La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, 2002.

Tanto en *Nada personal: reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú (1996-1998)* como en el *Primer informe defensorial de la Defensoría del Pueblo* se analizan las condiciones en las que, durante la gestión de Fujimori, el Estado peruano desarrolló, en el campo de la salud reproductiva, una política asociada con la aplicación compulsiva de algunos métodos de planificación familiar, particularmente las anticoncepciones quirúrgicas. Ambos estudios, basados en casos recogidos a lo largo del país, demuestran la existencia de esterilizaciones forzadas en las cuales el Estado tuvo una responsabilidad directa al fijar “metas preestable-

cidas” sin reparar en la calidad de los servicios. Muchas de las intervenciones se realizaron vulnerando el derecho de las mujeres a dar su consentimiento luego de haber adquirido la información necesaria, con lo cual se afectó su integridad física y se puso en grave riesgo su salud. Se encontró que las mujeres afectadas también enfrentaron muchos problemas para acceder a la justicia, pues no encontraron reparaciones justas y oportunas ni sanción para los responsables. Ambas investigaciones también se ocuparon de las campañas, principal mecanismo para “captar usuarias”. Dichas acciones se realizaron en las poblaciones más pobres del país, lo cual terminó implicando una práctica discriminatoria, al reducirse la oferta de métodos anticonceptivos a la esterilización definitiva.

Si se trata de entender la lógica que estuvo a la base de estas violaciones, se puede decir que fueron el resultado de la excesiva influencia del enfoque demográfico y económico en las políticas públicas, cuya aplicación resulta muchas veces incompatible con el ejercicio de los derechos humanos, particularmente de los derechos sexuales y reproductivos. Aunque en términos discursivos la aplicación de estos programas se sustentó en los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, en la práctica se pudo observar que estos acuerdos nunca fueron incluidos, lo que dio como resultado que se produjeran las violaciones documentadas en los estudios.

El segundo informe de la Defensoría, *Informe defensorial N° 27. La aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y los derechos reproductivos II: casos investigados por la Defensoría del Pueblo. Lima, 2000*, realiza un seguimiento a las aplicaciones de las reformas adoptados por el Ministerio de Salud a partir de marzo de 1998. Concluye que, a partir de esta fecha, se redujo el número de los abusos e irregularidades.

El tercer informe de la Defensoría, *Informe defensorial N.° 69. La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos: casos investigados por la Defensoría del Pueblo. Lima,*

2002 fue realizado durante los periodos de Paniagua —gobierno de transición— y de Toledo. Describe las denuncias de las mujeres, referidas principalmente a la restricción al acceso a métodos anti-conceptivos y al incumplimiento de las leyes y normas nacionales que respaldan plenamente los derechos sexuales y reproductivos, todo lo cual se traduce en la existencia de barreras, pagos indebidos y otras acciones. El cambio de gobierno y la nueva orientación política en el campo de la salud sexual y reproductiva generó nuevos problemas cuyo impacto en los resultados fue similar. Ello se refleja en la mayor parte de las denuncias que recoge el informe defensorial N° 69, el cual documenta las quejas de las usuarias de los servicios, que vieron violentado su derecho a acceder a éstos y principalmente a los métodos anticonceptivos. El estudio identifica los siguientes hallazgos: reducción del número de intervenciones de anticoncepción quirúrgica voluntaria; desarrollo de algunas jornadas de anticoncepción quirúrgica voluntaria en las que no se garantizó la calidad de la atención; restricción al acceso y la información sobre métodos anticonceptivos —el estudio identificó 17 casos de restricción, 7 de los cuales han sido confirmados como fundados—; realización de cobros indebidos con el fin de restringir el acceso a métodos de planificación familiar. Se señala también la ausencia de la práctica del periodo de reflexión aprobado en las normas de atención, la ausencia de servicios de consejería y la falta de distribución de la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a pesar de que existe una resolución que aprueba su uso.

Como se puede ver, el eje central de todas estas violaciones está relacionado con concepciones de políticas de población y con el poco reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Aunque las políticas de ambos gobiernos están sustentadas en enfoques opuestos —en un caso tendentes a la limitación y en el otro a la extensión de la población—, ambas producen los mismos resultados, en la medida en que impactan en la decisión libre e informada de las personas.

b. *Derecho a la protección y recursos en casos de violencia sexual y familiar*

Se han identificado tres estudios que documentan violaciones en la respuesta del Estado. Éstas son una muestra del segundo tipo de violaciones al que hace referencia Tamayo: cuando las dimensiones de la sexualidad son tratadas “como asuntos de ámbito privado”, justificándose de esta manera la desprotección o inacción del Estado.³² Todos los documentos son reportados por la Defensoría del Pueblo: *Informe defensorial N.º 21. La violencia sexual: un problema de seguridad ciudadana. Las voces de las víctimas*, Lima, 2000; *Informe defensorial N.º 61. Violencia familiar contra la mujer en el Callao*, Lima, 2001; e *Informe defensorial N.º 52. Violencia sexual contra menores de edad en Arequipa*, Lima, 2000.

Tanto la declaración como la plataforma de acción de Beijing definen la violencia contra la mujer como “todo acto que por razones de género tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea en el ámbito público o privado” e identifican este tipo de violencia como una de las graves consecuencias de la inequidad de género que existe entre hombres y mujeres.

Tal como lo señalan diversos informes, la mujer puede sufrir violencia a cualquier edad y en cualquier ámbito social, y a pesar del reconocimiento de que esta situación constituye una violación a los derechos humanos, los sistemas asistenciales y legales, de diversas maneras, se niegan a intervenir o bloquean el abordaje del problema bajo el entendimiento de que se trata de temas privados. Según reportes del INEI, 25% de las mujeres sufren algún tipo de violencia; estudios realizados con mayor profundidad, como el que llevaron a

32 Tamayo Giulia. *Bajo la Piel. Derechos sexuales y reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2000.

cabo la OMS, Flora Tristán y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, mencionan que esta prevalencia se incrementa casi al 60%.

A pesar de la extensión y el reconocimiento de que estos hechos constituyen un problema de salud pública —por la gravedad de los daños y por los costos económicos y sociales que producen—, los hombres que golpean o violan a sus parejas o a otras mujeres rara vez son procesados, debido a que aún no se comprende que la violencia contra la mujer es un atentado contra los derechos humanos y todavía se asume que constituye una forma de relación socialmente aceptada al interior de las parejas o se considera que es un delito motivado por las propias víctimas.

El informe defensorial N° 21 recoge las quejas presentadas contra las comisarias, los juzgados y las fiscalías, así como contra los médicos legistas, por la deficiente atención prestada a las víctimas de la violencia familiar y sexual. En estas quejas, tanto las víctimas como los familiares cuestionan el trato recibido durante el reconocimiento médico a cargo del Instituto de Medicina Legal. Se señala la incomodidad que siente la víctima durante el reconocimiento médico debido a la presencia de varios profesionales, su malestar ante ciertas preguntas, su desconcierto porque no se le permite estar acompañada por un familiar, el dolor y la vergüenza que experimenta cuando es desnudada y se le examinan las zonas íntimas de su cuerpo, el hecho de que los exámenes sean realizados por personal masculino, y los maltratos verbales que éste dirige tanto a la víctima como a los familiares.

Esta investigación permite aproximarse de manera más integral a la respuesta del Estado frente a las denuncias de violencia sexual, que no se resuelven sólo agravando las sanciones —como parece ser la tendencia del marco legal— sino evitando que la víctima sufra un trato discriminatorio y humillante, que agudiza aún más la injusticia y el atentado a sus derechos humanos.

El *Informe defensorial N° 52. Violencia sexual contra menores de edad en Arequipa* aborda el drama de la violencia sexual cuando las

víctimas son niños y niñas. Analiza algunos casos emblemáticos a través de los cuales se llama la atención sobre una problemática que, en realidad, afecta a una cantidad mucho mayor de personas. El informe señala que cada año el Instituto de Medicina Legal reporta aproximadamente 400 casos de niños que sufren violencia sexual y, sin embargo, en un año sólo se procesaron 43 casos. Ello demuestra la tendencia a que muchos de los casos no se denuncien para no involucrar como perpetradores del delito a personas que pertenecen al entorno familiar. El informe también dice que a pesar de la magnitud del problema, el Ministerio de Salud no ha establecido programas de prevención, atención y mucho menos rehabilitación de las víctimas. También llama la atención sobre la indiferencia de la Policía, que no registra las denuncias y permite que muchos de estos delitos queden en la impunidad. Por ejemplo, no se registran las denuncias en las que el delito tiene cierta antigüedad. Finalmente, señala los problemas de calidad de atención del Instituto de Medicina Legal, que violentan la intimidad a la que tienen derecho las víctimas.

El *Informe defensorial N° 61. Violencia familiar contra la mujer en el Callao*, brinda un panorama de la aplicación de la Ley de Violencia Doméstica en las comisarías del Callao. Las faltas que ha cometido el personal encargado de la atención de los casos de violencia doméstica han estado referidas a la negativa de recibir denuncias cuando la víctima no presentaba signos de violencia física, el desconocimiento de los policías para registrar las denuncias, el retardo en la tramitación de éstas y el hecho de que tanto las denuncias como las conciliaciones realizadas en la comisaría sean archivadas. El estudio relevó que el alto índice de violencia familiar que se produce en el Callao se explica en el contexto de la inequidad de género; señaló que la mayor conciencia de las mujeres acerca de que la violencia constituye un delito se evidencia en el alto número de denuncias; identificó serias deficiencias de la acción del Estado en el abordaje de la violencia doméstica, lo que acrecienta el daño y el sufrimiento de las víctimas. Asimismo, llamó la atención sobre la carencia de recursos humanos capacitados para atender los casos

de violencia contra la mujer; la existencia de trabas institucionales para atender las demandas de las mujeres; la alta incidencia de expedientes archivados, lo que demuestra que muchas denuncias son abandonadas; y por último, la falla de supervisión por parte del Ministerio Público, así como la ausencia de condenas, que muestra que la mayoría de los casos queda en la impunidad.

c. Derecho al entorno saludable o a la protección contra la contaminación ambiental

Uno de los más graves problemas que afecta a América Latina y el Caribe consiste en que los desechos producidos en países del primer mundo suelen terminar en esta zona; con mucha frecuencia, la acción de las transnacionales afecta el medio ambiente sin que se produzca una mayor sanción ni se repare el daño. El tema de la contaminación ambiental fue introducido en la OEA en el año 2001, mediante la Resolución 1819, lo que ha permitido el reconocimiento de la vinculación entre los desechos tóxicos y el cuidado del medio ambiente.

El abordaje del tema reviste gran importancia para América Latina debido a lo siguiente:

- La existencia de un proceso sistemático de degradación ambiental en la región, facilitado por la pobreza de la población y la riqueza de los recursos naturales; en este contexto se han generado políticas de devastación indiscriminada que violan los derechos humanos de los habitantes.
- La existencia de daños irreversibles.
- El total abandono que sufren las víctimas, que por lo general son pobres y carecen de la protección del Estado.

Tanto en el campo de la salud como en el de los derechos humanos, el tema de la contaminación ambiental ha sido largamente ignorado, a pesar de que se han presentado problemas en distintas

partes del país y del mundo. Uno de los ejemplos más conocidos fue Costa Rica, donde entre 1967 y 1979 las empresas bananeras utilizaron el plaguicida tóxico DBCP, que causó la esterilidad irreversible de más de 11.000 trabajadores. La prohibición de utilizar este producto en Estados Unidos data de 1975; sin embargo, la empresa Standard Fruti lo siguió importando hasta 1979, y el gobierno de Costa Rica recién lo prohibió en el año 1988. Sin embargo, a la fecha este mismo producto aún se viene usando en varias zonas de dicho país.³³

Otro caso dramático ocurrido en el Perú fue el de la escuela de Taucamarca, Cuzco. En octubre de 1999, 25 niños de 4 a 14 años de edad fallecieron envenenados, y 18 sufrieron intoxicación grave con consecuencias permanentes para su salud al contaminarse un sustituto de la leche con el pesticida folidol, que era vendido por la empresa Bayer sin la debida información acerca de su peligrosidad. Las familias de las víctimas denunciaron a la empresa y al Ministerio de Agricultura; sin embargo, ni la Bayer ni el Estado tomaron ninguna medida. Este caso demuestra el descuido con el que se manejan muchos de los productos tóxicos, que se emplean sin tomar las mínimas medidas para proteger la seguridad tanto de los trabajadores como de las personas que viven en la zona. No se puede ignorar que todo ello ocurre en un contexto de corrupción estatal, relaciones de poder y desigualdades sociales.

