



DERECHO A LA SALUD, PRIVILEGIO DE POCOS

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD EN PERÚ DESDE
UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Amnistía Internacional es un movimiento integrado por 10 millones de personas que activa el sentido de humanidad dentro de cada una de ellas y que hace campaña en favor de cambios que permitan que todo el mundo disfrute de sus derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo donde quienes están en el poder cumplen sus promesas, respetan el derecho internacional y rinden cuentas. Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso, y nuestro trabajo se financia principalmente con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

Creemos que actuar movidos por la solidaridad y la compasión hacia nuestros semejantes en todo el mundo puede hacer mejorar nuestras sociedades.

© Amnesty International 2024

Salvo cuando se indique lo contrario, el contenido de este documento está protegido por una licencia 4.0 de Creative Commons (atribución, no comercial, sin obra derivada, internacional).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Para más información, visiten la página Permisos de nuestro sitio web: <https://www.amnesty.org/es/about-us/permissions/> <https://www.amnesty.org/es/about/permissions/>

El material atribuido a titulares de derechos de autor distintos de Amnistía Internacional no está protegido por la licencia Creative Commons.

Publicado por primera vez en 2024
por Amnesty International Ltd.
Peter Benenson House, 1 Easton Street
London WC1X 0DW, Reino Unido

Índice: AMR 46/8603/2024
OCTUBRE DE 2024
Idioma original: Español
amnesty.org



Imagen de portada:
© Adriana Z. Angulo

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	4
INTRODUCCIÓN	7
1. METODOLOGÍA	9
1.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO	10
1.2 DISEÑO DE INSTRUMENTOS CUALITATIVOS	12
MUJERES	12
HOMBRES	13
GRUPO FOCAL EN LA COMUNIDAD SHIPIBA CONIBA DE SANTA EULALIA	13
2. MARCO NORMATIVO DE LOS DDHH	14
2.1 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	14
2.1.1 Elementos esenciales para analizar el derecho a la salud	15
2.1.2 Estándares internacionales respecto de la prestación de servicios de salud sin discriminación y en caso de afectaciones en operativos de seguridad	18
2.2 MARCO NORMATIVO NACIONAL EN MATERIA DE SALUD	21
3. EL SISTEMA DE SALUD EN PERÚ: LOS CASOS DE LIMA Y AYACUCHO	24
4. ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DEL DERECHO A LA SALUD	33
4.1 DISPONIBILIDAD	33
4.2 ACCESIBILIDAD	47
4.2.1 Accesibilidad Física	49
4.2.2 Accesibilidad Económica	58
4.2.3 No Discriminación	64
4.3 CALIDAD	68
4.4 ACEPTABILIDAD	78
4.5 CONCLUSIONES GENERALES DEL CAPÍTULO	82
5. CRISIS SOCIAL, PROTESTA Y ACCESO A LA SALUD	84
5.1 BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD A LAS PERSONAS HERIDAS POR LAS PROTESTAS	84
5.2 DISCRIMINACIÓN Y DESCONFIANZA DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD	88
5.3 PERCEPCIONES SOBRE EL PERSONAL DE SALUD SOBRE DISCRIMINACIÓN EN EL CONTEXTO DE LAS PROTESTAS SOCIALES	90
5.4 EFECTOS DE LA FALTA DE ACCESO A LA SALUD EN INGRESO Y MEDIOS DE VIDA	91
5.5 CONCLUSIONES GENERALES DEL CAPÍTULO	94
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	95
ANEXO 1: GUÍAS DE ENTREVISTAS	98
GUÍA DE ENTREVISTA A PACIENTES	98
GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL Y AUTORIDADES DE SALUD	102

RESUMEN EJECUTIVO

En los últimos años, Perú ha enfrentado una crisis de salud provocada por la pandemia de Covid-19 y una crisis social y política cuando, a finales de 2022, miles de personas ejercieron su derecho a la protesta y fueron fuertemente reprimidas por las fuerzas del orden en Perú. Las afectaciones a las víctimas de la represión se vieron agravadas por una combinación de barreras estructurales en el sistema de salud que afectaron su acceso a la salud.

“Derecho a la salud, privilegio de pocos” analiza la situación del derecho a la salud desde el marco internacional de los derechos humanos en Perú, con énfasis en dos departamentos- Lima y Ayacucho- para evaluar en qué medida el país cumple con sus obligaciones de garantizar el derecho a la salud de las personas cubiertas por diferentes esquemas de acceso a la salud; analizar el efecto de las barreras estructurales de acceso a la salud, y las afectaciones derivadas de la represión durante las protestas sociales que sucedieron entre diciembre de 2022 y el primer trimestre de 2023.

La información recabada por Amnistía Internacional a través de entrevistas, fuentes secundarias y análisis estadístico se analiza a través de las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que forman parte de los elementos esenciales de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Aunque el marco normativo nacional de Perú establece diversas leyes y normas para alcanzar gradualmente una cobertura universal de salud, el sistema de salud en Perú, tanto en su diseño como en su implementación, se encuentra fragmentado entre diversos seguros de salud. Estos esquemas tienen como consecuencia que el seguro de salud contributiva y privada atiendan a ciertos sectores económicos de mayores ingresos, mientras que el Seguro Integral de Salud (SIS) del Ministerio de Salud (MINSA) atienden a toda la población, pero particularmente a las personas de menores ingresos. Además, existe una tendencia a que las personas que cuentan con seguros públicos se atiendan en el sector privado utilizando no esquemas de aseguramiento, sino gasto de bolsillo, lo cual tiene un efecto en la disponibilidad y accesibilidad equitativa a los servicios de salud.

Amnistía Internacional considera que existen barreras para el acceso a los servicios de salud en términos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad, con un enfoque especial en los casos analizados de Lima y Ayacucho.

Amnistía Internacional realizó un análisis comparativo internacional en el que encontró que, en materia de disponibilidad, existe evidencia en materia de indicadores de salud como camas, medicinas y personal médico y de enfermería que muestra áreas de oportunidad para poder alcanzar un nivel de avance similar al de otros países con el mismo nivel de desarrollo humano y de acuerdo con los estándares internacionales establecidos por la OMS.

Existen brechas a nivel nacional y regional de disponibilidad de infraestructura pública para atender la demanda de salud en diferentes niveles de atención. Amnistía Internacional identificó que persisten brechas a nivel departamental significativas en la disponibilidad de camas de hospitalización. El departamento de Lima que concentran el 43% de las camas registradas, a pesar de sólo contar con el 33% de la población nacional. Al mismo tiempo, otros departamentos como Ayacucho registran un promedio de camas de 8.6 por cada 10 mil habitantes, lo que es menor a la media nacional (9.2).

Con datos del Ministerio de Salud, Amnistía Internacional calculó el número de establecimientos por niveles de atención a nivel departamental, que muestran que un porcentaje significativo de los establecimientos más especializados y con servicios de hospitalización (segundo y tercer nivel) se encuentran concentrados en el departamento de Lima. En el caso de servicios de tercer nivel más especializados, existen 16 departamentos que no cuentan con disponibilidad de

lugares -incluido Ayacucho- por lo que sus habitantes pueden enfrentar problemas en el acceso a dichos servicios y en la referenciación.

En el caso del departamento de Ayacucho, de acuerdo con la información proveniente de entrevistas hechas por Amnistía Internacional, se describió consistentemente que la falta de hospitales de especialidad y de especialistas médicos es una barrera importante que afecta no sólo la disponibilidad de servicios de salud en la comunidad sino en la calidad y tiempos de espera.

De 2000 a 2022, el porcentaje de mujeres que reportan tener problemas de distancia y transporte en el acceso a servicios de salud se incrementó de 33.6% a 39.2% y de 30% a 37.6%, respectivamente. A nivel departamental se encontró que existen brechas importantes entre regiones en materia de acceso geográfico. El departamento de Lima muestra un porcentaje menor de mujeres que reportan problemas de distancia (39.9%) y transporte (37.9%) al centro de salud comparado con Ayacucho, donde casi la mitad de las mujeres (45%) reportan problemas de distancia y de transporte.

La presencia de comunidades alejadas, a menudo ubicadas a varias horas de distancia de los centros de salud más cercanos, crea una barrera significativa para el acceso a la atención médica que impacta directamente en la capacidad de brindar atención adecuada a la población. Las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional a proveedores de salud en la ciudad de Ayacucho resaltaron la dificultad de acceder a áreas geográficas diversas y distantes.

Las barreras de acceso físico también están relacionadas con desigualdades sociales y económicas. Mientras que a nivel nacional sólo el 4.6% de las personas enfermas que no asistieron a los servicios de salud dijeron que fue por la distancia al centro de salud, este porcentaje llega hasta casi el 18% en las regiones rurales con menos densidad poblacional y a 12.8% para personas en situación de pobreza extrema.

Un tema prevalente en diversas entrevistadas realizadas por Amnistía Internacional es la escasez de medicinas en las postas de salud de primer nivel, lo que ocasiona un acceso reducido y muchas veces ineficaz, a pesar de que muchos de los procedimientos y medicinas están contemplados el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, que establece un conjunto de bienes y servicios básicos para todos los tipos de aseguramiento en salud en Perú.

De acuerdo con los últimos datos de los Objetivos de Desarrollo Sustentable de Naciones Unidas, el porcentaje de hogares que reportan gastos de salud mayores al 10% de su ingreso se ha ido incrementando en los últimos años, de 8% en 2017 a 12.6% en 2021. Amnistía Internacional estimó, con base en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2022 el gasto de bolsillo en salud de los hogares como porcentaje de sus ingresos. El 10% de los hogares más pobres gasta un porcentaje mayor de su ingreso en salud (8.3%) que los restantes grupos de ingreso, mientras que el 10% de los hogares más ricos gastan sólo 4% de sus ingresos. Esto contraviene lo señalado en la Observación General 14 sobre el principio de equidad.

En materia de discriminación, Amnistía Internacional recibió diversos testimonios sobre percepción de racismo y discriminación hacia las personas que fueron heridas o tuvieron familiares heridos en las protestas de Ayacucho. La constante presencia militar, no solo durante la crisis política de diciembre del 2022, sino a lo largo de la vida de los entrevistados en Ayacucho, revela un tema profundo de miedo y desconfianza arraigado en la población.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Percepciones sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico-racial elaborada por el Ministerio de Cultura de Perú, el lugar más común donde las personas sufrieron algún tipo de discriminación es en los hospitales públicos o postas, donde el 22% de las personas encuestadas señalan haber sido discriminadas. Además de la discriminación social por el lugar en donde viven y racial, una de las barreras que encuentra la población de Ayacucho es la no confianza en las autoridades (incluidos los profesionales de salud) dada la historia de conflictividad en dicho departamento:

De acuerdo con la ENAH 2022, el 6.3% de las personas en Perú que enfermaron y no buscaron asistencia médica fue por malos tratos o desconfianza. Estos porcentajes son más altos para zonas rurales, para Ayacucho y para personas que se auto identifican como afrodescendientes o indígenas. Amnistía Internacional encuentra que existen brechas significativas que confirman de manera general la correlación entre vivir en cierta región, pertenecer a cierto grupo social (campesinos en zonas más rurales) o ser una persona racializada, y no usar los servicios médicos por estas razones.

En materia de calidad y aceptabilidad, Amnistía Internacional encontró diversas barreras de acceso efectivo a los servicios de salud basados en la falta de sensibilización en temas de género. De acuerdo con entrevistas realizadas por Amnistía Internacional, existen diversos testimonios que describen problemas en el trato hacia las mujeres en los servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades como el cáncer de cuello uterino. Además, existe una percepción de malos tratos y una minimización de las preocupaciones por parte de las mujeres pacientes tanto en el sector privado como público.