Este tema ha permitido poner en evidencia la responsabilidad del Estado y de las organizaciones privadas con fines de lucro. No son muchos los estudios que abordan esta problemática. Tal como lo reconocen los especialistas en el tema, el impacto de las consecuencias de la contaminación ambiental profundiza los problemas que enfrentan las poblaciones pobres, las cuales por lo general se hallan totalmente desprotegidas de la acción del Estado. Esto es lo que señala el reporte

33 http://www.cedha.org.ar/docs/doc93-spa.htm#_Toc22022431

de la Defensoría del Pueblo en el *Informe defensorial N° 62. El caso del derrame de mercurio que afectó las localidades de San Sebastián de Choropampa, Magdalena y San Juan en la provincia de Cajamarca*, Lima 2001.

Dicho estudio describe las consecuencias de un derrame de mercurio causado, en junio del año 2000, por un camión perteneciente a una de las principales compañías mineras que operan en la zona. El mercurio, tal como se conoce, es una sustancia de alta toxicidad y en este caso afectó de manera directa la salud de 47 personas. Este hecho no sólo sirvió para identificar una serie de problemas de salud pública, sino que también mostró las deficiencias de las instituciones públicas, que no protegieron adecuadamente la salud de la población a pesar del riesgo al que ésta estuvo expuesta.

La intoxicación por mercurio produce múltiples síntomas que van desde diarreas, disneas y problemas dérmicos hasta el daño al sistema nervioso cuando la exposición es crónica. La investigación de la Defensoría señaló a varios responsables en diferentes niveles. Así, podemos mencionar la inadecuada información que se brindó a los pobladores sobre las consecuencias del derrame de mercurio; el incumplimiento del Ministerio de Salud, que estaba obligado a informar a la comunidad acerca de los riesgos de contaminación con mercurio y que, una vez producido el derrame, no tomó las previsiones del caso; las condiciones de vulnerabilidad de los pobladores debido a su pobreza y escasez de recursos, lo que generó que ellos mismos se pusieran en mayor riesgo al tratar de recoger el mercurio derramado; la responsabilidad de la empresa minera, que expuso al peligro a los pobladores al ofrecerles un pago por recoger el mercurio sin que existieran las condiciones adecuadas para cumplir esa tarea.

La irresponsabilidad de los ministerios de Salud y de Energía y Minas quedó demostrada en la inexistencia de supervisión sobre el quehacer de las empresas privadas y en la demora con la que tomaron previsiones para evitar una mayor contaminación del ambiente. Así, el accidente puso en evidencia la falta de control de las autoridades

públicas sobre los procesos industriales, y los vacíos legales en el tratamiento de la contaminación ambiental.

6.1.3 Publicaciones que documentan las respuestas de la población, en particular de los grupos directamente afectados, para incidir en las políticas

El informe *Salud, derechos y realidades de las mujeres en el Perú: un análisis del Proyecto ReproSalud*, escrito por Anna-Britt Coe y publicado por el Centro de Equidad en Salud y Género en el 2001, proporciona una crítica objetiva del Proyecto ReproSalud, guiada por el propósito de aprender del uso de sus estrategias innovadoras para la promoción de la salud y los derechos reproductivos. El Proyecto ReproSalud busca promover la salud reproductiva y los derechos reproductivos entre las mujeres rurales y periurbanas, que constituyen un sector históricamente marginado. El texto analiza la efectividad de las estrategias del Proyecto ReproSalud, las cuales se apartan del enfoque utilizado por los programas tradicionales de planificación familiar.

Primero, ReproSalud no entrega servicios sino que, por el contrario, enfatiza la capacitación y movilización de las organizaciones comunitarias de base (OCB) y de las mujeres como individuos para que defiendan, ellas mismas, la mejora de los servicios de salud disponibles. El proyecto promueve la participación directa de las mujeres en la identificación de sus propias prioridades de salud reproductiva y en el desarrollo de estrategias que satisfagan dichas necesidades. En segundo lugar, el proyecto alienta a las mujeres a confrontar las barreras socioeconómicas, culturales y de género que les impiden tomar decisiones y desarrollar acciones en beneficio de su salud reproductiva, incluyendo una negociación equitativa con sus parejas y dando el mejor uso posible a los servicios disponibles. ReproSalud utiliza una variedad de estrategias —incluyendo técnicas de educación popular— para confrontar las normas sociales tomando como base las condicio-

nes locales sobre salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y otros grupos comunitarios.

En este documento se examinan los factores políticos y programáticos que obstaculizan la promoción de los derechos reproductivos que realiza el proyecto. Entre ellos se encuentra el conflicto entre el enfoque participativo, basado en la perspectiva de las mujeres beneficiarias del proyecto ReproSalud, y las políticas tradicionales de la Agencia de Desarrollo Internacional del gobierno de Estados Unidos, que financia el proyecto. Con ello se da cuenta de cómo, históricamente, las políticas de esta agencia se han concentrado más bien en resultados efectistas que no toman en consideración ni el contexto social de las mujeres ni su capacidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, e ignoran muchas de sus otras necesidades de salud sexual y reproductiva.

6.2 SISTEMA DE SALUD

Los sistemas de salud que desarrollan los Estados deben garantizar la existencia de una red de seguridad, así como de otros mecanismos destinados a asegurar que las poblaciones no se vean privadas de su derecho a la atención de la salud. Para ello se requiere garantizar el acceso de la población a las estructuras de salud, las mismas que deberán disminuir la vulnerabilidad de las personas y atenuar los efectos de los problemas de salud. El acceso a los sistemas de salud incluye la obligación que tienen los Estados de garantizar a los ciudadanos los beneficios que ofrecen los progresos de la ciencia; por otra parte, las acciones tienen que estar dirigidas principalmente a quienes no poseen recursos suficientes para luchar contra las enfermedades.

Diversos análisis y denuncias sobre el desempeño de los sistemas de salud señalan que las mayores dificultades y violaciones de los derechos humanos se refieren al trato, que debería ser digno y respetuoso, así como a otros aspectos entre los que se mencionan la

admisión voluntaria, la privacidad, el derecho a recibir atención en la comunidad, a autorizar cualquier tratamiento sobre la base de información previa y a recurrir a un tribunal independiente e imparcial que determine los resarcimientos a los eventuales daños producidos por los sistemas de salud.

Esto ha motivado la generación de diversas recomendaciones, como por ejemplo la producida en 1999 por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Se trata del informe N° 63/99, referido a los pacientes psiquiátricos y a la pertinencia de utilizar estándares especiales para determinar el cumplimiento de la normatividad convencional que involucra a prisioneros y a pacientes mentales. Tampoco están ajenas las recomendaciones que se han establecido para el caso de la atención en el campo de la salud reproductiva en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, ni la atención para las personas que viven con VIH-sida señalada en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH-sida (UNGASS), realizada en el 2001, entre otras.

Tal como se ha podido observar, desde el inicio del desarrollo internacional de los derechos humanos y la preocupación sobre la salud, el debate sobre las relaciones entre salud, bienestar y desarrollo socioeconómico ha estado presente. En el caso específico del Estado peruano, el bajo desempeño en el acceso universal a los servicios de salud y la introducción de enfoques de reforma sanitaria que transfieren a las personas la responsabilidad de atender sus propias necesidades de salud ha determinado que la responsabilidad del Estado se diluya.

Algunos esfuerzos de la comunidad internacional para orientar nuevamente los roles que debe asumir el Estado se dieron en 1998, cuando la OMS y otras instituciones desarrollaron un estudio con el fin de evaluar el impacto de los sistemas de salud. En 1999 se celebró la mesa redonda de Berlín, en la que se elaboró la *Guía de 25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, que se refiere principalmente a la medición de la calidad y eficiencia de los sistemas de salud.

Esta guía incluye el análisis del contexto y los asuntos de género, de equidad e igualdad de oportunidades, tomando en consideración las especificidades por sexo, la eliminación de toda discriminación, la vigilancia y la participación de los grupos en las políticas sanitarias que les atañen. Se incluyen también los aspectos de educación e información sobre cuestiones de salud. A la fecha, esta guía ha permitido realizar un balance de los países en términos de políticas sanitarias y, a partir del mismo, se vienen produciendo recomendaciones para que los propios países orienten la mejora de sus sistemas.

La mayoría de las publicaciones revisadas para efectos de este estudio señalan el desempeño del sistema de salud y determinan si éste se constituye en un mecanismo efectivo para que las poblaciones gocen del acceso al cuidado de su salud, encontrándose que hay muy poca literatura que analiza los sistemas de salud en el marco del respeto, la protección y la realización de los derechos humanos, pues la mayoría de los estudios que se refieren a este tema ponen más bien el énfasis en lo económico.

Para el análisis de esta sección se ha considerado la siguiente organización de las publicaciones:

- Publicaciones que documentan el cumplimiento del Estado peruano en el derecho a la salud.
- Publicaciones que dan cuenta del acceso a los servicios.
- Publicaciones que dan cuenta de la equidad en salud.
- Publicaciones que dan cuenta del financiamiento del sistema de salud, según niveles de pobreza.
- Publicaciones que abordan el tratamiento de la multiculturalidad en salud.
- Publicaciones que dan cuenta de la calidad de atención en el sector público.

Entre las publicaciones revisadas que trabajan el tema del sistema de salud desde una perspectiva de derechos humanos destacan las elaboradas por Ely Alicia Yamín —*Conjugando inequidades*, CEDAL, 2001— y Javier Iguíñiz —*Economía y derechos sociales*, Centro de

Estudios y Publicaciones, 2001—, y el estudio *Derechos humanos y salud: vinculando dos perspectivas*, realizado por el Consorcio de Investigación Económica y Social (Lima, 2002). En dichos trabajos se observa con preocupación la poca capacidad del Estado peruano por garantizar la democratización de la salud.

El balance presentado por Yamín sobre el desempeño del Perú en la implementación del derecho a la salud en función de un conjunto de indicadores sociales y de salud muestra que, en la práctica, el Estado peruano no pone en marcha las recomendaciones emitidas por el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y por el Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) sobre el disfrute del más alto nivel posible de salud. Los datos presentados por el informe son alarmantes pues señalan que: i) en torno a la mortalidad total, las disparidades entre las áreas predominantemente rurales y urbanas permanecen iguales o han aumentado. Las inequidades socioeconómicas hacen que los peruanos pobres, los que viven en las áreas rurales y los indígenas sean más vulnerables que los de los centros urbanos en lo que respecta a la prevención de decesos y al exceso de morbilidad; ii) las inequidades socioeconómicas persistentes son exacerbadas por políticas de ajuste económico y estructural; iii) la respuesta del Estado peruano al exceso de morbilidad y mortalidad en las áreas marginales es inadecuada, tanto en la ley como en la práctica; iv) el Perú no ha cumplido en forma efectiva con sus obligaciones internacionales en cuanto al derecho a la salud y la no discriminación; y finalmente, v) en la Constitución y la legislación actual, el Estado peruano ha retrocedido en cuanto a la provisión de protecciones legales que aseguren los requisitos primordiales de la salud, como son la alimentación adecuada, la vivienda y ciertos derechos laborales.

Javier Iguíñiz, por su parte, reflexiona sobre la responsabilidad que asume el Estado peruano frente al derecho a la vida, a la educación y a la salud de las personas en un marco liberal. Iguíñiz manifiesta con preocupación que la responsabilidad social asumida constitucio-

nalmente en el marco liberal es limitada e insuficiente, lo que expresa el escaso interés por la conservación de la vida de las personas así como la poca conciencia moral de la sociedad. Las reformas institucionales implementadas en los años noventa no han constituido una vía hacia la convivencia pacífica en el país ya que han acentuado las brechas sociales existentes. El diseño de las políticas sociales no ha tomado en cuenta que las estrategias de superación de la pobreza deben tomar como punto de partida las estrategias que las familias pobres tienen en curso, ya que la lucha contra la pobreza es también una lucha por la ampliación de la libertad de los más pobres.