Persisten brechas en el diagnóstico de enfermedades que afectan a las mujeres. Sólo el 44% de las mujeres entre 30 y 59 años se han realizado el Papanicolau en los últimos tres años, a pesar de las elevadas tasas de cáncer cervical en el país. Mientras que el departamento de Lima es uno de los más altos en este indicador (con 50% de las mujeres realizando este tratamiento), otros departamentos- incluidos Ayacucho- presentan niveles de monitoreo menores al departamento y la capital de Lima.

Amnistía Internacional encuentra que, con base en las entrevistas realizadas, existen barreras importantes en términos de sensibilización de los servicios médicos de salud y los testimonios dan cuenta de distintos eventos de falta de sensibilidad en materia de género, lo que contraviene las obligaciones internacionales del Estado peruano sobre erradicación de todas las formas de discriminación en contra de las mujeres.

Una de las barreras más comunes presentes en las entrevistas fue las condiciones de trabajo de las personas trabajadoras de la salud, quienes subrayaron que la remuneración, falta de estabilidad laboral y la necesidad de capacitaciones perjudican el compromiso del personal de salud, obligándole a desenvolverse en diferentes actividades, posiblemente afectando la atención a pacientes.

Finalmente, basado en el análisis de las afectaciones en el acceso a la salud enfrentadas por las personas durante las protestas de 2022 y 2023, Amnistía Internacional encuentra que existe evidencia de que el Estado no respetó el principio de no discriminación en el tratamiento de los pacientes heridos por motivos de afiliación política, clase social, lugar de residencia (Ayacucho), e identidad étnico racial.

La presencia de militares y policías en los hospitales tuvo un efecto disuasivo importante para que muchos heridos no asistieran, dado un contexto histórico específico en Ayacucho que no sólo genera desconfianza, sino que tiene un componente discriminatorio racista; esto constituye una barrera al acceso efectivo en términos de aceptabilidad y calidad. Las afectaciones a las víctimas de la represión no sólo se tradujeron en un mayor gasto de bolsillo, sino en menores niveles de ingreso, y afectaciones en sus medios de vida a largo plazo e incluso trayectorias profesionales y educativas.

Aunque el Estado ha tomado acciones para dar apoyos económicos a los deudos de los fallecidos o personas con heridas de gravedad durante las protestas, se requieren más acciones para poder brindar una reparación integral e inmediata a las víctimas que puedan tener acceso a restitución, compensación, satisfacción, y a la no repetición.

Con base en este análisis, Amnistía Internacional propone seis recomendaciones para el Estado:

- 1. Adoptar las medidas presupuestarias adecuadas para la plena realización del derecho a la salud.**
- 2. Garantizar que los servicios médicos y los factores determinantes de la salud estén al alcance físico de los grupos marginados y sean accesibles a ellos sin discriminación.**
- 3. Detección y atención de enfermedades crónico-degenerativas con enfoque de género.**
- 4. Acceso económico a los servicios de salud con equidad.**
- 5. Capacitación del personal médico en materia de no discriminación.**
- 6. Garantizar una reparación integral a las víctimas de violaciones a los derechos humanos y a sus familias, derivados de los sucesos ocurridos durante las protestas de 2022 y 2023 y a sus familias, con perspectiva de DDHH.**

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Informe de Amnistía Internacional “Desigual y Letal”, Perú fue el país con el mayor nivel de mortalidad por COVID-19 del mundo, con 6,247 muertes por cada millón de habitantes, una tasa de mortalidad 2.5 veces mayor al promedio de América Latina y el Caribe.¹

Durante la primera mitad de 2021, el departamento de Lima enfrentó una constante escasez de oxígeno: largas filas en los dispensadores y falta de insumos básicos en hospitales de la región llevaron a miles de familias a buscar resolver por su cuenta o ver a sus familiares morir en sus casas.² Aunque las zonas urbanas densamente pobladas sufrieron una mortalidad total mayor,³ de acuerdo con la Alta Comisionada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para los derechos humanos “la pandemia dejó al descubierto las profundas brechas y desigualdades económicas de la sociedad peruana (...) golpeó muy fuerte el medio rural, a las clases más desfavorecidas y los grupos más marginados y discriminados”.⁴

En la actualidad, los niveles de pobreza y pobreza extrema permanecen más altos que en los años previos a la pandemia: aproximadamente una de cada cuatro personas peruanas (27.5%) vive en situación de pobreza y el 5% en situación de pobreza extrema.⁵ Muchos hogares han visto su situación económica empeorar por los altos costos de hospitalización y la saturación de los servicios de salud públicos,⁶ que tuvieron como consecuencia mayor endeudamiento de muchos pacientes al recurrir al sector privado de la salud.⁷

Además de la crisis social y de salud causada por la pandemia, a finales de 2022 miles de personas ejercieron su derecho a la protesta y fueron fuertemente reprimidas por las fuerzas del orden en Perú. Ante las protestas sociales y la respuesta por parte del Estado con uso de la fuerza letal, uno de los hallazgos principales de Amnistía Internacional en su informe de mayo 2023 titulado “Racismo Letal: Ejecuciones extrajudiciales y uso ilegítimo de la fuerza por los cuerpos de seguridad de Perú” (en adelante Racismo Letal) fue que existió un posible sesgo racista en el uso de la fuerza por parte de los elementos de seguridad.⁸

El presente informe tiene como objetivo analizar el derecho a la salud desde el marco internacional de los derechos humanos en Perú, con énfasis en dos departamentos- Lima y Ayacucho- para evaluar en qué medida el país cumple con sus obligaciones de garantizar el derecho a la salud de las personas cubiertas por diferentes seguros de salud; y para analizar el efecto de las barreras estructurales de acceso a la salud y respecto de las protestas sociales que se observaron entre diciembre de 2022 y el primer trimestre de 2023.

1 Amnistía Internacional, *Desigual y Letal (Índice AMR 01/5483/2022)*, 26 de septiembre 2022, <https://www.amnesty.org/es/latest/research/2022/09/desigual-y-letal/>, página 90.

2 Reuters, *Escasez de oxígeno, más víctimas y escándalo por vacunas se agudizan en segunda ola COVID-19 en Perú*, febrero 2021, <https://www.reuters.com/article/idUSKBN2AJ1U0/> (Consultado el 5 de abril de 2024)

3 La mortalidad por cada 100 mil habitantes en la región Costa fue casi tres veces mayor que en la región Sierra. Ver María García Flores López, Alonso Soto Tarazona, Jhony de la Cruz, *Regional Distribution of Mortality by COVID-19 in Peru*, Revista Fac.Med.Hum Num. 21(2), abril 2021, pp. 326-334.

4 Naciones Unidas, *Perú: El COVID-19 evidenció las profundas desigualdades y sus efectos durarán años, alerta Bachelet*, julio 2022, <https://news.un.org/es/story/2022/07/1511932> (Consultado el 5 de abril de 2024)

5 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), CEPALSTAT, *Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica (cifras nacionales)*, <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es> (Consultado el 5 de abril de 2024)

6 Laura Plitt, “Lo que más nos asusta es que a mis padres les quiten la casa”: la angustia de una familia peruana endeudada tras enfermar de covid-19, BBC News, 12 de febrero de 2021, <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55918506> (Consultado el 5 de abril de 2024)

7 Claudia Chávez, *Después del dolor: las millonarias deudas de las familias afectadas por Covid-19*, Ojo Público, <https://ojo-publico.com/2873/las-millonarias-deudas-los-afectados-por-la-covid-19> (Consultado el 5 de abril de 2024).

8 Amnistía Internacional, *Racismo Letal (Índice AMR 46/6761/2023)*, 25 de mayo 2022, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/https://www.amnesty.org/es/latest/research/2022/09/desigual-y-letal/>, página 3.

A través de evidencia cuantitativa y cualitativa, se analizan los principales problemas estructurales de salud en el marco de las dimensiones del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad y calidad. Utilizando las recomendaciones y referencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales, se realizan estimaciones de diversos indicadores de salud a nivel internacional, nacional, por departamento, por tipo de seguro médico, entre otros.

Amnistía Internacional también realizó una serie de entrevistas a usuarias y prestadoras de servicios de salud, sistematizando las experiencias de las personas en materia de sus gastos en salud, el trato recibido por el personal de salud, las barreras que reportan dentro del sistema y las consecuencias en sus medios de vida.

El informe contrasta las experiencias de la población de los departamentos de Lima y Ayacucho. El primero concentra la mayor parte de la infraestructura de salud del país y tiene niveles de ingresos mayores. El segundo tiene mayores niveles de pobreza y fue uno de los más afectados durante la protesta social en términos de personas heridas y fallecidas⁹. Además, la organización analizó las experiencias de discriminación en ambos casos con el fin de poder determinar en qué medida las protestas sociales y la reacción del Estado a ellas tuvo un efecto en el acceso efectivo a servicios de salud.

9 Amnestía Internacional, *Racismo Letal (Índice AMR 46/6761/2023)*, 25 de mayo 2022, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/>, página 54.

1. METODOLOGÍA

La metodología usada en el presente informe es mixta. Combina análisis cuantitativo con cualitativo de manera que se pueda tener información complementaria para poder analizar en qué medida el Perú cumple con sus obligaciones en garantizar el derecho a la salud. Este tipo de estudio utiliza de manera paralela diferentes instrumentos: se realiza el análisis de la información cualitativa y cuantitativa de manera independiente, integrándolo después, y utilizando como marco conceptual el marco normativo internacional de los derechos humanos y sus dimensiones.

Mientras el análisis cuantitativo permite tener información sistematizada y desagregada por regiones o grupos con representatividad estadística, el análisis cualitativo profundiza en aquellos problemas que enfrentan las personas beneficiarias y sus percepciones sobre el sistema de salud, lo que permite complementar la información estadística o profundizar en aspectos donde no se tiene información cuantitativa.



Foto 1: Grupo focal en la Comunidad Shipiba de Santa Eulalia.
Crédito: Kenner Anyosa Flores

1.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO

El análisis cuantitativo tiene como objetivo observar tendencias generales en las características de la infraestructura, los recursos invertidos, los hogares y las personas usuarias de los servicios de salud, y realizar comparaciones entre grupos o a través del tiempo, a nivel internacional, nacional o regional, para poder tener indicadores sobre el cumplimiento de Perú en materia de acceso a la salud de la población.

Se generan diversos indicadores que miden las diferentes dimensiones del derecho a la salud a través del procesamiento y análisis de la información. Una primera fuente de información fueron las encuestas de hogares, ya que estas permiten comparabilidad anual y desagregación por sexo, nivel de ingresos, situación de pobreza, tipo de aseguramiento, área de residencia y otras variables desde las que se analiza la evolución de las brechas y algunas coberturas de servicios públicos. Las dos principales encuestas utilizadas fueron la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2022¹⁰ y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.¹¹ Se trabajan con tabulados preestablecidos y con cálculo a través de microdatos.¹²

La ENAH y ENDES 2022 son dos encuestas a nivel hogar e individual, representativas a nivel nacional, por ámbito urbano y rural, y a nivel departamental; la muestra de la ENAH es de 36,822 viviendas¹³ mientras que la de la ENDES es de 36,650 viviendas, con una muestra y batería que se concentra primordialmente en las experiencias de las mujeres en los servicios de salud.¹⁴ Todos los cálculos toman en cuenta los factores de expansión del diseño muestral de ambas encuestas. Se validó la calidad de las estimaciones puntuales analizando el coeficiente de variación para ver el grado de precisión.¹⁵ Para todos los insumos que se utilizan en el texto, así como en los gráficos y tablas se utilizó el software estadístico Stata, para los mapas y gráficos Microsoft Excel, y para el diagrama de Sankey se utilizó el R lenguaje de programación para computación estadística.

Además de las encuestas de hogar, se utilizó información de diferentes fuentes del gobierno peruano. Del Instituto Nacional de Estadística e Informática se utilizó principalmente el Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones¹⁶ y los tabulados de estadísticas sociales en materia de salud.¹⁷ Del Ministerio de Salud, se utilizaron diferentes bases de datos contenidas y sistematizadas en el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS).¹⁸

10 Plataforma Nacional de Datos Abiertos. *Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2022 - [Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI]*, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enah-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 28 de mayo de 2024)

11 Plataforma Nacional de Datos Abiertos. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 - [Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI]*, Disponible en <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-demogr%C3%A1fica-y-de-salud-familiar-endes-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e> (Consultado el 28 de mayo de 2024)

12 Se utiliza como insumo para los cálculos las bases de datos que contienen la información recabada directamente de censos y encuestas, así como información sobre su diseño muestral, donde generalmente se utiliza un software estadístico para su procesamiento.

13 Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Ficha técnica: Encuesta Nacional de Hogares 2022*, 2022, https://www.inei.gob.pe/media/encuestas/documentos/enah/2022/Ficha_tecnica2022.pdf (Consultado el 2 de julio de 2024)

14 Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Ficha técnica: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022*, 2022, https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/DOCUMENTOS/FICHA_TECNICA_ENDES_2022.pdf (Consultado el 2 de julio de 2024)

15 Los umbrales utilizados en el presente informe para analizar la confiabilidad de las estimaciones tienen rangos en su coeficiente de variación 1) es: precisión alta si es menor al 15%, 2) precisión moderada si se encuentra entre el 15% y 30%, y 3) precisión baja si se encuentra por arriba del 30%. Se toman como referencia el tratamiento de datos de los Institutos de Estadística de Estados Unidos, México, Australia y Canadá.

16 Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Sistema de Información para la Toma de Decisiones*, <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta> (Consultado el 28 de mayo de 2024)

17 Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Estadísticas Sociales. SALUD*, <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/> (Consultado el 28 de mayo de 2024)

18 Ministerio de Salud. *Repositorio Único Nacional de Información en Salud*, <https://www.minsa.gob.pe/reunis/index.asp?op=5> (Consultado el 28 de mayo de 2024)

También se utilizó información de fuentes internacionales como la OMS, el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).¹⁹ Se realizó un análisis comparativo con respecto a países de la región o con niveles de desarrollo humano similares. Estos indicadores son utilizados comúnmente por organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud,²⁰ el Banco Mundial,²¹ o la OCDE²² para analizar el desempeño y los avances de diferentes países en materia de acceso a la salud.

El informe realiza un análisis comparado de diversos indicadores de la OMS utilizando como referencia el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para comparar a Perú con países con similar nivel de desarrollo. Para poder tener un grupo comparable de países y establecer rangos de comparación, se clasifican el IDH de los 193 países de los cuales se tienen estimaciones para 2022 de acuerdo con la metodología estadística de *clusters* a través de K-medias. Esta metodología establece un número predeterminado de grupos “K” y calcula el número de elementos de cada grupo que minimiza la varianza dentro de cada *cluster* utilizando como medida la norma euclidiana entre las observaciones de cada grupo y la media del mismo.²³ Formalmente el problema puede ser presentado como:

$$\min \sum_{i=1}^K \sum_{j \in C_i} \|x_j - m_i\|^2$$

Donde j es el número de elementos pertenecientes al conjunto i , el conjunto de observaciones pertenecientes al cluster i , el valor del IDH del país x , y m_i la media del grupo i . De esta manera, se calculan 10 clusters, y las comparaciones realizadas se hacen sólo con los países pertenecientes al mismo cluster que Perú.

Para tratar de tener la información más actualizada, se analizó la información más reciente disponible de acuerdo con la comparabilidad internacional de fuentes como OMS, OCDE y Banco Mundial o con la disponibilidad de las encuestas de hogares. Un elemento para considerar con las comparaciones internacionales es que los indicadores suelen no estar tan actualizados como los datos de encuestas de hogar o registros administrativos por temas de comparabilidad internacional y el proceso por el cual cada país reporta.

19 Los organismos internacionales recogen información proporcionada por cada país para tener a la mano indicadores comparables a nivel regional o internacional, ya que las fuentes de datos nacionales como registros administrativos o resultados de censos o encuestas de hogar son comúnmente reportadas de manera distinta por cada país.

20 Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Indicadores de Salud. Aspectos conceptuales y operativos*, 2018, OPS/OMS, Washington, DC., https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

21 Cristina Herrera et al. *Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas de la pandemia de la COVID-19. 2022*. 2022. Banco Mundial. Washington, DC, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099955001202313910/pdf/P1782990b8379d06d095330b1a51ea0836f.pdf> (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

22 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. *Panorama de la Salud 2021*. 2021, OCDE, Paris, <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf> (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

23 Kalidas Yeturu, *Handbook of Statistics: Chapter 3: Machine learning algorithms, applications, and practices in data science*, 2020.

1.2 DISEÑO DE INSTRUMENTOS CUALITATIVOS

En la fase cualitativa de este estudio se llevó a cabo un enfoque exhaustivo mediante entrevistas a profundidad dirigidas a 28 personas que representan diversos actores del sistema de salud peruano: pacientes, familiares de pacientes, y personal médico. Asimismo, se realizó un grupo focal de 20 personas en la Comunidad Shipiba de Santa Eulalia. La inclusión de proveedores y gestores de salud, así como de pacientes con diversas experiencias de afiliación a distintos seguros, permitió obtener una comprensión integral de las percepciones y desafíos presentes en el acceso y uso de los servicios de salud en el país. El periodo de levantamiento de la información- tanto para las entrevistas como para el grupo focal- se realizó entre abril y septiembre de 2023.

En las entrevistas a profundidad participaron 17 mujeres y 11 hombres. Se utilizaron dos guías de entrevistas: una para personas trabajadoras de servicios de salud y otra para personas usuarias. Para aquellas personas que experimentaron de manera directa o indirecta las protestas sociales originadas a finales de 2022 y 2023, se realizó una batería de preguntas adicionales. Las guías están disponibles en el Anexo 1 metodológico.

El esquema laboral determina el tipo de aseguramiento de las personas entrevistadas. Las personas seleccionadas para las entrevistas representaron una diversidad de perfiles de aseguramiento, incluyendo afiliados al Seguro Social de Salud (EsSalud), al Seguro Integral de Salud (SIS), usuarios de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) y personas con seguro de salud privado. Asimismo, el enfoque por conveniencia en la selección de la muestra garantizó la inclusión de experiencias variadas, enriqueciendo así la comprensión de los distintos contextos y realidades que enfrenta la población en el acceso a la atención médica.

Cabe mencionar que, a raíz de la represión de las protestas de diciembre 2022 a marzo 2023, la organización priorizó recoger las experiencias y testimonios de las víctimas sobrevivientes y familiares de víctimas de personas fallecidas en la ciudad de Ayacucho, también para analizar la garantía del Estado peruano del derecho a la salud en ese contexto en particular. Este análisis retoma la dimensión de accesibilidad en materia de no discriminación en el Capítulo 4, donde se analiza de manera independiente por la relevancia y el contexto social político específico.

Las invitaciones se realizaron con el apoyo de Amnistía Internacional - Sección Perú a través de cartas a gestores y autoridades de salud, así como reuniones y coordinaciones con colectivos y pacientes. Todas las personas señaladas en los grupos focales y estudios de caso tienen pseudónimos para proteger sus datos personales.

MUJERES

Amnistía Internacional entrevistó a cinco mujeres trabajadoras del sector público de salud, dos usuarias víctimas o familiares de víctimas durante la crisis y protestas sociales 2022-2023, y diez mujeres usuarias afiliadas a diversos tipos de seguro, filiaciones mixtas (público y privado) o sin ningún tipo de seguro.

Se eligieron perfiles diversos y representativos de variables sociodemográficas para contrastar distintas experiencias y su relación con variables socioeconómicas, demográficas y geográficas. Se entrevistaron mujeres en un rango de edad de entre 35 y 75 años. Entre las principales ocupaciones destacan personas trabajadoras subordinadas (con o sin contrato laboral), independientes, y mujeres jubiladas. Estas situaciones laborales definen las filiaciones de salud que observamos, predominando entre las entrevistadas la filiación al SIS, seguido por EsSalud, aseguradoras privadas y, finalmente, dos participantes sin ningún tipo de seguro.

Se entrevistaron a 12 mujeres que tienen SIS, EsSalud, aseguramiento mixto (EsSalud y privado) y dos mujeres sin seguro de salud. Cuatro de las personas usuarias viven en Ayacucho y ocho en Lima. Ocho de las mujeres reportan ser madres. La información detallada del perfil sociodemográfico se encuentra en el Anexo 2 del reporte.

HOMBRES

Se entrevistaron 11 hombres: cinco trabajadores del sector salud, tres usuarios víctimas o familiares de víctimas durante la crisis y protestas sociales, y tres usuarios afiliados a diversos tipos de seguro, filiaciones mixtas (público y privado) o sin ningún tipo de seguro.

Como en el caso de las mujeres, se buscó diversidad en los perfiles sociodemográficos. Se tienen participantes en un rango de edad entre los 15 y los 58 años. Las principales actividades económicas son profesionales, trabajadores independientes y trabajadores manuales.

Se entrevistaron a tres hombres que tienen SIS, uno con EsSalud, uno con aseguramiento mixto (EsSalud y privado) y uno sin seguro de salud. Tres de ellos viven en Ayacucho y los restantes en Lima. La información detallada del perfil sociodemográfico se encuentra en el Anexo 2 del reporte.

GRUPO FOCAL EN LA COMUNIDAD SHIPIBA CONIBA DE SANTA EULALIA

Con el objetivo de tener mayor diversidad dentro del departamento de Lima y no sólo la zona metropolitana, se realizó un grupo focal con la Comunidad Shipiba Coniba de Santa Eulalia (CSC), una comunidad indígena que vive en una zona con niveles de pobreza relativamente altos en comparación con otros distritos en Lima.²⁴

En la actualidad, en esta comunidad viven más de 120 familias, sus fuentes de ingreso son mayoritariamente trabajos informales. En el caso de los hombres, trabajan en agricultura y transporte, mientras que las mujeres lo hacen en trabajos domésticos, artesanías y agricultura. Las artesanías las venden como ambulantes, en las carreteras y recreos campestres aledaños. El trabajo agrícola se da a lo largo de la carretera central, es una actividad sin beneficios y el pago es de 45 soles (USD 12) aproximadamente por día de trabajo.²⁵

La mayoría de las viviendas donde habitan les pertenecen. Éstas no son de material noble, son viviendas prefabricadas. Aquellas personas que no viven en viviendas propias la habitan bajo un sistema de faenas. Este sistema implica “cuidar” la vivienda mientras sus dueños no estén y ocuparse del cuidado de esta. Por otro lado, la comunidad tiene acceso a electricidad, pero aún están a la espera de las mejoras de redes de agua y desagüe. En cuanto a la situación de afiliación, todas las personas en la comunidad están afiliadas al seguro integral de salud-SIS.