En el campo de la salud, Iguíñiz sostiene que la política de salud está influida por muchos factores, fundamentalmente el económico. En sí, la responsabilidad de la sociedad y del Estado en el campo de la salud está condicionada a la disponibilidad de recursos, y éstos tienden a asignarse en gran medida a otros fines como el servicio de la deuda o los gastos de defensa. Así, la restricción presupuestal constituye el elemento más influyente en la reforma del sistema de salud, frente a los otros problemas identificados, tales como los déficit de atención, la desigualdad en el acceso, la vulnerabilidad de la atención focalizada en los más pobres y la bajísima productividad de los servicios públicos. Pero la restricción presupuestal no opera sola como un factor causal, pues se combina con la hegemonía que ha adquirido en el mundo la propuesta de introducir criterios de mercado en la atención de los problemas de salud, y con ello, de relacionar calidad de atención y precio, convirtiendo la restricción presupuestal en un incentivo a favor de la creciente segmentación de accesos y calidades.

Finalmente, para Iguíñiz ni la defensa de la vida ni la de las condiciones mínimas para enfrentar la lucha por la existencia están siendo consideradas en el debate nacional. La distancia y desconfianza entre las personas, el individualismo como producto de la desesperación por la sobrevivencia y la falta de auténticas vocaciones políticas contribuyen a esta situación.

El estudio del Consorcio de Investigación Económica y Social analiza la protección del derecho a la salud por parte del Estado tomando como base los instrumentos internacionales. Con datos estadísticos preocupantes, deja constancia del estado de la salud reproductiva de las mujeres peruanas; de la falta de acceso a los servicios de salud, sobre todo por parte de la población rural pobre, situación que se ve agravada por la poca transparencia y oportunidad en la información; de la falta de una atención adecuada a la población, que tome en cuenta sus diversas y particulares percepciones culturales y sociales sobre la salud; de la distribución desigual de los establecimientos de salud a lo largo del territorio nacional; y finalmente, del acceso limitado a los medicamentos esenciales en los sectores de pobreza y extrema pobreza, así como del uso irracional de éstos como producto de una mala distribución y un insuficiente control de la calidad.

Otros temas sobre el sistema de salud que han sido trabajados —y en los cuales no necesariamente predomina el enfoque de derechos humanos, a pesar de que se ponen en evidencia las inequidades y limitaciones respecto al disfrute pleno de una vida saludable— son los relacionados con el acceso a los servicios, el financiamiento y el tratamiento de la interculturalidad, entre otros.

6.2.1 Acceso a servicios

Entre las publicaciones que abordan el tema del acceso a los servicios de salud tenemos las investigaciones publicadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), la primera, organización estatal; la segunda, organismo no gubernamental.

La investigación del INEI, titulada *Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú*, si bien parte de la idea de que la salud sexual y reproductiva es un derecho

humano reconocido y por tanto su ejercicio debe ser universal, no denuncia la responsabilidad del Estado frente al conjunto de indicadores sociales analizados. Este estudio busca contribuir al conocimiento de los cambios operados en la fecundidad y en los factores determinantes, así como en la atención de la salud sexual y reproductiva en un periodo de casi 25 años, para lo cual toma como fuente las cuatro encuestas demográficas y de salud familiar (ENDES) y la Encuesta Nacional de Fertilidad, realizadas por el INEI. El estudio tiene dos componentes: i) la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y ii) la contribución de los determinantes intermedios de la fecundidad. Las conclusiones a las que arriba muestran muchas disparidades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que presta el Estado a nivel nacional. En general, el estudio ofrece información actualizada de la situación de la salud sexual y reproductiva, así como del comportamiento reproductivo de las mujeres en edad fértil, a la luz de las variables, de manera desagregada en el ámbito regional y departamental.

Respecto al tema del acceso al sistema de salud, el estudio revela que las mujeres menos educadas y rurales no acceden a los establecimientos de salud tanto por factores socioculturales —temor a los efectos secundarios de los anticonceptivos, pudor ante la posibilidad de que sus partes íntimas sean observadas, miedo a ser esterilizadas, incomodidad frente el ambiente frío o demasiado iluminado de los establecimientos de salud— como por factores económicos; por ello no van a dar a luz ni a solicitar pruebas preventivas relacionadas con las ETS, el sida y el cáncer. Son más bien las mujeres urbanas, las más educadas y que residen en Lima Metropolitana y el resto de la costa las que acceden con mayor facilidad a todos los servicios que brindan los programas Salud Reproductiva y Planificación Familiar, Maternidad sin Riesgo y otros ofertados por los sectores públicos y privados.

Por su parte, Ana Cecilia Dammert, en su estudio *Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú* publicado por el

Consortio de Investigación Económica y Social y GRADE, 2001, analiza los determinantes de la mortalidad infantil enfatizando su relación con el acceso a los servicios de salud, medido a través de la atención del parto por profesionales de salud. En este contexto se emplea como marco de referencia una aproximación microeconómica a partir de la función de producción de los hogares, en los que la salud es vista como un *stock* de capital durable y el acceso a los servicios de salud como uno de los muchos insumos que participan en su producción. En el estudio la autora señala que durante la última década la evolución de la mortalidad infantil presenta una dinámica compleja. Por un lado, la tasa de mortalidad infantil muestra una reducción favorable a nivel nacional. Pero por otro, aún se observan significativas disparidades entre la zona urbana y la rural. La disminución de la tasa de mortalidad infantil en las zonas urbanas tiene una variación porcentual mayor en 10% respecto a lo observado para las zonas rurales.

En cuanto al análisis del acceso a los servicios de salud, medido a través de la atención del parto por un profesional de salud, se señala que sólo 51% del total de partos en el Perú se realizan con la asistencia de un médico u obstetrix, siendo notables las diferencias entre las zonas urbanas y rurales, en las que 79% y 17% de los partos, respectivamente, tienen asistencia de un profesional de salud. Estas diferencias obedecen tanto a factores de demanda —bajo nivel educativo de las gestantes, existencia de barreras culturales, etcétera— como a factores ligados a la oferta —diferencias en la infraestructura de servicios de salud, costos de acceso, etcétera—.

El análisis econométrico del acceso al servicio de salud muestra que las variables estadísticamente significativas que explican la atención del parto por un profesional de salud son el nivel de educación de la madre, su lengua materna, el índice de activos del hogar, la condición de asegurada de la gestante y la infraestructura de salud en el distrito. Se destaca también que uno de los principales resultados indica que aun cuando la variable bagaje cultural es estadísticamente significativa en las zonas rurales, su efecto es menor respecto a las

variables educación, edad de la madre e índice de activos del hogar. En este sentido, la remoción de las restricciones relacionadas con la educación y los niveles de bienestar entre las familias de las zonas rurales tendrá un impacto positivo aun cuando existan restricciones culturales. A su vez, la importancia de la variable acceso a medios de comunicación indica que las campañas educativas dirigidas a dotar de mayor información a las gestantes sobre salud reproductiva tienen un efecto positivo y significativo sobre el acceso a los servicios de salud, especialmente en las áreas rurales.

6.2.2 Equidad en la salud

Respecto a la equidad, encontramos el estudio *Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú, del INEI 1986, 1991-1992, 1996 y 2000*, (2002). Este estudio se basa en el análisis de las ENDES 1986, 1991-1992, 1996 y 2000. La investigación analiza cómo han evolucionado, entre 1986 y el 2000, tanto los principales indicadores del estado de salud del niño —mortalidad infantil, desnutrición— y de la madre —talla, peso, índice de masa corporal— como los principales indicadores de utilización de servicios públicos de salud —vacunación, control prenatal, asistencia en el parto, utilización de métodos anticonceptivos modernos— según ámbito geográfico y cuartiles del índice de nivel socioeconómico. Asimismo, se determinó el grado de la inequidad existente en salud, asociado a las diferencias por nivel socioeconómico, y su evolución a lo largo de los últimos años. En este punto, la investigación concluye que no encontró un patrón uniforme en la evolución de la incidencia de los indicadores de salud en la población ni en la evolución de la inequidad por NSE asociada a estas variables. En materia de incidencia, el estudio coincide con otros realizados anteriormente respecto a las variables que mostraron un comportamiento considerablemente favorable, tales como la mortalidad en la niñez (menores de cinco años), la mortalidad

infantil (menores de un año) la tasa global de fecundidad y, de manera sobresaliente, la utilización de métodos anticonceptivos modernos y el control prenatal profesional.

Respecto a la magnitud de la inequidad en salud, las únicas variables que mostraron un sesgo a favor de los pobres fueron el sobrepeso y la obesidad de la madre, las cuales se manifestaron en mayor medida entre las mujeres con mayores recursos. El resto de variables presentó una inequidad favorable a los “más ricos”, aunque en distinta magnitud. La desnutrición crónica, la tasa global de fecundidad (TGF) y la asistencia en el parto fueron las variables menos equitativas. La investigación señala que la evolución de la inequidad entre los distintos indicadores de salud no fue uniforme. La utilización de métodos anticonceptivos modernos fue la variable que mejor evolucionó. Mejoras menos sustanciales presentaron los indicadores de mortalidad, en tanto que la desnutrición crónica, la diarrea, la vacunación completa y la exposición por talla mostraron un comportamiento totalmente negativo.

Los resultados del estudio apoyan la idea de que el establecimiento de metas referidas a los promedios nacionales de los indicadores de salud y del acceso a los servicios de salud no es suficiente como política de protección de los sectores menos favorecidos, por lo que resulta necesario que las llamadas “metas del milenio” establecidas por los organismos internacionales a mediados de los noventa incluyan el monitoreo de las inequidades en salud, en especial del binomio madre-niño, tomando en cuenta sus efectos sobre los mecanismos de la reproducción intergeneracional de la pobreza en el Perú.

6.2.3 Financiamiento según niveles de pobreza

El análisis del gasto y del financiamiento del sector salud pone en evidencia desigualdades. Se han encontrado estudios que dan cuenta de estas desigualdades sin haber elaborado un marco de análisis en el que el enfoque de los derechos humanos esté presente, por lo

que las conclusiones no refieren el nivel de ejercicio del derecho a la salud.

El estudio *Financiamiento del sector Salud 1995-1996*, realizado por el Ministerio de Salud en el marco del Proyecto 2000, da cuenta de bajos niveles y alta desigualdad en el financiamiento. El texto toma como base la información recogida en el estudio *Revisión de los flujos financieros del sector Salud 1995-1996*, en el que se revisan las cifras de gasto del sector Salud en el año 1995 y se estiman las correspondientes a 1996.

El estudio, al analizar que el volumen de financiamiento en el Perú es limitado tanto en proporción del PBI como del nivel de gasto per cápita en relación con América Latina y el Caribe muestra que, en nuestro país, el financiamiento presenta bajos niveles y alta desigualdad. La distribución de los recursos al interior del país es desigual en términos geográficos y está altamente correlacionada con la oferta existente. Se plantea la necesidad de redefinir el sistema de financiamiento de los recursos que administra el subsector Ministerio de Salud, que ascienden a US\$ 800 millones anuales y representan un tercio del volumen total de recursos destinados al cuidado de la salud. Para ello se establecen prioridades: i) reunificar el presupuesto para constituir un verdadero fondo que se maneje con una visión integral para la asignación de recursos; ii) adoptar una política explícita de asignación de recursos en función de poblaciones objetivo, situación de salud y costos estándares; iii) evaluar el comportamiento del Ministerio de Salud como demandante en el mercado laboral de la salud; iv) disponer una política de tarifas que permita incrementar la progresividad de los recursos públicos y evite el traslado de ineficiencias a los usuarios; v) fortalecer la función financiera descentralizada.

Un estudio más reciente es *Focalización del gasto público en salud en el Perú: situación y alternativas*, realizado por Pedro Francke y publicado por el Ministerio de Salud en 1998. El texto aborda el tema de la focalización del gasto público en salud en el Perú desde una doble perspectiva. En la primera parte, se realiza un análisis de la

distribución del gasto público en salud entre regiones y entre estratos sociales, mostrándose que el mismo no se efectúa de manera equitativa. En particular, se demuestra que las tarifas que se cobran a los usuarios no aportan a la focalización, debido a que no se concentran entre quienes tienen más recursos. Cabe señalar que en el estudio *El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en salud en el Perú* (Lima: Departamento de Economía de la PUCP, documento de trabajo 163, 1999), del mismo Pedro Francke, en el que se analiza con mayor detenimiento el efecto del cobro de tarifas por parte de los servicios del Ministerio de Salud sobre la equidad del financiamiento en este campo, el autor ya hacía referencia a que la exoneración del cobro de tarifas no es realizada de acuerdo con criterios que identifiquen adecuadamente a los pobres, que un porcentaje reducido de pobres es exonerado —subcobertura de exoneraciones— y que hay elevados niveles de filtración —personas no pobres que resultan exoneradas—.