24 Para más información ver: Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital 2018*, https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1718/Libro.pdf (Consultado el 12 de junio de 2024)

25 Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, *Shipibos en Lima no quieren olvidar su cultura: Cashahuacra invita a su festival “Non Kené”*, <https://caaap.org.pe/2019/10/09/shipibos-en-lima-no-quieren-olvidar-su-cultura-cashahuacra-invita-a-su-festival-non-kene/> (Consultado el 8 de febrero de 2024).

2. MARCO NORMATIVO DE LOS DDHH

2.1 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Perú ha ratificado el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que en su artículo 12 reconoce el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud.²⁶ Además, el país también ha ratificado el Protocolo de San Salvador, que reconoce en su artículo 10 el derecho a la salud como un bien público.

Además del PIDESC, el derecho a la salud es considerado en otros instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Perú. El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño señala que los Estados Parte “reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.”²⁷

Según el artículo 2 párrafo 2 del PIDESC los Estados Parte deben “garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.²⁸ En el mismo sentido, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial señala en su artículo 5 que los Estados Parte se comprometen a eliminar y prohibir la discriminación en todas sus formas en el acceso a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social, y los servicios sociales.²⁹

Por otro lado, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer señala que en sus artículos 12 y 14 que los Estados Parte adoptarán medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica, con énfasis en la protección de los derechos de las mujeres que viven en el ámbito rural, e incluye el tener acceso adecuado a la atención médica, al asesoramiento, a la información, y a los servicios de planificación familiar.³⁰ La Observación General 20 del Comité DESC (en adelante Observación General 20) señala que la no discriminación y la igualdad son componentes fundamentales de las normas internacionales.

No obstante, a la fecha Perú no ha ratificado el Protocolo Facultativo del PIDESC, en donde se establece que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) tiene competencia para conocer, investigar y comunicarse con personas o grupos de personas que aleguen ser víctimas de la violación de los derechos económicos, sociales y culturales por parte de los Estados Parte.³¹

26 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12.

27 Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24.

28 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, 2 de julio de 2009, UN E/C.12/GC/20, párrafo 2.

29 Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5.

30 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículos 12 y 14.

31 Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.



Foto 2: Hospital Edgardo Rebagliati
Martins de ESSalud en Lima.
Crédito: Diego Alejo Vázquez-Pimentel

2.1.1 ELEMENTOS ESENCIALES PARA ANALIZAR EL DERECHO A LA SALUD

A partir de los diversos tratados en materia de derechos humanos y en concreto del artículo 12 del PIDESC, la Observación General 14 del Comité DESC (en adelante Observación General 14) establece el marco conceptual y las obligaciones estatales relacionadas con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Según esta observación, el derecho a la salud implica el acceso oportuno, universal, equitativo y asequible a servicios de salud de calidad.³²

En materias de las obligaciones de los Estados, el PIDESC señala que cada uno de ellos “se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”³³

32 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 12.

33 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2.

DIMENSIONES DEL DERECHO A LA SALUD

La información recabada en este informe se analizará a través de las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que forman parte de los elementos esenciales de la Observación General 14. Estos incluyen, en resumen:

- **Disponibilidad:** contar con un “número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención a la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de dichos servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte.”³⁴
- **Accesibilidad:** acceso a los bienes y servicios de salud para todos sin discriminación, considerando accesibilidad física, económica, y acceso a la información.³⁵
- **Aceptabilidad:** los servicios de salud “deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.”³⁶
- **Calidad:** los establecimientos de salud deberán de tener buena calidad en el sentido de ser “apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”³⁷, además de contar con la infraestructura adecuada en términos de los determinantes de salud.

De acuerdo con dicha Observación, las obligaciones básicas de los Estados deberán incluir, entre otras cosas, como mínimo:

- “Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.”³⁸
- “Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y que garantice que nadie padezca hambre.”³⁹
- “Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.”⁴⁰
- “Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.”⁴¹
- “Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud”.⁴²

34 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso a.

35 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso b.

36 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso c.

37 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso d.

38 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 43 inciso a.

39 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 43 inciso b.

40 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 43 inciso c.

41 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 43 inciso d.

42 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 43 inciso e.

- Adoptar “Una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.”⁴³

En términos de proteger el derecho a la salud, la Observación General 14 señala la obligación de los Estados Parte en “adoptar las leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología.”⁴⁴

En materia de cumplimiento, la misma Observación General establece que para analizar la conveniencia de la política de salud y los indicadores relevantes para medir los esfuerzos de los Estados Parte, se retoman los criterios de la OMS. La propia Observación General 14 señala que “la efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)”⁴⁵ y la relevancia de que los Estados Parte utilicen la asistencia técnica, los indicadores y referencias de la OMS para dar efectividad al derecho a la salud en el plano nacional.⁴⁶

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) señala que, en casos de urgencia médica, los Estados deben garantizar estándares mínimos y que en el caso de disponibilidad “se debe de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud, así como de programas integrales de salud. La coordinación entre establecimientos del sistema resulta relevante para cubrir de manera integrada las necesidades básicas de la población.”⁴⁷

Adicionalmente, la Corte IDH también señala que, para casos de urgencia médica, los Estados deben garantizar estándares mínimos en materia de accesibilidad: “los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud deben ser accesibles a todas las personas. La accesibilidad entendida desde las dimensiones superpuestas de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Proveyendo de esta forma un sistema de salud inclusivo basado en derechos humanos.”⁴⁸

Además de las dimensiones mencionadas en la Observación General 14, la Observación General 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva especifica características similares en términos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, toda vez que “una atención integral de la salud sexual y reproductiva abarca los cuatro elementos interrelacionados y esenciales que se indican.”⁴⁹

Asimismo, la OMS y la OPS, como las principales agencias especializadas en salud de las Naciones Unidas, han desarrollado un amplio conjunto de directrices, normativas y otros parámetros para promover y proteger el derecho a la salud en todo el mundo, que incluye una amplia gama de áreas de la salud, entre ellas: la atención primaria de salud⁵⁰ como estrategia, la importancia de la promoción de la salud mental, la prevención y el control de enfermedades, la nutrición, la salud reproductiva y materna, y la regulación de productos farmacéuticos y tecnologías sanitarias, para incrementar el acceso a medicamentos esenciales. Estos documentos proporcionan orientación a los Estados Parte y a otros actores relevantes sobre las mejores prácticas y medidas para promover y proteger el derecho a la salud en diferentes contextos.

43 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 43 inciso f.

44 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 35.

45 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 1.

46 También se menciona la asistencia técnica y conocimiento especializado de otros organismos internacionales como el Banco Mundial, el UNICEF y el Fondo Monetario Internacional.

47 Corte IDH. Caso Poblete Vilches Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C Num. 349.

48 Corte IDH. Caso Poblete Vilches Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C Num. 349.

49 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, 2 de mayo de 2016, UN E/C.12/GC/22, párrafo 11.

50 Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Atención Primaria en la Salud.*, <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La Observación General 14 también menciona que el derecho a la salud es inclusivo, y abarca no solo la atención a la salud sino a los determinantes sociales que influyen en la misma, como el acceso a agua limpia, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones laborales adecuadas, suministro adecuado de alimentos, nutrición, entre otros.⁵¹

En la misma línea, la OMS define a los determinantes de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, por tanto, los determinantes son interdependientes y pueden ser sociales, ambientales, económicos y políticos.”⁵²

Estas condiciones de la población pueden dar lugar a las desigualdades sociales en salud, que pueden atenderse o disminuirse con el desarrollo de políticas públicas y acciones específicas por parte de los Estados. El Estado como garante de derechos humanos, debe generar condiciones para eliminarlas y, por tanto, están relacionadas directamente con el cumplimiento efectivo del derecho a la salud.⁵³

2.1.2 ESTÁNDARES INTERNACIONALES RESPECTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SIN DISCRIMINACIÓN Y EN CASO DE AFECTACIONES EN OPERATIVOS DE SEGURIDAD

El PIDESC, ampliado en la Observación General 14, prohíbe toda discriminación en el acceso a la atención. Para efectos del presente reporte, es de particular importancia señalar que dentro de los motivos internacionalmente prohibidos de trato diferenciado entre personas se encuentran el género, raza, opinión política, posición social, situación económica, lugar de nacimiento y situación política.⁵⁴ Esto también considera personas que hayan participado o simpaticen con protestas sociales, ya que la misma Observación señala que “Un Estado parte que (...) no permite que los médicos traten a presuntos opositores de un gobierno (...) alegando motivos tales como la seguridad nacional o el mantenimiento del orden público, tiene la obligación de justificar esas medidas graves en relación con cada uno de los elementos enunciados en el artículo 4.”⁵⁵

En la misma línea la Observación General 20 señala el ejercicio de los derechos del PIDESC- incluida la salud- no debe depender del lugar donde una persona resida, ya sea una zona urbana o rural, un asentamiento formal o informal, y debe erradicarse la disparidad en el acceso y calidad de los servicios sanitarios. Además, las personas o grupos “no deben de ser objeto de trato arbitrario por el simple hecho de pertenecer a un determinado grupo económico” o social; la situación de una persona como vivir en pobreza no “puede llevar aparejada discriminación, estigmatización y estereotipos negativos que con frecuencia hacen que una persona no tenga acceso a la salud de la misma calidad”, o se le niegue o limite el acceso a lugares públicos.⁵⁶

51 Comité DESC, Observación General: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 11.

52 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Determinantes sociales de la salud*, <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

53 Organización Mundial de la Salud. *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud, 2009.

54 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 18.

55 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 28.

56 Comité DESC, Observación General 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (citado previamente), párrafos 34 y 35.

Por otro lado, la Observación General 14 señala “la obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.”⁵⁷ Las normas y estándares internacionales son claros con relación a las obligaciones del Estado en instancias donde haga uso de la fuerza pública. Como se mencionó en el informe “Racismo Letal”,⁵⁸ los principios guía son legalidad, necesidad, proporcionalidad y rendición de cuentas.

- Legalidad: “el uso de la fuerza se justifica con base en un objetivo legítimo y en un marco regulatorio que detalle la forma de actuación en dicha situación.”
- Necesidad: “el uso de la fuerza debe limitarse a la inexistencia o falta de disponibilidad de otros medios para alcanzar un objetivo legítimo.”
- Proporcionalidad: “los medios y el método empleados deben ser acordes con la resistencia ofrecida y el peligro existente.”
- Rendición de cuentas: “dirigido no sólo a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley por sus acciones u omisiones a título individual, sino también todos los superiores que dicten órdenes, supervisen o controlen de algún modo a los funcionarios o que sean responsables de la planificación y la preparación de las operaciones de aplicación de la ley.”

Al respecto, los Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley señalan que cuando el empleo de las armas de fuego sea inevitable los encargados de hacer cumplir la ley “procederán de modo que se presten lo antes posible asistencia y servicios médicos a las personas heridas o afectadas”.⁵⁹ En el mismo sentido, el artículo 6 del Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley de las Naciones Unidas establece que “los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley asegurarán la plena protección de la salud de las personas bajo su custodia y, en particular, tomarán medidas inmediatas para proporcionar atención médica cuando se precise.”⁶⁰

La Observación General 37 sobre el derecho de reunión pacífica señala sobre las fuerzas del orden que “Los agentes del orden deberían tratar de reducir la tensión de las situaciones que podrían dar lugar a violencia.”⁶¹ y que “no se debería utilizar a militares para vigilar las reuniones, pero si en circunstancias excepcionales y con carácter temporal se despliegan como apoyo, deben haber recibido una capacitación adecuada en materia de derechos humanos y deben cumplir las mismas reglas y normas internacionales que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.”⁶²

Sobre las restricciones de derechos humanos, la Observación General 14 señala que los Estados Parte que restrinjan por ejemplo la circulación de personas – o las detengan – bajo pretexto de que padecen una enfermedad, o no permitan que los médicos atiendan a presuntos opositores de un gobierno, alegando motivos de seguridad nacional o mantenimiento del orden público, tienen la obligación de justificar esas medidas graves.⁶³

Al respecto, el informe de la Relatora Especial de salud en materia de violencia ha señalado que “la denegación del acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos, incluidas las personas sobrevivientes de la violencia, como resultado de la discriminación de hecho o de derecho, constituiría un incumplimiento de la obligación de respetar el derecho a la salud.”⁶⁴

57 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 33.

58 Amnesty International, Racismo Letal (Índice AMR 46/6761/2023), 25 de mayo 2022, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/>, página 3.

59 Organización de las Naciones Unidas. Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, párrafo 4 inciso c.

60 Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 34/169 de 17 de diciembre de 1979, artículo 6.

61 Comité de Derechos Humanos (CCPR), Observación General 37: relativa al derecho de reunión pacífica, 17 de septiembre de 2020, UN CCPR/C/GC/37, párrafo 78.

62 CCPR, Observación General 37: relativa al derecho de reunión pacífica (citado previamente), párrafo 80.

63 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 28.

64 Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Organización de las Naciones Unidas, Informe A/HRC/50/28: La violencia y su impacto en el derecho a la salud, párrafo 18.

Finalmente, en materia de reparaciones, la Observación General 14 señala que toda persona o grupo víctima de una violación al derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional, y a una reparación adecuada, en la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de no repetición.⁶⁵

Además, en el caso de aquellas personas afectadas directamente por el uso de la fuerza del Estado, la “Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder” señala que las víctimas que hayan sufrido “importantes lesiones corporales”, “menoscabo de su salud física o mental”, “hayan quedado física o mentalmente incapacitadas” tienen derecho a una indemnización financiera.⁶⁶

En la misma línea, los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” señalan que la reparación “ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario.”⁶⁷

RACISMO Y EL DERECHO A LA SALUD

Además de lo establecido en la Observación General 14 y en Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, el informe sobre el “Racismo y el Derecho a la Salud” de la Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental señala que “el racismo es un determinante social clave de la salud y un motor de las desigualdades sanitarias”. Partiendo de una perspectiva histórica, considera el impacto de las formas pasadas y contemporáneas de racismo en el derecho a la salud y en la capacidad de las personas y las comunidades para hacer realidad sus derechos a los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso a la atención, los servicios y los bienes sanitarios, incluso con respecto a la salud sexual y reproductiva.”⁶⁸

Sobre el tema los efectos de la brutalidad policial y el uso excesivo de la fuerza sobre la salud de personas racializadas, la Relatoría señala que “Es innegable que estas actividades suponen a menudo violaciones del derecho a la salud, ya que tanto el mantenimiento del orden como el encarcelamiento tienen un profundo impacto directo en la salud (por ejemplo, las muertes y lesiones no mortales causadas por la violencia policial y la propagación desenfrenada de enfermedades infecciosas en las prisiones) y efectos indirectos, como el aumento de las tasas de trauma, ansiedad, estrés agudo e hipertensión entre las comunidades altamente vigiladas.”⁶⁹

65 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 59.

66 Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder ley, adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 40/34 de 29 de noviembre de 1985, párrafo 12, incisos a) al c).

67 Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 60/147 de 16 de diciembre de 2005, párrafo 15.

68 Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Organización de las Naciones Unidas, Informe A/77/197: Racismo y el derecho a la Salud, párrafo 3.

69 Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Organización de las Naciones Unidas, Informe A/77/197: Racismo y el derecho a la Salud, párrafo 41.

2.2 MARCO NORMATIVO NACIONAL EN MATERIA DE SALUD

El derecho a la salud está reconocido en la Constitución Política del Perú de 1993. Su artículo 7 señala que: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.” En su artículo 9 señala que el Estado debe establecer una política nacional de salud que el Poder Ejecutivo tiene la atribución de normar y supervisar.⁷⁰

La naturaleza del sistema de salud a nivel constitucional contempla la participación del sector público y privado. La Constitución en su artículo 11 señala que el “Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas.”⁷¹

La Ley General de Salud 26842 señala los elementos más importantes en materia del diseño del sistema de salud y de sus características en materia de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Sobre el diseño del sistema de salud, la misma ley reconoce que la salud pública es responsabilidad del Estado y su provisión es de interés público. En el Título Preliminar de dicha ley, se prevén algunos elementos relevantes para el presente análisis:

- “Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.”⁷²
- “El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido.”⁷³
- “El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado.”⁷⁴

En materia de calidad, el artículo 2 de la misma Ley señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios médicos que reciba correspondan a las características y atributos indicados, y que “cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.”⁷⁵

Asimismo, el artículo 37 señala que en materia de disponibilidad los establecimientos y servicios médicos de apoyo deberán de cumplir con los requisitos establecidos por la Autoridad de Salud- El Ministerio de Salud (MINSA)- “en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos.”⁷⁶

En conclusión, el marco normativo peruano asigna al Estado la obligación de garantizar el derecho a la salud a través de la prestación de servicios de salud pública y de supervisar el correcto funcionamiento de todos los servicios de salud a través del MINSA.

70 Perú, Constitución Política del Perú, 1993, <https://www.congreso.gob.pe/Docs/constitucion/constitucion/Constitucion-Agosto-2023.pdf>, artículos 7 y 9.

71 Perú, Constitución Política del Perú, 1993, <https://www.congreso.gob.pe/Docs/constitucion/constitucion/Constitucion-Agosto-2023.pdf>, artículo 11.

72 Perú, Ley General de Salud 26842, 1997, <https://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>, Título preliminar, párrafo VI.

73 Perú, Ley General de Salud 26842, 1997, <https://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>, Título preliminar, párrafo VII.

74 Perú, Ley General de Salud 26842, 1997, <https://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>, Título preliminar, párrafo VIII.

75 Perú, Ley General de Salud 26842, 1997, <https://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>, artículo 2.

76 Perú, Ley General de Salud 26842, 1997, <https://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>, artículo 37.

Por otro lado, en complemento a lo dispuesto en la Constitución, en 2009 se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29344, que tiene como objetivo establecer un marco universal de aseguramiento. El artículo 4 establece los principios guía de dicho sistema son:

1. Universalidad: “la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en Perú, sin discriminación alguna, en todas las etapas de la vida.”⁷⁷
2. Solidaridad: “conjunto de actos y normas orientados a compensar el costo de la atención a quien la necesite con el aporte de los contribuyentes y el Estado. Se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre los grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros.”⁷⁸
3. Unidad: “la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, fuentes de financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos de la presente Ley.”⁷⁹
4. Equidad: “el sistema de salud provee servicios de salud de calidad a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrece financiamiento subsidiado para la población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.”⁸⁰
5. Irreversibilidad: “los derechos adquiridos previamente al proceso de aseguramiento universal en salud y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencias de algún proceso posterior.”⁸¹
6. Participativo: “el ejercicio de la ciudadanía en la formulación y seguimiento de políticas de aseguramiento universal de la salud.”⁸²

Dicha Ley establece la obligatoriedad de afiliación para toda la población residente a alguno de los sistemas de salud, la gradualidad para ir alcanzando la cobertura universal, la garantía de servicios de protección de salud a los asegurados, la regulación de este, entre otras. La Ley reafirma la función de rectoría sobre el sector salud del MINSA, incluyendo el Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud (EsSalud), las sanidades de fuerzas armadas y policiales, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), los seguros privados de salud y servicios prepago, entre otros esquemas.⁸³

77 Perú, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29344, 2009, <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>, artículo 4 inciso 1.

78 Perú, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29344, 2009, <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>, artículo 4 inciso 2.

79 Perú, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29344, 2009, <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>, artículo 4 inciso 3.

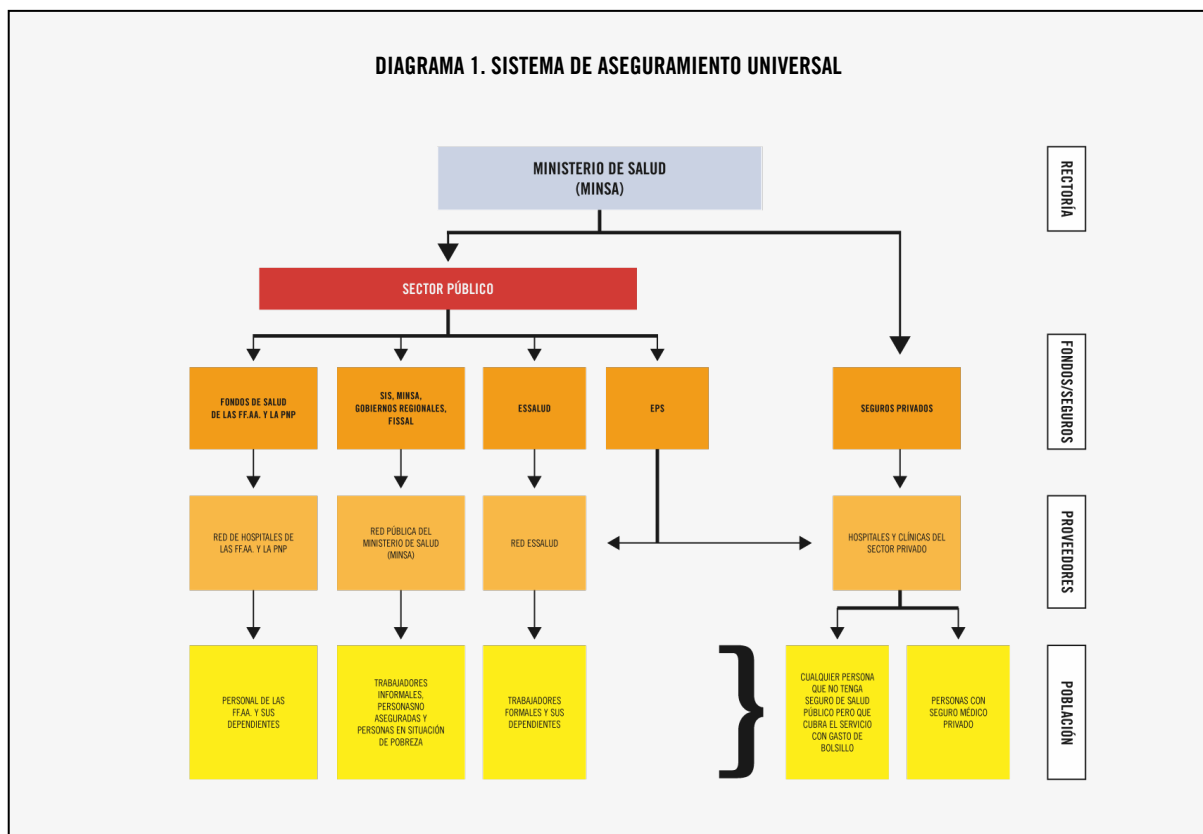
80 Perú, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29344, 2009, <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>, artículo 4 inciso 4.

81 Perú, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29344, 2009, <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>, artículo 4 inciso 5.

82 Perú, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29344, 2009, <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>, artículo 4 inciso 6.

83 Perú, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29344, 2009, <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>, artículo 7.