La segunda parte es propositiva: plantea una estrategia de múltiples facetas para mejorar la focalización del gasto público en salud, que incluye la priorización de servicios dirigidos a madres y niños, la adaptación de los servicios a los requerimientos culturales de los grupos indígenas, la reasignación geográfica del gasto en forma paulatina a las zonas más pobres y necesitadas, la adecuada regulación de servicios privados y la identificación individual de los pobres y necesitados mediante *proxy means test* o indicadores socioeconómicos en algunas áreas.

El estudio concluye que no existe una concentración del gasto entre los más pobres. Se señala además, con mucha preocupación, que a pesar de los esfuerzos hechos durante los últimos años para mejorar los niveles de esperanza de vida y tasas de mortalidad infantil y materna, la situación de la salud en el Perú sigue estando por debajo de la que corresponde a países que tienen similar nivel de ingresos en América Latina. Un problema serio del que adolece el sector Salud, que es compartido por la mayoría de programas y sectores sociales en el Perú,

es la debilidad para concentrar sus recursos en aquellos que más lo necesitan. Los cobros se realizan por consultas y demás servicios, lo que debería servir como una herramienta de focalización para cobrar a quienes puedan pagar. Sin embargo, se encuentra que estos cobros no apoyan a una mejor focalización del subsidio debido a que las exoneraciones no se concentran entre los más pobres, como debería ser.

Para establecer un sistema de focalización del gasto público en salud, el estudio propone i) garantizar el acceso de los pobres y necesitados a los servicios de salud en un contexto de incremento de cobro de tarifas; ii) mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud en zonas pobres; iii) mejorar la distribución de los recursos, reduciendo subsidios a sectores con capacidad de pago para trasladarlos a los pobres y necesitados; iv) incentivar que los trabajadores informales e independientes que tienen capacidad de pago se aseguren. Lograr esto requiere establecer criterios para determinar quiénes deben o no pagar por ciertos servicios de salud; estos criterios, que deben ser claros y sencillos, tienen que considerar el conjunto de los servicios de salud y evitar costos innecesarios.

6.2.4 Tratamiento de la multiculturalidad en salud

El derecho a la salud también debe procurar el respeto de los derechos culturales de las personas. En el marco de la interculturalidad, encontramos el *Estudio Interculturalidad de la atención de la salud: estudio socioantropológico de enfermedades que cursan el síndrome íctero-hemorrágico en Ayacucho y el Cusco*, realizado por el Ministerio de Salud (2001), en el que se plantea que para hacer viable una mejora sustancial en la cobertura y calidad de la atención de salud es necesario revalorar la dimensión intercultural, esencial en el proceso de salud-enfermedad. Esta revaloración influirá en las relaciones existentes entre los sujetos que portan, sufren y buscan la curación de las enfermedades y, por la otra parte, los agentes

que interactúan con ellos para brindarles una adecuada atención y tratamiento. El estudio demuestra que para lograr una vigilancia sanitaria eficiente, es necesario explicitar la dimensión cultural de la atención de salud.

El libro reseña el estudio socioantropológico desarrollado con el propósito de identificar la cultura sanitaria de los diversos actores sociales de los valles del río Apurímac y La Convención con relación a las enfermedades con síndromes febril hemorrágico agudo y febril icterico agudo. Presenta la recolección sistemática de información sobre el complejo vínculo existente entre la población, los agentes comunitarios y los servicios de salud.

La investigación realizada en el ámbito de esta experiencia piloto permite apreciar que se han producido avances importantes en la implementación del nuevo modelo de vigilancia, en particular en los aspectos de la operación del sistema por parte del personal de salud. Sin embargo, se evidenció que en la política de salud existen importantes dificultades para la integración de las percepciones sanitarias de la población respecto a estos síndromes.

6.2.5 Calidad de la atención en el sector público

Un estudio que parte de una perspectiva de enfoque de derechos humanos en la atención de los servicios de salud es *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*, de Giulia Tamayo, editado por el Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) en 1998, el cual documenta las violaciones a los derechos humanos de las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud en el Perú, examinando hechos de violencia física, psicológica y sexual realizados por el personal encargado de la prestación.

El informe determina la existencia de responsabilidad del Estado peruano en las tres categorías de obligaciones reconocidas por la

doctrina internacional de los derechos humanos para examinar la responsabilidad estatal: la obligación de respetar, la obligación de proteger y la obligación de lograr la realización de los derechos humanos. Siguiendo estos criterios, el texto muestra que el Estado peruano es responsable de los actos de violencia y otros abusos cometidos por los proveedores de los servicios públicos de salud contra las usuarias, de la inexistencia de mecanismos eficaces y oportunos para prevenir y sancionar tales actos y del encubrimiento sistemático y la impunidad de estas violaciones en el ámbito administrativo y judicial, así como de las consecuencias que estos hechos tienen sobre el ejercicio al derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en particular de aquellas que disponen de menor poder social y económico.

El informe encontró evidencia de hechos de violencia física y psicológica; exposición a graves riesgos de la vida, el cuerpo y la salud; y trato coercitivo, humillante y discriminatorio contra las usuarias de los servicios públicos de salud reproductiva y planificación familiar. Los proveedores asumen un rol condenatorio, sancionador y de control o tutela de la sexualidad y las decisiones reproductivas de las mujeres.

En los servicios de salud materna, se aplica el sistema tarifario para la atención del parto, con lo que se violan normas nacionales expresas e instrumentos internacionales ratificados por el Estado peruano, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convención de la Mujer). Asimismo, hay una precaria protección de los derechos de las usuarias de los servicios de salud. A pesar de que existe la Ley General de Salud, todavía hacen falta vías y mecanismos que permitan procesar las quejas y denuncias por la violación de estos derechos. La población queda expuesta a sufrir abusos por la falta de tolerancia institucional y la impunidad frente a las violaciones de los derechos.

El estudio recomienda que el Estado peruano se comprometa a erradicar la discriminación y la violencia contra las usuarias de los servicios de salud y a garantizar el respeto por los derechos humanos y la calidad de los servicios. Asimismo, el Estado debe desarrollar políticas

públicas y programas de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar desde una perspectiva de derechos humanos de las mujeres, que tome en cuenta el enfoque intercultural. Las organizaciones de usuarias y las organizaciones no gubernamentales de derechos humanos deben ser incorporadas en la toma de decisiones, la gestión de los programas y servicios, y el monitoreo y evaluación. Se debe fomentar la responsabilidad masculina en la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como mejorar la capacidad institucional del sector Salud en la protección de los derechos de las usuarias a través de la capacitación y la mejora de la política de personal del sector. Es también necesario disponer la realización de auditorías médicas independientes, cumplir las normas nacionales e internacionales existentes sobre la materia y prohibir la retención de las mujeres usuarias de los servicios de maternidad que carecen de recursos económicos.

Finalmente, el texto recomienda a la Defensoría del Pueblo, al Poder Judicial y a otras instancias públicas que aseguren la ayuda legal para que las usuarias puedan conducir sus reclamos por abusos cometidos por los proveedores de los servicios de salud. Asimismo, las instituciones financieras internacionales y las agencias donantes deben vigilar que los servicios se ofrezcan sin ningún tipo de discriminación, así como vigilar que éstos se orienten a mejorar simultáneamente la salud y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. Se debe promover la creación de indicadores, basados en criterios de eficiencia y calidad, y de observancia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

6.3 ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES SOCIETARIAS Y AMBIENTALES

La aplicación de los derechos humanos requiere condiciones que busquen superar todo tipo de discriminación entre los seres humanos y de colocar la dignidad como un eje ético que esté por encima de todo interés o concepción doctrinal, política o económica. Esto determina

que los derechos humanos estén, necesariamente, vinculados al desarrollo. Sin embargo, el abordaje de este tema no es sencillo, sobre todo en modelos económicos y sociales que marginan, excluyen y mantienen en la pobreza a una gran parte de la humanidad, afectando también el desarrollo de los sistemas estatales jurídicos, económicos y de previsión social.

La complejidad del contexto en el que se deben aplicar los derechos humanos trasciende los países, pues las instancias internacionales de coordinación económica y los acuerdos comerciales actualmente existentes deciden los destinos de los pueblos y muchas veces tienen mayor gravitación que las instancias políticas nacionales e internacionales. Un claro ejemplo de ello es lo que ocurre con el desmantelamiento de los sistemas nacionales de seguridad social y su pase a las transnacionales, que desdibuja el sentido de la responsabilidad estatal y establece la presencia de un nuevo actor, no comprometido con el desarrollo de la población y que además cuenta con mucho poder económico.

La búsqueda de modelos de desarrollo ha constituido una preocupación de la agenda internacional y se han hecho varios recorridos para encontrar respuestas, que van desde aquellos que toman en cuenta el camino trazado por países que ya están considerados como desarrollados y que poseen un conjunto de estructuras desde las cuales se pretende monitorear el avance del resto de las naciones. Este modelo tiene como supuesto que el progreso económico conduce a otros progresos en el campo social, político y cultural.

Sin embargo, la aplicación de este modelo no ha dado resultados esperanzadores. Así, un informe de la CEPAL³⁴ señala que los avances tecnológicos que fueron insertados en los países con el “fin de permitir a los hombres y mujeres tener mejores empleos y recibir salarios más altos, dejando a las máquinas las tareas rutinarias, insalubres y peligrosas” han producido resultados adversos, tales como

34 <http://www.sociedadcivil.cl/accion/portada/info.asp>

el desempleo de largo plazo y la reducción sostenida de los puestos de trabajo, así como la creación de nuevos puestos mal remunerados, todo lo cual ha afectado los beneficios sociales de los trabajadores.

Este proceso trae como consecuencia no sólo el empeoramiento de las condiciones de vida —menor calidad de la alimentación, menos servicios sociales— sino también mayores brechas en el acceso a la tecnología y a los sistemas de información y servicios, que incluyen los aspectos jurídicos, educativos, laborales, productivos, etcétera, los cuales se han tornado mucho más débiles, defectuosos y muchas veces corruptos, afectando con ello a la propia democracia, condición inherente para gozar de los derechos humanos.

Esta situación ha conducido a que, al interior de las Naciones Unidas, se considere la necesidad de contar con un concepto de desarrollo diferente del predominante, que no sólo busque el avance de los aspectos macroeconómicos y tecnológicos sino que se centre en la calidad de vida de las personas, lo cual incluye el desarrollo de la cultura, la educación y la democracia, así como la superación de la pobreza y el respeto al medio ambiente. En este sentido, la revisión bibliográfica realizada en esta sección busca establecer el análisis que hacen los autores sobre las condiciones societarias y el modo en que éstas afectan el ejercicio de los derechos humanos.

Para efectos de este estudio, lamentablemente, no se han encontrado títulos que profundicen en esta área de análisis. Los que existen introducen muy débilmente un análisis sistémico e interdependiente de las condiciones societarias, dado que en ellos predomina un enfoque sectorialista de la salud que pone el acento en el aspecto biomédico, lo cual ha sido plenamente identificado en las otras áreas analizadas.

Para el análisis de esta área, sólo se han identificado cuatro estudios, dos de los cuales han sido desarrollados por Alicia Ely Yamín: *Conjurando inequidades, vigilancia social del derecho a la salud*. Lima: Centro de Asesoría Laboral, 2001, y “Retos y posibilidades para la innovación de la práctica en salud y derechos humanos. Reflexiones sobre Perú”, publicado en *Health and Human Rights*, vol.

6 N° 1, Washington D. C., 2003. El tercero, *Derechos humanos y salud: vinculando dos perspectivas*, cuyos autores son Alicia Yamín, Mario Ríos y Raquel Hurtado, fue publicado en el cuaderno de trabajo de CIES, Flora Tristán y APRODEH. El cuarto es el *Informe sobre desarrollo humano, Perú 2002, aprovechando las potencialidades*, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), publicado en Lima en el 2002.

Tal como se ha podido encontrar, la mayoría de las investigaciones que abordan condiciones societarias no dan cuenta de la obligación que tienen las políticas públicas de buscar el acceso progresivo a los derechos, limitándose a observar las condiciones en las que se desenvuelve el sistema de salud desde una perspectiva exclusivamente sanitarista, cuyo marco explicativo se concentra en la búsqueda de una mayor eficiencia del sistema, una mejor organización de los programas de salud, y mayor equidad y eficiencia en la distribución de los recursos públicos de salud, todo lo cual fortalece más los sistemas de salud que las condiciones societarias propiamente dichas.

En *Conjurando inequidades*, Alicia Ely Yamín trata de correlacionar las condiciones de salud con aspectos socioeconómicos y culturales. Desde esta perspectiva, la situación de salud del Perú se presenta mediante un reporte dramático sobre los problemas que existen para el acceso universal al derecho a la salud, que remarca las brechas existentes y la inconsistencia de las políticas públicas.

En el cuaderno de trabajo *Derechos humanos y salud: vinculando dos perspectivas*, Alicia Yamín, Mario Ríos y Raquel Hurtado precisan los vínculos entre salud pública y derechos humanos. Este trabajo desarrolla los primeros niveles de articulación entre los dos ámbitos, buscando llevar la reflexión sobre integralidad, interdependencia e indivisibilidad de derechos al campo de la salud pública.

En el artículo “*Retos y posibilidades para la innovación de la práctica en salud y derechos humanos. Reflexiones sobre Perú*”, Alicia Yamín apunta un conjunto de reflexiones acerca de los vínculos entre una visión comprensiva de los derechos humanos y, por la otra

parte, la salud y el desarrollo de prácticas innovadoras alejadas de la perspectiva biomédica.

El PNUD, en el *Informe sobre desarrollo humano, Perú 2002. Aprovechando las potencialidades*, analiza un conjunto de aspectos que pretenden medir los niveles de desarrollo alcanzados por la sociedad peruana a partir de indicadores que dan cuenta de las herencias históricas, la desigualdad distributiva, la pobreza, el centralismo, el atraso de la agricultura serrana y sus impactos en la construcción de sociedades sostenibles. Esta mirada comprensiva de la realidad peruana permite reconocer estrategias integrales para el acceso de todos a la salud y la articulación de este aspecto con el desarrollo.

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se podría decir que la producción de las investigaciones publicadas que han sido objeto de este análisis está relacionada con tres hechos significativos:

- a) Los tratados, pactos y declaraciones internacionales en materia de derechos humanos que han generado obligaciones de los Estados. Los acuerdos internacionales de las conferencias de El Cairo y Beijing se han constituido, de alguna manera, en uno de los referentes más importantes, en los que se compromete explícitamente no sólo a los Estados sino también a las ONG y a las agencias de cooperación. Ello ha permitido avances en particular en el análisis y la atención de la salud sexual y reproductiva, sobre todo en el involucramiento de poblaciones tradicionalmente marginadas, como las minorías étnicas y sexuales, los y las adolescentes, y los y las adultos/as mayores.
- b) La reforma sanitaria. Aunque la principal crítica a dicha reforma ha sido su enfoque economicista, en el marco de su sustentación y desarrollo se han recogido evidencias que demuestran la existencia y cuantificación de las brechas y de las ineficientes

respuestas del sector Salud para superar las inequidades, lo que ahonda la discriminación de la población pobre, particularmente de la residente en zonas rurales, y de las mujeres.

- c) La puesta en marcha de la judicialización de algunos abusos por parte del Estado y el uso de los mecanismos de rendición de las cuentas de éste. Ello ha permitido producir publicaciones que documentan los abusos y las fallas del Estado en la provisión de los servicios de salud.

Los aspectos centrales que se deben abordar a partir de los ejes de tratamiento esbozados en la investigación combinan el marco teórico con los hallazgos encontrados en la literatura. A partir de ello establecimos los siguientes encuentros y desencuentros entre los enfoques de la salud y los derechos humanos.

- 1) En cuanto a los resultados de salud, encontramos que las investigaciones dan cuenta de la situación que se investiga sin determinar las responsabilidades del Estado. Salvo en el reporte presentado en *Nada personal*, de Giulia Tamayo, y en los informes de casos de la Defensoría del Pueblo, que aluden a patrones sistemáticos de violación de los derechos humanos en los servicios públicos, no hay un desarrollo de la obligación de respeto, protección y cumplimiento de los derechos por parte del Estado.

Las investigaciones acerca de violaciones de derechos se centraron principalmente en violaciones flagrantes que los movimientos feministas denunciaron y en torno de las cuales desarrollaron una acción política, así como en daños directos sufridos por la población—como el caso del Programa de Planificación Familiar 1996-2000 y lo ocurrido en Choropampa, Cajamarca—, que fueron registrados por la Defensoría del Pueblo.

Es decir, el enfoque de derechos humanos fue utilizado pocas veces en el análisis de la situación de salud, que más bien se centró en los efectos de las violaciones tanto por acción como por ausencia de políticas del Estado. Ello ha dificultado que las evidencias levanta-

das —salvo las excepciones señaladas— se conviertan en un discurso más efectivo de demanda y empoderamiento frente al Estado. Los casos que llegaron a ser justiciables en tribunales nacionales e internacionales se limitan sólo al señalamiento de la violación o a la denuncia. En la situación de salud existe un vacío de evidencias acerca de la manera en que las personas mismas observan y valoran su propia salud y de cómo se sienten sujetos o titulares de derechos (*entitlement*) en este ámbito.

Por otra parte, hay que señalar que para que el Estado cumpla el rol de garante de los derechos de salud se requiere que la ciudadanía tenga una amplia conciencia acerca de éstos. Por lo tanto, las evidencias sobre la capacidad de agencia (*human agency*) y el sentido de empoderamiento son importantes para que se empiece a ejercer derechos.

2) Un desencuentro entre los enfoques de salud pública y derechos humanos hallado en la revisión bibliográfica se refiere a los énfasis metodológicos y los objetos de estudio. El primer enfoque tiene una predilección por el análisis poblacional o colectivo de los “problemas de salud pública”, y considera como tales a los de mayor magnitud y gravedad. Desde la perspectiva de los derechos humanos, el objeto de trabajo se ubica en la vulneración de éstos, y a partir de ahí se trata de establecer patrones de comportamiento del Estado tomando como referencia los casos individuales. Las presiones sobre las autoridades sanitarias para que modifiquen determinados comportamientos administrativos se producen desde la perspectiva de la salud pública, con la data y el análisis del comportamiento respecto a la salud de las poblaciones; por lo tanto, los efectos en los individuos suelen perderse si, en términos mayoritarios, la actuación es beneficiosa. En el caso de los derechos humanos, bastará que se vulneren los derechos de una sola persona para ejercer presión sobre el Estado y exigirle la modificación de su comportamiento.

Por esta razón, la investigación en salud pública determina las inequidades, los problemas para el acceso a los servicios de salud y la

cantidad de población afectada, pero no coloca el énfasis en los derechos humanos. Por su parte, los movimientos de derechos humanos dan a conocer sus preocupaciones por los daños que puedan sufrir las personas individuales e identifican patrones sistemáticos de comportamientos del Estado. Este desencuentro debe ser enfrentado a partir de la complementariedad de ambos enfoques.

Superar los mencionados enfoques significará modificar el análisis de los problemas de salud pública con el fin de que no sólo se privilegie la estadística sino que se incorpore el concepto de que detrás de esos números hay personas. Para conocer lo que está “detrás de esos números”, la investigación cualitativa juega un papel sumamente importante, ya que justamente su valor metodológico reside en poner en evidencia los contextos, procesos, experiencias, esto es, el *cómo* pasa algo y no sólo el *qué* pasa detrás de los números. Sin embargo, en el campo de la salud pública, la investigación cualitativa sigue siendo poco valorada a pesar de los grandes cambios producidos en las ciencias sociales, las cuales hoy en día dan casi igual valor a ambos enfoques metodológicos. Por otro lado, existen muchas otras técnicas de investigación cuantitativa —más allá de la epidemiología— que la salud pública podría hacer uso. En el campo de los derechos humanos, ello implicará analizar los problemas individuales desde una perspectiva de patrones sistemáticos que no sólo consideren la acción sino también la omisión.

Adicionalmente, en el ámbito jurisdiccional significará promover acciones de exigibilidad jurídica sobre derechos colectivos y no sólo individuales, tal como lo está haciendo hasta ahora el Sistema de Protección Universal e Interamericano. Este cambio es muy importante porque los ciudadanos debemos tener la posibilidad de exigir que determinadas políticas, contrarias al ejercicio de los derechos, puedan ser modificadas cuando no se ajustan a los estándares establecidos en el sistema internacional. En este sentido, sería importante evaluar las limitaciones y posibilidades de la exigibilidad jurídica en el Perú, además de revisar los mecanismos para hacerla asequible a la población,

de tal manera que los derechos humanos no sean un discurso sino un instrumento práctico de ejercicio ciudadano. En el campo del ejercicio del derecho a la salud, ha sido débil la presencia de acciones de exigibilidad jurídica.

Por otro lado, es importante señalar la necesidad de que se desarrollen distintos mecanismos y estrategias para que la ciudadanía pueda exigir ante el Estado sus derechos jurídicos, políticos y sociales, sobre todo teniendo en cuenta que en el Perú gran parte de la población está excluida del sistema judicial, lo cual no quiere decir que no cuente con otros recursos para exigir que el Estado cumpla como garante de derechos. Se deben promover intervenciones orientadas a un tratamiento adecuado de los conflictos en el ámbito de la salud, que no necesariamente lleven a la judicialización y que, por ser eficaces, puedan cumplir con hacer justicia a las demandas de la ciudadanía.

3) Otro aspecto que se debe resaltar es que los enfoques sobre derechos humanos están presentes en la producción bibliográfica como enfoques “implícitos”, no formulados pero sí vigentes.

Existen algunos estudios —pocos— que parten de visiones globales sobre el desempeño del Perú en la implementación del derecho a la salud, tales como los de Alicia Yamín³⁵ y de Javier Iguñiz sobre los derechos sociales y las políticas sociales.³⁶

Sin embargo, la situación general es otra: los estudios tratan sobre indicadores de salud sin aludir explícitamente a los derechos humanos.

Este tratamiento no es una particularidad peruana: se trata de una tradición salubrista latinoamericana y hasta mundial. Los estudiosos de los sistemas de salud han construido, desde hace muchos años, dos niveles de análisis de los sistemas sanitarios: sus principios organi-

35 Alicia Yamín. *Conjurando inequidades*. Lima: CEDAL, 2001.

36 Javier Iguñiz. *Economía y derechos sociales. Ensayos*. Lima: Instituto Bartolomé de las Casas y Centro de Estudios y Publicaciones, 2002.

zadores y sus indicadores de gestión. En los años ochenta, el debate empezaba por los primeros y terminaba en los segundos; en los noventa, se centró casi siempre en los segundos.

De ahí que existan múltiples investigaciones sobre equidad, eficiencia, eficacia, efectividad, calidad, sostenibilidad, universalidad, solidaridad y sus respectivos indicadores, en muchos casos articulados a los resultados de salud, pero casi ninguna alude explícitamente a un problema de derechos que esté detrás de los indicadores.

4) Al interior del campo de los sistemas de salud hay subcampos con hiperdesarrollos y subcampos con atrofiados. Utilizando la triple clasificación de Tarantola y Gruskin,³⁷ podríamos decir que la gran mayoría de investigaciones tiene como objeto de estudio al Estado-proveedor o realizador de derechos, unas cuantas el Estado-respetuoso, que no viola los derechos, y casi ninguna el Estado-protector, que previene que los actores no gubernamentales no violen los derechos.

Esta distribución de los estudios del campo de alguna manera expresa la superposición existente entre la función de gobierno y la función de prestación en la dinámica del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), que privilegia la segunda función sobre la primera. En la práctica, la función de gobierno está desplazada por la función de prestación.

Esto no quiere decir que el MINSA tenga un desempeño adecuado y regule bien desde su función de gobernante, como ha venido criticando Arroyo.³⁸ Sin embargo, también es real que el Estado peruano tiene mucha experiencia como proveedor pero muy poca como mediador o como tercero entre otros proveedores y la población, lo que dificulta enormemente la canalización de las demandas de esta última.