DIAGRAMA 1. SISTEMA DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL



Fuente: realizado por Amnistía Internacional con base en Informe de la Organización Internacional del Trabajo y EsSalud
 “El Sistema de Salud en Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura universal”

El Diagrama 1 muestra un esquema general del sistema de salud peruano, conectando población beneficiaria, proveedores, fondos de aseguramiento y rectoría. Un elemento esencial de este sistema es el establecimiento del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud,⁸⁴ que consiste en un mínimo de atención para todas las personas en Perú: una lista elaborada por MINSA de condiciones e intervenciones asegurables que tienen que ser cubiertas obligatoriamente por cualquier institución administradora de fondos de aseguramiento, independientemente de su mecanismo de financiación y de su naturaleza (pública, privada, mixta, etc.).

Finalmente, la Ley 30885 establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), tiene como objetivo establecer una red de instituciones de salud que de manera coordinada puedan proveer servicios integrales a la población en salud de acuerdo con una cartera de atención. Contempla de manera directa a los establecimientos de MINSA y establecimientos adscritos a gobiernos regionales, así como a otros establecimientos públicos o privados a través de intercambio prestacional o convenios.⁸⁵

En conclusión, se establece en la normatividad nacional la estructura de aseguramiento a los servicios de salud, que tiene que ser universal y divide a la población en diferentes grupos de acuerdo con el estatus laboral, la naturaleza de los servicios (públicos o privados), la institución donde se labora para quienes trabajan para el Estado, y la capacidad económica de los hogares para acceder a servicios privados.

84 Perú, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 29344, 2009, <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>, artículo 13

85 Perú Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) 30885, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/263064/1724734-2.pdf?v=1545313144>, artículos 1 a 6.

3. EL SISTEMA DE SALUD EN PERÚ: LOS CASOS DE LIMA Y AYACUCHO

En Perú existen diversos fondos de aseguramiento que brindan diferentes servicios de salud por parte de diferentes proveedores. A continuación, se muestra la distribución de la población por los tres proveedores de salud más importantes de acuerdo con su cobertura y se explican las características de los principales proveedores de acuerdo con el tipo de población.

De acuerdo con un análisis del sistema de salud realizado por el Banco Mundial, como en la mayoría de los países de América Latina, el sistema de salud en Perú es fragmentado,⁸⁶ al haber diferentes fondos, proveedores y coberturas de salud. Dentro del sector público, existen dos grandes regímenes: el subsidiado y el contributivo directo. El primero es un aseguramiento básico en salud a través del SIS y el segundo a través de EsSalud. Por otro lado, los miembros de las fuerzas armadas y policiales al igual que sus familias cuentan con sus propios seguros públicos exclusivos.⁸⁷

El SIS se financia principalmente de impuestos generales y en algunos casos de contribuciones de los hogares.⁸⁸ El proveedor es el MINSA y los servicios de salud de gobiernos regionales. Este sistema tiene una cobertura financiera amplia, en la mayoría de los casos sin costo, y se orienta a la atención de la población en general, independientemente de su situación laboral. El seguro integral de salud SIS tiene como objetivo principal garantizar el acceso a servicios de salud a personas que no cuentan con otro tipo de seguro de salud contributivo o privado,⁸⁹ se enfoca en poblaciones en situación de pobreza, pobreza extrema, o en trabajadores que se encuentran en informalidad laboral. Tiene diferentes modalidades: una gratuita subsidiada orientada a hogares en situación de pobreza o pobreza extrema, otra para trabajadores independientes, microempresas, entre otras.⁹⁰

Por otro lado, EsSalud es un seguro social contributivo que atiende principalmente a trabajadores formales y sus dependientes. Su cobertura se extiende a una parte significativa de la población que cotiza al sistema. Dichas prestaciones no sólo abarcan la atención de servicios de salud sino prestaciones económicas asociadas tales como incapacidad temporal, licencia por maternidad, gastos funerarios, entre otros.⁹¹

La contribución a EsSalud es obligatoria, se encuentran afiliados todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia, como socios de cooperativas de trabajadores o pensionistas; los familiares de la población asegurada-

86 Banco Mundial, *Sistemas de gestión de información en salud en Perú*, 2023, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062123174135607/pdf/P1778220d5911f0bd081d205543f78f357d.pdf>

87 Jacqueline Alcalde-Rabanal, Oswaldo Lazo-González y Gustavo Nigenda, *Sistema de Salud en Perú*, Salud Pública Num. 53, 2011.

88 Jacqueline Alcalde-Rabanal, Oswaldo Lazo-González y Gustavo Nigenda. *Sistema de Salud en Perú*, Salud Pública Num. 53, 2011

89 Plataforma Digital Única del Estado Peruano, *Planes del Seguro Integral de Salud (SIS)*, <https://www.gob.pe/institucion/sis/tema/planes-del-seguro-integral-de-salud-sis> (Consultado el 13 de mayo de 2024)

90 Hospital Regional Docente de Trujillo, *Seguro Integral de Salud (S.I.S.)*, <https://www.hrdt.gob.pe/site/index.php/seguro-integral-de-salud-s-i-s> (Consultado el 12 de junio de 2024)

91 Plataforma Digital Única del Estado Peruano, *Seguro Regular de EsSalud (+SEGURO)*, <https://www.gob.pe/217-seguro-regular-essalud-seguro-coberturas> (Consultado el 13 de mayo de 2024)



Foto 3: Clínicas de primer nivel en Lima.
Crédito: Alfo Silva Santisteban

Foto 4: Clínicas de primer nivel en Ayacucho.
Crédito: Joseph Durand Araujo

DERECHO A LA SALUD, PRIVILEGIO DE POCOS

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD EN PERÚ DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS
Amnistía Internacional

hijos y cónyuges- también tienen acceso a servicios de salud.⁹² Al ser un seguro social de carácter contributivo, significa que los trabajadores y empleadores realizan aportes mensuales al sistema.

Estos dos grandes seguros de salud pública cubren a casi el 80% de la población. La Tabla 1 muestra el tipo de cobertura de seguros de salud. Seis de cada diez personas en Perú acceden a servicios de salud a través del SIS del MINSA, mientras que poco más de una quinta parte (21.5%) por EsSalud. Comparando los departamentos de interés, la cobertura por parte del SIS es mayor en el departamento de Ayacucho y la de EsSalud mayor en Lima, posiblemente explicado por las diferencias en los niveles de informalidad y pobreza.⁹³

Otro dato para señalar es que, aunque la normatividad nacional establece como obligatoria la afiliación a alguno de los seguros de salud, alrededor del 14% de la población nacional no reporta tener alguna afiliación.

Como se muestra en la Tabla 1, en el contexto del sistema de salud peruano, la estructura se organiza en tres sistemas fundamentales: el subsidiado, el contributivo y también el sector privado. La fragmentación del sistema de salud implica que diferentes grupos poblacionales tendrán una cobertura distinta; en el siguiente capítulo se mostrará las diferencias entre distintos tipos de seguro en materia de accesibilidad, disponibilidad, calidad, entre otras dimensiones. En ese sentido, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) forman parte del sistema contributivo y desempeñan un papel de punto intermedio entre el sector público y privado, ofreciendo servicios de salud a los trabajadores formales y sus dependientes. Las EPS actúan como un complemento a EsSalud, dirigido principalmente a trabajadores formales. En el proceso de afiliación a una EPS, el 9% destinado inicialmente a EsSalud se distribuye para financiar ambas instituciones. Esto implica que, al optar por la afiliación a una EPS, parte de los aportes que normalmente se dirigirían exclusivamente a EsSalud se destinan también a respaldar la operación y cobertura de la EPS, lo cual permite acceder a una oferta de servicios privados más amplia.⁹⁴

TABLA 1. COBERTURA POR TIPO DE SEGURO DE SALUD, 2022			
	NACIONAL	LIMA	AYACUCHO
SIS	60.7%	47.3%	80.7%
EsSalud	21.5%	27.9%	10.6%
Sin seguro	14.1%	17.6%	7.2%
Otros seguros	2.5%	4.6%	1.4%
Privado	1.2%	8.24	0.0%

* Se juntan dentro de “otros seguros” aquellos que corresponden a sanidad militar, policial, y EPS juntos, debido a que el tamaño de muestra era muy pequeño para reducir el coeficiente de variación. En el caso de seguros privados en Ayacucho, o se cuente con muestra suficiente para tener resultados estadísticamente representativos.

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022.

92 EsSalud, +Seguro: seguro regular. [https://www.essalud.gob.pe/seguro-regular/#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1nto%20es%20el%20aporte%20al,c\)%20y%20e\)%20del%20art.](https://www.essalud.gob.pe/seguro-regular/#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1nto%20es%20el%20aporte%20al,c)%20y%20e)%20del%20art.) (Consultado el 12 de junio de 2024)

93 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

94 Percy Vilches, *Análisis del Mercado de las Entidades Prestadoras de Salud*, Quipu Kamayoc Vol. 24 Núm. 46. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006, <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/quipu/article/view/13209>

Sobre los esquemas de aseguramiento, algunas personas entrevistadas por Amnistía Internacional manifestaron su inconformidad con el esquema de aportaciones obligatorias por ley, debido a que no hacen uso de los servicios públicos, a pesar de que están obligados a contribuir con su financiamiento.

Rosario, una mujer de Lima que fue paciente oncológica, tomó su tratamiento en establecimientos privados y manifestó a Amnistía Internacional la sensación de injusticia frente a las aportaciones a EsSalud:

“Cuando tú estás en planilla en un trabajo y tienes un seguro privado no tendrías por qué pagar EsSalud. Te descuentan todos los meses de tu salario porque es obligatorio y mucha gente no se atiende ahí, pero es por ley, te van descontando y es un gasto, bastante, como 500 soles (USD133), depende del sueldo. Yo nunca me atendí ahí. El gobierno debería dar opciones, pero si tienes seguro privado no deberían descontarte.”⁹⁵

Esta obligatoriedad se basa en el principio de solidaridad⁹⁶ y busca garantizar que todos los trabajadores tengan acceso a servicios de salud de calidad en situaciones de enfermedad, maternidad, invalidez y otros eventos que puedan afectar su salud, independientemente de su condición económica. Sin embargo, en un sistema fragmentado como el peruano, se producen estos desincentivos a financiar los servicios públicos – que tienden a ser realmente o a ser percibidos de peor calidad – por preferir atenderse en servicios privados.