37 D. Tarantola y S. Gruskin, *op. cit.*

38 Juan Arroyo. "Los problemas de la acción colectiva en salud". En Juan Arroyo, *La salud peruana en el siglo XXI*. Lima: CIES, 2002, pp. 15-39. También Juan Arroyo. *Gobernabilidad en salud en el Perú en los 90*, MINSA, Lima, 2001.

Por esta razón, el Estado y el gobierno consideran que la realización de derechos a través de la provisión y el respeto de éstos es equivalente a su no violación, con lo cual también dejan de vigilar sus propias transgresiones y las del resto. Todo esto coadyuva a que prime el estudio del MINSA-proveedor sobre el MINSA-protector y sobre el MINSA-garante de derechos.

5) En el campo de los sistemas de salud, los derechos humanos han sido siempre abordados como derechos ciudadanos y en particular como derechos sociales, siendo el derecho a la equidad el que más atención ha recibido.

La tradición salubrista ha utilizado e interiorizado la clasificación de los derechos ciudadanos que hiciera T. H. Marshall:³⁹ derechos civiles, políticos, sociales, ambientales, a la paz y al desarrollo sostenible. De esta forma, la tradición salubrista no ha tratado los derechos de las personas como derechos humanos en general sino como derechos ciudadanos.

Casi toda la producción bibliográfica peruana sobre situación de salud y sistemas y servicios de salud se ha venido ubicando, así, como parte del capítulo de los derechos sociales. En este marco, el derecho a la equidad ha sido el más estudiado, en sus expresiones e indicadores concretos: coberturas por grupos poblacionales, accesibilidad, disponibilidad de recursos por grupos, subsidio público recibido por los quintiles de ingreso, gasto per cápita por instituciones y grupos poblacionales y muchos más. La equidad se ha estudiado en la prestación⁴⁰ y

39 T. H. Marshall. "Citizenship and Social Class". En Robert Goodin y Philip Pettit, *Contemporary Political Philosophy*, primera edición. Londres: Blackwell Publishers, 1997, pp. 291-319.

40 Martín Valdivia. *Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú*. Lima: GRADE, 2002, documento de trabajo N.º 37, 2002. Ana Cecilia Dammert. *Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú*. Lima: CIES-GRADE, 2001. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú. Endes 1986, 1991-1992, 1996 y 2000*. Lima: INEI, 2002. Óscar Ugarte y José Antonio Monge. *Equidad y reforma en el sector Salud*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 2000.

los estudios sobre financiamiento y gasto también han puesto el énfasis sobre las inequidades.⁴¹

En la producción existente se han estudiado más las inequidades socioeconómicas que otras inequidades, como las de género, las étnicas, etcétera. Sólo en la última década el campo de estudio de los derechos reproductivos de la mujer —que en cierta forma son derechos posclasistas—⁴² ha aparecido con fuerza. Lo mismo ha sucedido con los estudios sobre interculturalidad.⁴³

6) Pese a que la presencia de los enfoques sobre derechos humanos en la investigación sobre sistemas de salud ha sido más implícita que explícita, ha sido notorio que durante la última década se ha producido un desplazamiento hacia una teoría de los derechos sociales

41 ESAN-AUPHA-SEVERS-FUNSAALUD. *Análisis del financiamiento del sector Salud*, 1.º edición. Lima: Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1997. MACROCONSULT S. A. *Análisis del gasto público en salud*. Lima: Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1.ª edición, 1997. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. *Análisis de costos de los servicios de salud*, 1ª. Ed. Lima, Proyecto 2000, 1997. Pedro Francke. *Focalización del gasto público en salud: situación y alternativas*. Lima: Proyecto 2000, 1999. Pedro Francke. *El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en salud en el Perú*. Lima: CISEPA, 1998. Margarita Petrer. "Financiamiento en salud". En Juan Arroyo. *La salud peruana en el siglo XXI*, Lima: CIES, 2002, p. 87-139. Margarita Petrer y Luis Cordero. "El aseguramiento público en salud. Factores que intervienen en la elección del proveedor". En Richard Webb y Moisés Ventocilla, *Pobreza y economía social: análisis de una encuesta (ENNIV 1997)*. Lima: Cuánto-UNICEF-USAID, 1999. Betty Alvarado. "Focalización de los recursos públicos en salud". En Juan Arroyo Juan et al. *La salud peruana en el siglo XXI, retos y propuestas de política*. Lima: CIES, 2002, pp. 41-85. Midori De Habich. "Financiamiento del cuidado de la salud". En César Lip et al. *Elementos para el análisis del sector Salud*. Lima: OPS-IDMA, 1992.

42 INEI. *Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú*. Lima: INEI, 2002.

43 Véase Sandra Vallen, RocíoValverde et al. *Vivir la tuberculosis: estudio socioantropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino*. Lima: MINSAL, Proyecto Vigía, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, 2001. Juan Arroyo, Carlos Saavedra, Marcos Cueto et al. *Interculturalidad en la atención de la salud*. Lima, MINSAL, 2001.

mínimos o garantizados, a diferencia de la concepción de derechos sociales universales. En la actualidad, estos enfoques se encuentran en discusión tanto en el ámbito académico como entre los organismos internacionales y los operadores de políticas públicas.

Ésta es, obviamente, una polémica internacional en el campo de la salud pública. Actualmente, en las orientaciones de las políticas públicas de todo el mundo disputan los enfoques localizadores con las visiones universalistas. Desde el campo de los derechos humanos, a las propuestas de focalización se les critica que no permiten el acceso de todas las personas a los bienes y servicios, y reducen el de aquellos que ya lo tienen. La observación principal de la perspectiva focalizadora es que el universalismo deja filtraciones y subcoberturas.⁴⁴

7) Las investigaciones e informes de consultoría sobre los sistemas de servicios de salud demuestran que no es conveniente hablar de encuentros y desencuentros entre los derechos humanos y la salud pública en general, sino de encuentros y desencuentros entre las diversas corrientes y escuelas existentes en ambos campos.

Existe la necesidad, entonces, de poner un apellido más a ambos campos: hay varios enfoques de salud pública y a su vez diversidad de conceptualizaciones sobre los derechos humanos. Esto quiere decir que la producción bibliográfica peruana encierra varios enfoques implícitos de derechos. Durante los últimos años ha sido posible diferenciar por lo menos las siguientes corrientes:

- La producción sobre sistemas de salud con *enfoque privatista*, promotor del aseguramiento individual obligatorio. Es una producción más cercana a la teoría liberal de los derechos del individuo.⁴⁵

44 Véase Betty Alvarado. "Focalización de los recursos públicos en salud". En *La salud peruana en el siglo XXI, retos y propuestas de política*. Lima: CIES, 2002, pp. 41-85. También: Margarita Petrerá. "El financiamiento en salud". En Arroyo, Juan (ed.), *La salud peruana en el siglo XXI*. Lima: CIES, 2002, p. 87-139.

45 Véase Roberto Abusada, Fritz Du Bois *et al.* "La reforma incompleta". En Roberto Abusada, *La reforma incompleta. Rescatando los noventa*, Lima, Uni-

- La producción sobre sistemas de salud con el *enfoque del antiguo universalismo y la lógica asistencial*, propulsor del repotenciamiento del sistema segmentado actual para la ampliación de la cobertura. Es una producción más cercana a una teoría de los derechos de colectividades sin derechos individuales.⁴⁶
- Los estudios sobre sistemas de salud con *enfoque técnico-social*, que integran los métodos e instrumentos contemporáneos en una propuesta de aseguramiento público en salud. Son más cercanos a una teoría de los derechos del hombre como derechos históricamente relativos, conforme fundamenta Bobbio,⁴⁷ así como a una articulación de derechos individuales y colectivos.⁴⁸
- La producción sobre sistemas y servicios de salud con *enfoque conservador*, que enfatiza en cambios en las personas y no tanto en arreglos institucionales. Es más cercana a una teoría esencialista de los derechos humanos como derechos naturales.

Se puede decir que la franja de investigadores de sistemas y servicios de salud es más afín a un enfoque técnico-social, siendo minoritarios el enfoque privatista, el universalista y el conservador. En los setenta y ochenta surgió el enfoque universalista; en el primer lustro de los noventa emergió el enfoque privatista; en el segundo lustro el técnico-social y en el primer bienio 2001-2003 el enfoque conservador.

versidad del Pacífico-Instituto Peruano de Economía, 2000, p. 13-59. Ver también José Carlos Vera. *Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú*. Lima: ForoSalud, 2003.

46 Véase Ministerio de Salud. *Informe final de la Comisión Especial*. Lima: MNSA, 2002.

47 Norberto Bobbio. *A era dos direitos*. Río de Janeiro: Editora Campus, 11.ª ed., 1992.

48 Véase Pedro Francke *et al.* *Políticas de salud 2001-2006*. Lima: CIES, 2001. También Juan Arroyo (comp.). *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuesta de políticas*. Lima: CIES, 2002.

El enfoque privatista reconoce como derechos ciudadanos los derechos civiles y políticos pero no los derechos sociales. El viejo enfoque universalista-asistencial se basa en la noción de derechos sociales bajo el formato del Estado-providencia. El enfoque técnico-social trabaja desde una perspectiva de derechos básicos universales. El enfoque conservador retorna al humanismo aristocrático y su derecho a la beneficencia.

8) Por otro lado, desde la perspectiva de los derechos humanos se han privilegiado las acciones de defensa de los derechos desde una perspectiva básicamente de denuncia, sin arribar a instrumentos que operacionalicen una propuesta de modificaciones sustantivas del sistema de salud y dejando campo libre a las lógicas utilitaristas y economicistas. Este desencuentro entre ambos campos disciplinarios tiene a la base el desconocimiento de los aspectos teóricos conceptuales de cada una de las disciplinas, que no permite un diálogo adecuado entre ambas.

Esto se puede evidenciar en varias de las publicaciones revisadas, que se limitan a denunciar particularmente las falencias o violaciones pero carecen de un abordaje sistémico del conjunto de obligaciones del Estado, que apunte la necesidad de aplicar herramientas de gestión en los procesos de reforma.

Tal como se puede observar, los derechos humanos en este campo aparecen sólo como un discurso ético y moral, carente de una propuesta para conducir, a partir de este enfoque, la construcción de herramientas concretas de gestión, financiamiento y desarrollo de modelos de atención que permitan una acción sistémica respetuosa, protectora y cumplidora del compromiso del derecho a la salud por parte del Estado peruano.

9) La salud pública peruana no ha llegado al *estadio de la exigibilidad ni al de la judicialización de los derechos*. La mayoría de los estudios sobre sistemas y servicios de salud no contienen un nivel de denuncia ni de exigibilidad importante al Estado peruano cuando se evidencian las inequidades o cuando se comparan cifras que expresan elevados índices de mortalidad materna e infantil en las zonas más

desfavorecidas del país con la poca inversión estatal en el sector, en relación con otros países latinoamericanos.

Los pocos estudios sobre el Estado-respetuoso sí abordan el tema de las violaciones de derechos, sea por incumplimientos por parte del Estado,⁴⁹ por políticas que reflejan la estigmatización de ciertas enfermedades como el sida⁵⁰ o por bloqueos que impiden una auténtica participación social.⁵¹ Por su parte, los estudios que se centran en el Estado-proveedor o el Estado-protector no suelen abordar las violaciones de derechos.

El enfoque de derechos releva el derecho que tienen las personas a poseer el *grado más alto de salud en las condiciones existentes*, sin discriminación de ningún tipo y en condiciones que aseguren el acceso y el disfrute equitativo a la atención de la salud.⁵² La salud pública peruana tiene el instrumental para medir esta franja de morbi-mortalidad evitable, pero *no ha sido su línea de fuerza marcar la pérdida de años-vida* por omisiones o errores de política, por escasa asignación de recursos o por mala gestión de los sistemas y servicios.

Para la salud pública, los noventa constituyeron una década pragmática, muy lejana de los temas del desarrollo y las filosofías sociales características de las décadas previas. De esta forma, el salubrista de los noventa perdió el rastro de los orígenes teóricos de las innovaciones en las que se embarcó, abocándose desde el Ministerio de

49 Véase Ely Alicia Yamín, 2001, *op. cit.* También Javier Iguíñiz, 2002, *op. cit.*

50 Marcos Cueto. *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH-sida en el Perú*. Lima: CIES-UPCH, 2001.

51 Véase Laura Altobelli. *Programa de Administración Compartida y CLAS en Perú. Informe de caso*. Lima: IESE-BM, 2000. Rafael Cortez. *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Lima: CIUP, 2000. MINSA, PAAG. *Modelo de gestión de establecimientos de salud y participación comunitaria de los líderes comunales*. Lima: MINSA, 1999.

52 Víctor De Currea-Lugo, Mario Hernández, Natalia Paredes y PROVEA. *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Bogotá: Ediciones Antropos, 2000.

Salud, el Seguro Social y la academia al desarrollo operacional de los nuevos enfoques surgidos junto con la salud globalizada. Esto hizo que dedicara sus esfuerzos no al debate de las políticas públicas sino a su operacionalización.

Su visión de la salud fue, por eso, intrasectorial, y se aceptó el techo presupuestal como un factor inviolable, “dado”, normativo. Como dijo alguna vez Berlinguer,⁵³ la priorización de la salud fue reemplazada por la priorización en salud. Esto impregnó, obviamente, los estudios de sistemas y servicios, que evaluaron sobre todo la administración de los recursos asignados.

10) La visión sectorialista de la salud pública limita la aplicación del enfoque de derechos humanos. Éste es un tema recurrente que se visibiliza en el análisis realizado de la producción bibliográfica. Esta visión no permite tener un enfoque integral en el análisis de las precondiciones societarias, que están casi olvidadas en la literatura en este campo. La perspectiva de derechos ha hecho grandes innovaciones a partir de lo producido en la Conferencia de Viena en 1993, al desarrollar las características de los derechos humanos desde el enfoque de integralidad, interdependencia e indivisibilidad de los mismos.

Esta búsqueda de un análisis comprensivo en el campo de la salud pública será el beneficio mayor que les dará a los sistemas de salud el enfoque de derechos humanos, que es capaz de relacionar los determinantes sociales, políticos y económicos que interfieren en el funcionamiento de la salud. Comprender que la ausencia en la provisión de medicamentos para la población y en especial para las personas que viven con VIH o alguna discapacidad mental tiene sus explicaciones en la voracidad de la industria transnacional farmacéutica es vital para realizar una acción de exigibilidad de derechos en el campo de la salud.

53 Giovanni Berlinguer. Exposición en el IV Congreso de ALAMES, Guadalajara, 1994.

Es también importante establecer que una perspectiva de derechos incorporará al diseño de las políticas sanitarias y las propuestas de reforma de los sistemas de salud una precondition que surge de la injusta distribución de los recursos en el ámbito nacional e internacional. Una limitación para alcanzar mayor cantidad de recursos es la presión por el pago de la deuda externa, que en muchos casos es injusta y ha sido acordada bajo sistemas de corrupción.

No hay que olvidar en este análisis que una obligación de los Estados es usar el máximo de recursos disponibles. En el campo de la salud, ésta es una limitación permanente que arguyen quienes elaboran programas y organizan servicios. La perspectiva de derechos en este terreno aporta un componente esencial, que consiste en determinar si se están usando el máximo de los recursos y si la cooperación internacional los está orientado al máximo.

Un elemento importante de esta perspectiva es que obliga al Estado a ser transparente en el manejo de los recursos y aporta armas a la ciudadanía para exigir que se atienda progresivamente su derecho a la salud.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El desarrollo de este estudio se realiza reconociendo que existe una limitada comunicación entre las áreas de la salud y de los derechos humanos, debido en parte a las diferencias entre las perspectivas filosóficas, los roles societarios y los métodos de trabajo que sustentan a ambas disciplinas. Sin embargo, también se reconoce que por parte de la población hay una mayor conciencia acerca de los derechos, que se expresa en demandas prácticas. Probablemente ello se debe a que hay un creciente interés por vincular la salud con los aspectos sociales, culturales y de derechos humanos, así como por los numerosos avances contemporáneos que exigen un abordaje integrador. Ello ha generado que en la actualidad exista una agenda social más

amplia⁵⁴ y que, en algunos casos, ésta se haya logrado traducir en normatividades específicas.

La principal conclusión que se deriva al revisar las publicaciones es la necesidad de buscar un análisis comprensivo en el campo de la salud pública, vinculado con los derechos humanos, para lo cual se tiene que tomar en consideración los determinantes sociales, políticos y económicos que interfieren con la salud.

Desde esta perspectiva se recomienda que:

1. Tanto los investigadores del campo de la salud pública como los del campo de los derechos humanos deben realizar esfuerzos por desarrollar la perspectiva de integralidad e interdependencia entre los derechos humanos y la salud.
2. La investigación en salud pública debe trascender la visión sectorial e incorporar aspectos que determinan las condiciones de salud de una población, como son los poderes fácticos y su presencia en las políticas públicas sanitarias.
3. Las investigaciones deberían incorporar en su diseño la recopilación de información acerca del accionar del Estado y señalar si éste cumple sus obligaciones de progresividad y uso máximo de los recursos disponibles. Incluso es necesario investigar y proponer enfoques de políticas públicas que promuevan y protejan el derecho a la salud, con el fin de que el Estado proveedor de derechos transite hacia un Estado garante de derechos.
4. Algunos temas que falta investigar más a fondo son los siguientes: el sentido del derecho a la salud que tiene la ciudadanía, cómo se ejerce este derecho en la vida cotidiana, el contexto en

54 De acuerdo con una encuesta aplicada por IMASEN en Lima Metropolitana entre el 28 de mayo y el 3 de junio del 2003, 91,6% de las personas considera que las organizaciones de derechos humanos deberían preocuparse por el derecho a la salud y 40,7% considera que de hecho lo hacen. En términos de prioridades, 21,5% de los entrevistados considera que el derecho a la salud debería ser la prioridad al interior de los DESC, frente a 23,9% que opina a favor del derecho a la educación.

el cual se ejerce este derecho, elementos que facilitan o limitan el ejercicio de los derechos, qué se necesita para concientizar y movilizar a la ciudadanía en defensa de su derecho a la salud, y el funcionamiento de los mecanismos de exigibilidad al Estado como garantizador de derechos.

5. El reto de articular las dimensiones académicas de salud pública con los derechos humanos debe ser promovido en el ámbito universitario, incorporando en la investigación de los talleres de derechos humanos la perspectiva de salud pública, así como en los grupos de investigación de salud pública la perspectiva de derechos humanos. Se debería promover la organización de equipos multidisciplinarios de investigación que incorporen todas las perspectivas y consoliden los vínculos.
6. Asimismo, es importante promover una alianza entre los movimientos de derechos humanos, las feministas, las promotoras de salud y los ciudadanos en general para desarrollar experiencias concretas de exigibilidad del derecho a la salud como una vía para lograr el empoderamiento efectivo de la salud como derecho humano en el Perú.

BIBLIOGRAFÍA

BERLINGUER, Giovanni. Exposición en el IV Congreso de ALAMES, Guadalajara, 1994.

BARDALEZ, Carlos. *Salud de la Población*. Lima: Revista Economía y Sociedad. Boletín No 44. Marzo 2002.

BOBBIO, N. A. *Era dos direitos*. 11^a. Edición, Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.

CACERES, E. "Todos a una". *Informe anual 1993*. APRODEH-CEDAL: Lima.

CENTRO DE DERECHOS HUMANOS Y MEDIO AMBIENTE
http://www.cedha.org.ar/docs/doc93-spa.htm#_Toc22022431

CENTRO DE LA MUJER PERUANA FLORA TRISTAN, *Derechos sexuales y reproductivos, aportes y diálogos contemporáneos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Programa de Estudios de Género, 2001.

CEPAL. Informe de la Comisión para América Latina. <http://www.sociedadcivil.cl/accion/portada/infor.asp>.

CHARLESWORTH, H. "¿Qué son los derechos internacionales de la mujer?". En, *Derechos Humanos de la Mujer; Perspectivas nacionales e internacionales*, Editado por Rebecca J. Cook. Bogotá :PROFAMILIA. 1997.

CHIAROTTI, Susana y MATUS Verónica . *Derechos humanos de las mujeres y las niñas*. Rosario: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, 2000.

COOK, J. Rebecca (editora) *El Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Derechos humanos de la mujer*. Lima: Centro Flora Tristán, 1999.

COOK, J. Rebecca (editora). *Derechos humanos de la mujer, perspectivas nacionales e internacionales*. Bogotá: PROFAMILIA, 1997.

DE CURREA-LUGO, Víctor, Mario HERNÁNDEZ, Natalia PAREDES y PROVEA. *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Bogotá: Ediciones Antropos, 2000.

DE LOS RÍOS, Rebecca. *Género, salud y desarrollo. Enfoque en construcción*. En "Género, Mujer y Salud en las Américas". OPS-OMS. 1993.

DIARIO DE LA SOCIEDAD CIVIL

<http://www.sociedadcivil.cl/accion/portada/info.asp>

GILLES DELEUZE. *Foucault*. París: Minuit, 1986.

GARDUÑO, María de los Ángeles. *La salud en el trabajo desde la perspectiva de género*. En "Trabajo y Salud. Mujeres en riesgo. Develando lo oculto sobre salud de las trabajadoras". Santiago: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 1997.

GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. *Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez*. En "Género, Mujer y Salud en las Américas". OPS-OMS. 1993.

GRUSKIN, S. y TARANTOLA, D., "Health and human Rights", en: Detels, McEwan, Beaglehole, and Tanaka (eds.), *The Oxford Textbook of Public Health*, 4th edition, Oxford University Press, 2001.

HARDT, M. y NEGRI, A., *Empire*, Cambridge, Harvard University Press, 2000;

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH <http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/Spanish/course/sesion2/antro.htm>

HENRIQUES-MUELLER María Elena, YUNES Joao. "Adolescencia: equivocaciones y esperanzas". En, *Mujer, Género y salud en las Américas*. OPS-OMS. 1993.

HONNETH, A. *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Ed. Critica Grijalbo Mondadori. 1997.

KRAUSE y ROSAS. *Economic, Social and Cultural Rights*, Martinus Nijhoff, Dordrecht, 1995.

LUNA ANDRADE, Fabiola. *Género y violencia: un enfoque desde la salud pública*. Serie Violencia Intrafamiliar y Salud Pública, documento de análisis 3. Lima: OPS-MINSA, 1999.

MARKS, Stephen *The Human Rights Framework to Development: Five Approaches*, FXB Working Papers Series n.º 6, 12 (2000), disponible en http://www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/FXBC_WP6—Marks.pdf:

MARSHALLT, H. "Citizenship and Social Class". En, Robert Goodin y Philip Pettit, *Contemporary Political Philosophy*. Primera edición. Londres: Blackwell Publishers, 1997.

MENDOZA VALDIVIESO, Teresa. *Sistemas de Información de respuestas contra el sida: indicadores financieros. Flujos de financiamiento y gastos en VIH-sida. Cuentas nacionales en VIH-sida. Perú 1999-2000*. México D. F.: Fundesa, 2002.

MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos de Políticas del Sector Salud 1995-2000 y Lineamientos de Política del Sector Salud 2002-2012*. Lima: MINSA.

MINISTERIO DE SALUD. *Informe final de la Comisión Especial*. Lima: MINSA, 2002.

NACIONES UNIDAS. *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948)

NACIONES UNIDAS. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1968).

NACIONES UNIDAS. *Principios de Limburgo*. Doc E/CN.4/1987/17.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Análisis de Salud. Datos de Salud de Países*. <http://165.158.1.110/spanish/sha/prflper.html#asis>. Mayo. 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Mujer, Género y Salud en las Américas*. OMS. 1993.