Por otro lado, también se encontraron casos opuestos, en donde los usuarios de seguros de salud privado consideran importante y beneficioso continuar aportando a EsSalud debido a la calidad de los profesionales en algunas especialidades y al costo reducido de ciertas intervenciones y medicamentos; aunque existen algunas barreras burocráticas e institucionales, el tener dicho aseguramiento puede reducir los costos asociados a medicamentos y otros tratamientos:

“¿Qué ventajas te da el Seguro Social? En ese sentido es que tienes más seguridad de un diagnóstico correcto. No digo que es 100% efectivo, pero es mucho menos probable porque no es que todo el aparato te cobra. O sea, los medicamentos, todo es gratis para ti, entonces si ya estás ahí, después de superar todas las barreras, ya estás ahí.”⁹⁷

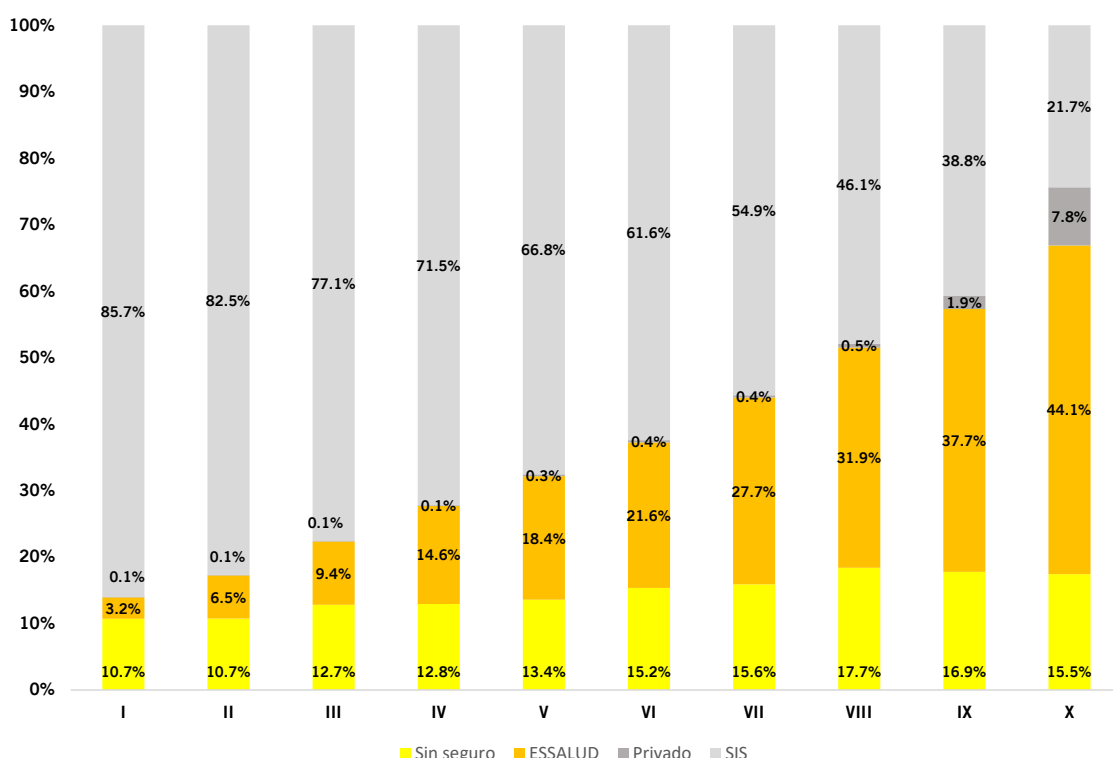
Del análisis de las entrevistas a profundidad, Amnistía Internacional detectó que, en el contexto peruano, la dinámica entre el sector público y privado en el ámbito de la salud refleja una marcada segmentación según la clase social. Mientras que el sector público, encabezado por entidades como MINSA y EsSalud, se orienta a brindar cobertura a la población en situación de pobreza y a los trabajadores de clase media con empleos formales, respectivamente; el sector privado se presenta como una opción para aquellos que tienen la capacidad de costear servicios médicos sin depender de seguros estatales, ya que muchas veces- como se mostrará en el siguiente capítulo- existen retos en materia de disponibilidad y calidad en los servicios.

95 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Rosario (seudónimo), paciente oncológica, Lima, abril 2023

96 Conferencia Interamericana de Seguridad Social, *La solidaridad en la seguridad social: hacia una ciudadanía social*, 2009, <https://biblioteca.ciess.org/adiss/downloads/13/ADISS2014-013.pdf>

97 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Pedro (seudónimo), médico familiar de EsSalud, Lima, septiembre 2023

GRÁFICA 1. COBERTURA DE SALUD POR NIVEL DE INGRESOS, 2022



Se analizó el porcentaje de cobertura por grupos generando en Stata los deciles de ingresos monetarios per cápita. Para el caso de seguro privado, los estadísticos de cobertura del decil I al VI tienen niveles de precisión baja de acuerdo con el coeficiente de variación. El porcentaje de personas con SIS disminuye y el de personas con EsSalud aumenta a medida que aumentan los ingresos. Fuente: Cálculos realizados por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

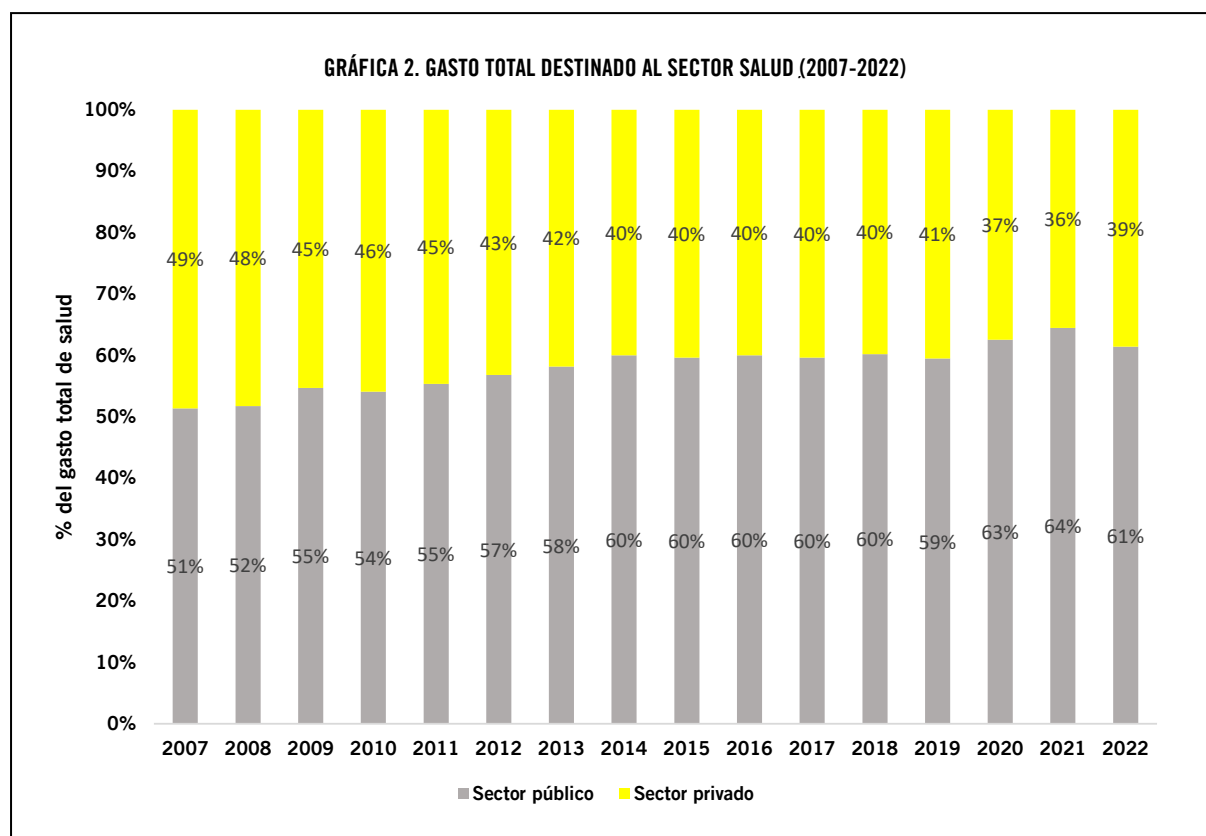
Como lo muestra la Gráfica 1, en los grupos de ingreso más bajos la mayoría de la población se encuentra asegurada por el SIS. Así, el 85.7% del 10% de menores ingresos en Perú se encontraba cubierta por el SIS, mientras que sólo el 21.7% de las personas ubicadas en el 10% de mayores ingresos económicos se encontraba en dicho esquema. De manera inversa, mientras que un porcentaje muy pequeño (3.2%) del 10% de menores ingresos contaba con EsSalud, cerca del 44% de la población del 10% de mayores ingresos se encontraba asegurado en este esquema. Con respecto a los seguros privados, el único segmento que cuenta con algún tipo de cobertura estadísticamente significativa de acuerdo con la ENAHO es el decil más rico de ingresos.⁹⁸

Como se mencionó anteriormente, el tipo de seguro de la salud en el Perú está determinado por la relación contractual que da acceso a la seguridad social, que constituye un determinante social. Al estar fragmentado, el modelo de asegura-

98 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

miento desincentiva la mancomunidad⁹⁹ de los recursos. De acuerdo con la Relatoría Especial sobre el derecho a toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental “la mancomunidad promueve la financiación equitativa para la salud, pues facilita la financiación cruzada entre los miembros sanos y los enfermos, los ricos y los pobres en todos los ciclos biológicos de cada miembro.”¹⁰⁰ Esto tiene como consecuencia, que las personas con EsSalud – que suelen tener mayores ingresos- tengan una red de protección ante accidentes, enfermedades u otras eventualidades- que mitigan o amortiguan los efectos en su calidad y medios de vida.¹⁰¹ Mientras, las personas con SIS- que suelen ser las más pobres- no cuentan con dichos mecanismos ni con las mismas fuentes de financiamiento. Como consecuencia, el diseño de dicho sistema tiene como consecuencia que potencialmente los hogares más pobres tengan un menor acceso económico a estos mecanismos de protección social.

Para Amnistía Internacional es evidente que la segmentación se manifiesta en la disparidad de recursos y accesibilidad entre el sector público y el privado. El sistema público tiene como mandato la atención médica a toda la población, independientemente de su capacidad económica, priorizando la equidad y el acceso universal. Por otro lado, el sector privado se caracteriza por su enfoque en la calidad de servicio y la oferta de opciones más personalizadas, apuntando a un público usuario que valora servicios de salud diferenciados y, en muchos casos, busca una atención más rápida y especializada.



El gasto público como porcentaje del gasto total en salud se incrementó de 2007 a 2022. Las cifras de 2019 a 2022 son preliminares. El gasto privado en salud corresponde al Valor Bruto de la Producción de la actividad de Salud Privada (No incluye EsSalud). Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/indices_tematicos/c1_8.xlsx, (Consultado el 15 de mayo de 2024).

99 Por mancomunidad, se entiende como la acumulación y gestión de recursos en un fondo común para cubrir altos riesgos financieros en materia de salud.

100 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Organización de las Naciones Unidas, Informe A/67/302: financiación de la salud en el contexto del derecho a la salud, párrafo 11.

101 EsSalud, Beneficios de Ley, <https://administrativo.pucp.edu.pe/beneficios/seguero-social-essalud/#:~:text=El%20seguero%20de%20EsSalud%20otorga, caso%20de%20incapacidad%20a%20trav%C3%A9s> (Consultado el 12 de junio de 2024)

La Gráfica 2 muestra la distribución del gasto en salud en el sector público y el privado. A pesar de que la mayoría de la población en Perú está afiliada a un seguro de salud público, cuatro de cada 10 soles gastados en salud provienen del sector privado. Esto podría apuntar a que la inversión pública es insuficiente teniendo en cuenta la cantidad de personas que deben atenderse en el sistema público en comparación con las que se atienden en el sistema privado.