PEREZ LUÑO, J. A. <http://www.iepala.es/DDHH/ddhh30.htm>

- PÉREZ LUÑO, Antonio. *Derechos humanos, Estado de Derecho y Constitución*. Madrid: Editorial Tecnos, 2003.
- PETCHESKY, R. *Derechos y Necesidades: Repensando las Conexiones en los Debates sobre Salud Reproductiva en Derechos Sexuales y Reproductivos, aportes y diálogos contemporáneos*. Programa de Estudios de Género. Lima: Centro de la Mujer Flora Tristán. 2001.
- PICADO, S. Prólogo. *Derechos Humanos de la Mujer; Perspectivas nacionales e internacionales*, Editado por Rebecca J. Cook. Bogotá: PROFAMILIA .1997.
- RIVERA, E. Mary, «Actualización de los debates sobre el aborto: movimientos legales y legislativos». En, *Onda apretada. Revista de las mujeres y los géneros*. Proyecto de Estudios de la Mujer. Puerto Rico: Colegio Universitario de Cayey, Enero 1997.
- ROMANY, C. « La responsabilidad del Estado se hace Privada: Una Crítica Feminista a la Distinción entre lo Público y lo Privado en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos» En, *Derechos Humanos de la Mujer*. Editado por Rebecca. J. Cook. Bogotá: PROFAMILIA. 1997.
- STEPHEN, M. «The Human Rights Framework to Development: Five Approaches». FXB Working Papers Series n. 6, 12 (2000) http://www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/FXBC_WP6—Marks.pdf.
- TARANTOLA, Daniel y GRUSKIN, Sofia. *Children Confronting HIV/AIDS: Charting the Confluence of Rights and Health. Health and Human Rights*, 3 (1), 1998.
- TOEBES, B. “The Right to Health”. En A. Eide, C. Krause y A. Rosas. *Economic, Social and Cultural Rights*. La Haya: Kluwer Law International, 2001.
- TOMASEVSKI, K. “Health Rights”, en: Asbjorn Eide & Allan Rosas: “Economic, Social and Cultural Rights: A Universal Challenge” en: Eide, Krause y Rosas: *Economic, Social and Cultural Rights*. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1995.
- YAMIN ELY, Alicia. “Defining Questions: Situating Issues of Power in the Formulation of a Right to Health under International Law”. *Human Rights Quarterly* 18 (1996).

ANEXO

Investigaciones y estudios revisados

- ABUSADA, Roberto. Du Bois Frits *et al.* “La reforma incompleta”. En, Roberto Abusada, *La reforma incompleta. Rescatando los noventa*, Lima: Universidad del Pacífico-Instituto Peruano de Economía, 2000,
- ALVARADO, Laura. *Programa de Administración Compartida y CLAS en Perú. Informe de caso*. Lima: IESE-BM, 2000.
- ALVARADO, Betty. «Focalización de los recursos públicos en salud». En, Juan Arroyo *et al.* *La Salud peruana en el siglo XX, retos y propuestas de política*. Lima: CIES, 2002.
- ANDERSON, Jeannine. *Mujeres de negro, la muerte materna en zonas rurales del Perú. Proyecto 2000*. Lima: USAID, 1999.
- ANGULO TUESTA, Flor de Belén. *Hablan las mujeres de San Martín*. Lima: Movimiento Manuela Ramos. Serie Género y Salud Reproductiva. 2002.
- APRODEH. *Informe anual. Diez años de pobreza y autoritarismo: Jamás, señor ministro de Salud, fue la salud más mortal*. Lima: APRODEH, CEDAL, 2000.
- APRODEH, FLORA TRISTAN y CIES. *Derechos humanos y salud: vinculando dos perspectivas*. Lima: CIES, 2002.
- ARROYO LAGUNA, Juan. *Salud: La reforma silenciosa. Políticas sociales y de la salud en el Perú de los 90*. Lima: UPCH, 2000.
- ARROYO LAGUNA, Juan. “La función de gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud”. En *Políticas de salud 2001-2006*. Lima: CIES, 2001.

- ARROYO LAGUNA, Juan. "La función de gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud". En *Políticas de salud 2001-2006*. Lima: CIES, 2002.
- ARROYO LAGUNA, Juan; SAAVEDRA, Carlos y CUETO; Marcos *et al.* *Interculturalidad de la atención de la salud: estudio socioantropológico de enfermedades que cursan el síndrome íctero-hemorrágico en Ayacucho y el Cusco*. Lima: MINSA, UPCH, 2001.
- ARROYO, Juan (Ed.) *La salud peruana en el siglo XXI*, Lima : CIES, 2002.
- ARROYO, Juan. *Gobernabilidad en Salud en el Perú en los 90*. Lima: MINSA, 2001.
- BARDALEZ DEL ÁGUILA, Carlos. "Salud de la población". En *Políticas de salud 2001-2006*. Lima: CIES, 2002.
- BAND, Astrid y MOTTA, Angélica. *Hablan las mujeres andinas*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, Serie Género y Salud Reproductiva, 2001.
- BRITT COE, Anna. *Salud, derechos y realidades de las mujeres en el Perú: un análisis del Proyecto ReproSalud*. Lima: Centro de Equidad en Salud y Género, 2001.
- CORTEZ, Rafael. *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Lima: CIUP, 2000.
- CUETO, Marcos. *Culpa y coraje: historia de las políticas de VIH-sida en el Perú*. Lima: CIES, UPCH, 2001.
- DADOR TOZZINI, Ma. Jennie. *Diagnóstico normativo de los derechos sexuales y reproductivos en el Perú*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2000.
- DAMMERT, Ana Cecilia. *Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú*. Lima: CIES-GRADE, 2001.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria I: casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Serie Informes Defensoriales. Informe 7. Lima: Defensoría del Pueblo, 1998.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria II: casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Serie Informes Defensoriales. Informe 27. Lima: Defensoría del Pueblo, 2000.

- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo.* Serie Informes Defensoriales. Informe No. 69. Lima: Defensoría del Pueblo. 2002.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La violencia sexual: un problema de seguridad ciudadana. Las voces de las víctimas.* Serie Informes Defensoriales. Informe 21. Lima: Defensoría del Pueblo, 2000.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *El caso de derrame de mercurio que afectó a las localidades de San Sebastián de Choropampa, Magdalena y San Juan en la provincia de Cajamarca.* Serie Informes Defensoriales. Informe 62. Lima: Defensoría del Pueblo, 2001.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *El derecho a la vida y a la integridad personal en el marco de la prestación del servicio militar en el Perú.* Serie Informes Defensoriales. Informe 42. Lima: Defensoría del Pueblo, 2002.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Violencia sexual contra menores de edad en Arequipa.* Serie Informes Defensoriales. Informe 52. Lima: Defensoría del Pueblo, 2000.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Violencia familiar contra la mujer en el Callao. Análisis de la actuación estatal.* Serie Informes Defensoriales. Informe 61. Lima: Defensoría del Pueblo, 2001.
- DE HABICH, Midori. "Financiamiento del cuidado de la salud". En César Lip *et al. Elementos para el análisis del sector Salud.* Lima: OPS-IDMA, 1992.
- ESAN-AUPHA-SEVERS-FUNSALUD. *Análisis del financiamiento del sector Salud,* Primera edición. Lima: Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1997.
- ESCALANTE GUZMÁN, Giovanni. "Políticas de salud 2001-2006: Los recursos humanos en salud". En *Políticas de salud 2001-2006.* Lima, CIES, 2001.
- EWIG, Cristina. "Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector Salud". En *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes.* Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, 2000.
- FERRANDO, Delicia. *Aborto Clandestino en el Perú.* Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2002.

- FRANCKE, Pedro. «Lineamiento de políticas en salud, 2001-2006». En *Políticas de salud 2001-2006*. Lima: CIES, 2002.
- FRANCKE, Pedro. “¿Qué hacer en salud?: algunas propuestas”. En, *Socialismo y Participación* 78. Lima: CEDEP, 1997.
- FRANCKE, Pedro. *Focalización del gasto público en Salud: situación y alternativas*. Lima: MINSA, 1998
- FRANCKE, Pedro. *El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en salud en el Perú*. Lima: CISEPA, 1998.
- GÚEZMES, Ana; PALOMINO Nancy y RAMOS MIGUEL. *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú: Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Lima: Flora Tristán, UPCH, OMS, 2002.
- IGUÍÑIZ, Javier. *Economía y derechos sociales. Ensayos*. Lima: Instituto Bartolomé de las Casas y Centro de Estudios y Publicaciones, 2002.
- IMASEN, Encuesta 28 de mayo y 3 de junio 2000
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA . *Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú*. Lima: INEI. Octubre, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú. Endes 1986, 1991-1992, 1996 y 2000*. Lima: INEI, 2002.
- LOLI, Silvia. “Evaluación de la vigencia de los derechos humanos de las mujeres en América Latina”. En. *El Otro Derecho*, vol. 7, N.º 3. Artículo de trabajo elaborado en el marco del proyecto Promoción Integral de los Derechos Humanos en América Latina: Acción Coordinada de las ONG, promovido por ILSA, 1994-1995. Bogotá: ILSA, 1996.
- MACROCONSULT S. A. *Análisis del gasto público en salud*. Lima: Ministerio de Salud. Proyecto 2000. Primera edición, 1997.
- MIMDES. *Perú. Informe Nacional sobre la Aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing 1995-1999*. Lima: MIMDES. 2000.

MINISTERIO DE SALUD. *Informe Final de la Comisión Especial*. Lima: MINSA. 2002.

MINISTERIO DE SALUD, PAAG. *Modelo de gestión de establecimientos de salud y participación comunitaria de los líderes comunales*. Lima: MINSA, 1999.

MINISTERIO DE SALUD. *Financiamiento del sector salud 1995-1996*. Lima: MINSA. 1995.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el Mundo. 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el Mundo. 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. OMS, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. OMS, 2002.

PETRERA, Margarita. "Financiamiento en salud". En Juan Arroyo. *La salud peruana en el siglo XXI*, Lima: CIES, 2002

PETRERA, Margarita y CORDERO, Luis. "El aseguramiento público en salud. Factores que intervienen en la elección del proveedor". En, Richard Webb y Moisés Ventocilla, *Pobreza y economía social: análisis de una encuesta (EN-NIV 1997)*. Lima: Cuánto-UNICEF-USAID, 1999.

PNUD, *Informe Anual sobre el Desarrollo Humano, 2000*. Capítulo 1: "Los derechos humanos y el desarrollo humano". PNUD: 2001.

PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano, 2002*. Lima: PNUD. 2002.

PROMUDEH. *Perú. Informe nacional sobre la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing 1995-1999*. Lima: PROMUDEH, 2000.

QUINTANA, Alicia y VÁSQUEZ DEL AGUILA, Ernesto. *Construcción Social de la Sexualidad Adolescente: género y salud sexual*. Lima: Instituto de Educación y Salud, 1999.

SOLARI, Luis. "Lecciones aprendidas y retos para el sector Salud" en *Desafíos de las políticas sociales: superación de la pobreza e integración social en América Latina*. Lima: FONCODES, CIES, 2002.

- TAMAYO, Giulia. *Bajo la Piel, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana. 2001.
- TAMAYO, Giulia. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima : CMP Flora Tristán, 1998.
- TAMAYO, Giulia. *Nada personal: reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú (1996-1998)* (incluye video). Lima: CLADEM, CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLITICAS PUBLICAS, 1999.
- UGARTE, Óscar y MONGE, José Antonio. *Equidad y reforma en el sector Salud*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 2000.
- UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO. *Análisis de costos de los servicios de salud*. Primera edición. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Proyecto 2000, 1997.
- VALDIVIA, Martín. *Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú*. Lima: GRADE, 2002, documento de trabajo N.º 37, 2002.
- VALLENAS, Sandra y VALVERDE, Rocio et al. *Vivir la tuberculosis: estudio socio-antropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino*. Lima: MINSA, Proyecto Vigía, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, 2001.
- VERA, José Carlos. *Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú*. Lima: ForoSalud, 2002.
- VILLAVICENCIO, Nydia. *Hablan las mujeres de Ucayali*. Lima: Movimiento Manuela Ramos. Serie Género y Salud Reproductiva. 2002.
- YAMÍN, Alicia Ely. *Vigilancia social del derecho a la salud: conjurando inequidades*. Lima: CEDAL, 2002.
- YAMIN ELY, Alicia. *Retos y posibilidades para la innovación de la práctica en salud y derechos humanos. Reflexiones sobre Perú*. Washington D.C : Health and Human Rights Vol. 6 No.1. 2003.
- YON, Carmen. *Preferencias reproductivas y anticoncepción. Hablan las mujeres andinas*. Lima: Movimiento Manuela Ramos. Serie Género y Salud Reproductiva. 2001.

Impreso por Ediciones Nova Print S.A.C.,
Pedro Conde 310-301, Lince. Telefax: 222-2123.
Se terminó de imprimir en junio de 2004,
en Lima, Perú.