Aunque la participación del sector público ha crecido marginalmente en los últimos 25 años, el sector privado sigue teniendo una participación importante en el financiamiento a la salud.¹⁰² De acuerdo con la OMS, aunque el gasto en salud pública como porcentaje del PIB creció ligeramente durante la pandemia, Perú gastó en 2021 alrededor del 4% del PIB en este rubro, un porcentaje por debajo del mínimo del 6% recomendado por la OMS para poder proveer cobertura universal.¹⁰³

En el Perú, la gestión de la salud se comparte entre varias instituciones, lo que contribuye a la complejidad y a veces a la falta de integración de los servicios de salud. La Tabla 2 muestra la distribución de las personas pacientes que acudieron a alguna institución para atención médica. Tanto a nivel nacional- así como para los departamentos de Lima y Ayacucho- casi la mitad de las personas pacientes buscaron algún tipo de atención en farmacias. A nivel departamental, las personas en Lima se atendieron en mayor medida en EsSalud o en clínicas / hospitales privados, mientras que las personas de Ayacucho utilizaron en mayor medida las instalaciones del MINSA.¹⁰⁴

TABLA 2. ASISTENCIA MÉDICA POR TIPO DE INSTALACIÓN, 2022			
	NACIONAL	LIMA	AYACUCHO
Farmacias	47.1%	46.4%	46.2%
MINSA	28.9%	22.9%	39.5%
Privados	12.9%	17.4%	7.2%
EsSalud	8.3%	9.6%	5.2%
Otros	2.9%	3.7%	1.8%

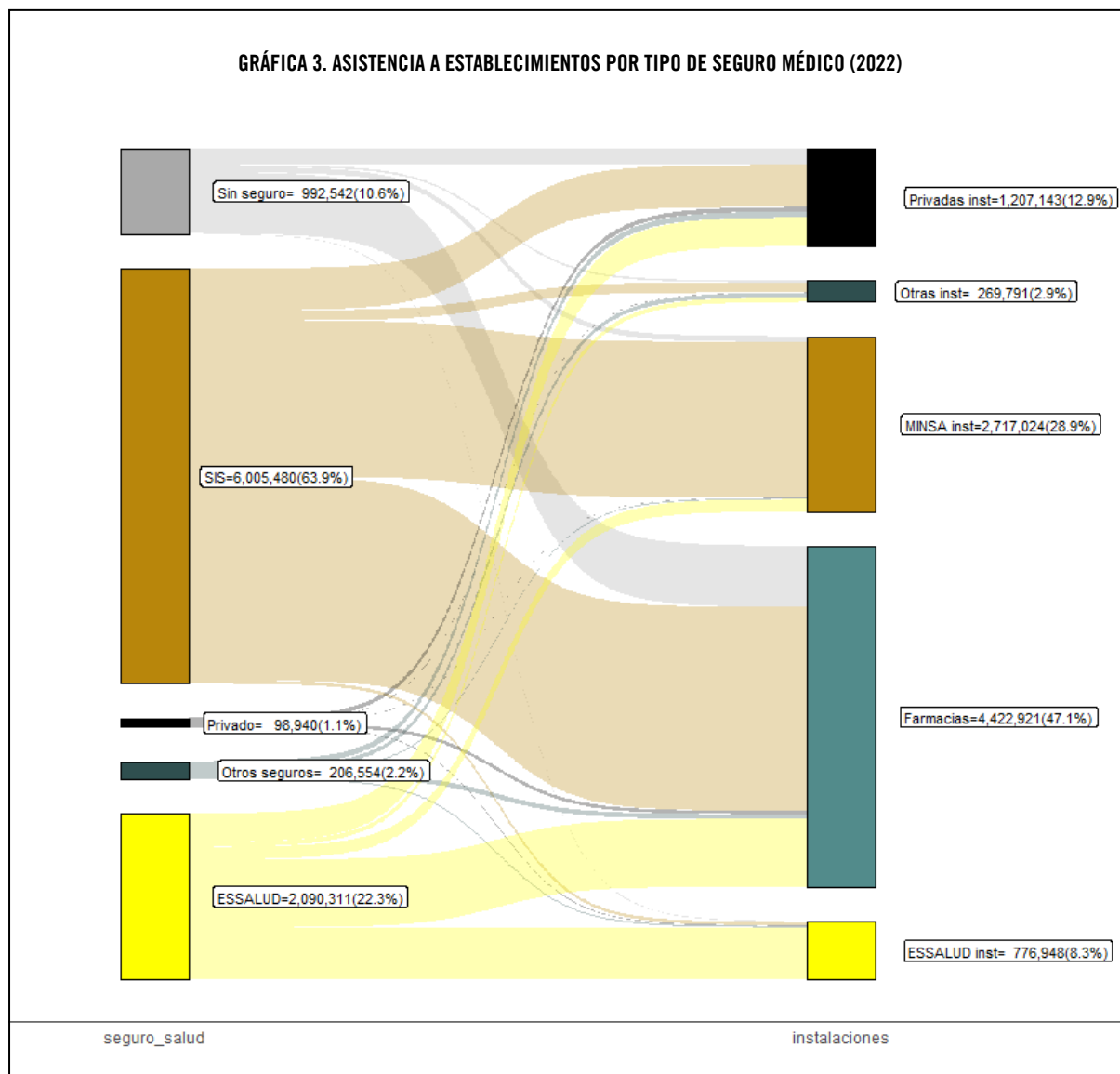
Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 15 de mayo de 2024). Sólo se toman en cuenta a pacientes que declararon asistir a algún servicio o instalación médica, o una farmacia.

102 Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Estadísticas de Salud. Gasto destinado al sector salud*, https://www.inei.gob.pe/media/Menu-Recurso/indices_tematicos/c1_8.xlsx (Consultado el 15 de mayo de 2024)

103 Organización Mundial de la Salud, *Global Health Expenditure Database*, <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (Consultado el 12 de junio de 2024)

104 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 15 de mayo de 2024).

GRÁFICA 3. ASISTENCIA A ESTABLECIMIENTOS POR TIPO DE SEGURO MÉDICO (2022)



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enafo-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 15 de mayo de 2024). Sólo se toman en cuenta a pacientes que declararon asistir a algún servicio o instalación médica, o una farmacia.

Esta diversidad de actores y responsabilidades puede generar brechas en la prestación de servicios, coordinación y planificación integral. La necesidad de una mayor coordinación entre estas entidades es esencial para mejorar la eficiencia y la equidad en la atención médica a nivel nacional. La Gráfica 3 muestra el tipo de seguro de salud y las instalaciones en donde se atendieron los 9.4 millones de personas peruanas que acudieron a algún establecimiento de salud por enfermedad o accidente en 2022. Amnistía Internacional encontró que no siempre los pacientes acudieron a las instalaciones que correspondían según su seguro médico.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enafo-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 15 de mayo de 2024).

Casi tres cuartas partes de las personas que se atendieron en clínicas privadas son personas con algún seguro médico público. 45% de sus pacientes reportan tener SIS mientras que el 29% tenía EsSalud. Por otro lado, para el caso de las instalaciones de la RIS que comprende al MINSA e instalaciones regionales, se encuentra que el 90% de los pacientes atendidos son personas con SIS; sin embargo, no todos los pacientes que tienen SIS se atienden en MINSA. Sólo el 41% de aquellas personas con SIS que reportan enfermedad y acudieron por atención reportan ir a MINSA, mientras que el 9% fue a una clínica privada y el 47% a una farmacia.¹⁰⁶

Es el mismo caso para los asegurados de EsSalud. Mientras que virtualmente el 100% de los pacientes atendidos por EsSalud tenían dicho seguro, sólo una tercera parte de las personas con EsSalud (34.3%) fueron a las clínicas u hospitales de dicha institución, mientras que el 38.6% se atendieron en farmacias, 16.8% en clínicas u hospitales del sector privado y 7.4% en instalaciones de MINSA.¹⁰⁷

El análisis realizado por Amnistía Internacional presentado en las Gráficas 1 y 3 muestra que un porcentaje mayoritario de la población tiene acceso a algún seguro de salud público, aunque un porcentaje significativo de la población se atiende a través de privados utilizando gasto de bolsillo. También se encuentra que, a pesar de que un pequeño porcentaje de las personas tienen seguros privados, existe una alta participación del sector privado, incluyendo a las farmacias, en el sistema, donde la mayor parte de los pacientes tienen que financiar su tratamiento con sus ingresos.

Si bien el marco internacional de los Derechos Humanos reconoce diferentes esquemas de aseguramiento mixto- ya sea a través de prepago o de manera indirecta mediante asociaciones público-privadas, la Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental señala que “la tendencia mundial hacia la privatización de los sistemas de salud pone en peligro de manera significativa la disponibilidad y la accesibilidad equitativas de los centros, bienes y servicios de salud, especialmente para los pobres y otros grupos vulnerables y marginados. En muchos casos, la privatización ha llevado a un aumento de los pagos en efectivo a cambio de bienes y servicios de salud, una financiación desproporcionada de los servicios de atención secundaria y terciaria en detrimento de la atención primaria, y un aumento de la disparidad en cuanto a la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud entre las zonas rurales, remotas y urbanas.”¹⁰⁸

En conclusión, el sistema de salud en Perú, tanto en su diseño como en su implementación, se encuentra fragmentado entre diversos seguros de salud. Estos esquemas tienen como consecuencia que el seguro de salud contributiva y privada atiendan a ciertos sectores económicos de mayores ingresos mientras que el SIS y MINSA atienden a toda la población, pero particularmente a las personas de menores ingresos. Además, existe una tendencia a que las personas que cuentan con seguros públicos se atiendan en el sector privado utilizando no esquemas de aseguramiento, sino gasto de bolsillo, lo cual tiene un efecto la disponibilidad y accesibilidad equitativa. El siguiente capítulo analiza la relación del diseño, cobertura y atención del sistema de salud con las dimensiones del derecho a la salud establecidas en la Observación General 14.

106 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enah-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393> (Consultado el 15 de mayo de 2024).

107 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enah-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393> (Consultado el 15 de mayo de 2024).

108 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Organización de las Naciones Unidas, Informe A/67/302: financiación de la salud en el contexto del derecho a la salud, párrafo 3.

4. ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DEL DERECHO A LA SALUD

De acuerdo con la Observación General 14, del Comité DESC, la disponibilidad, accesibilidad y calidad de la salud son elementos esenciales e interrelacionados. De acuerdo con el párrafo 12 de dicho documento, la naturaleza de estos bienes y servicios públicos de salud dependerá del nivel de desarrollo del Estado. El análisis que se presenta a continuación retoma los indicadores de resultados de encuestas de hogares, registros administrativos, información de la OMS y estudios previos en la materia, y los complementa con los resultados de información cualitativa sobre la percepción y experiencias vividas por las personas que utilizan los servicios de salud.

Teniendo como referencia el párrafo 57 y 58 de la Observación General 14,¹⁰⁹ para evaluar y monitorear las obligaciones de los Estados Parte, se utilizan los indicadores de la OMS y aquellos establecidos por Perú en sus sistemas nacionales de monitoreo.

4.1 DISPONIBILIDAD

“La hermana de mi papá se enfermó muy grave. No hubo camas UCI para ella, así que la atendieron en casa sus hijos. Mis tíos hicieron actividades pro- salud (polladas, venta de comida en general) para mi tía. Ella usaba de dos a tres balones de gas diario de oxígeno. También tengo tíos que tienen farmacia y le han ayudado con la medicina. También llevaban un médico a la casa porque llevarla al hospital estaba muy saturado, entonces ahí nomás todo en casa y llevar a un doctor a casa, pues es un gasto.”

Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Esther (pseudónimo) durante el periodo de la pandemia del COVID-19 en 2020, usuaria del SIS, Lima, abril 2023.

109 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafos 57 y 58.



Foto 5: Personas esperan afuera del Hospital Loayza de MINSA en Lima.
Crédito: Alfo Silva Santisteban

En materia de disponibilidad, la Observación General 14 señala que se deben de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios, centros y programas, y que sus características dependerán de diversos factores, en particular del nivel de desarrollo de los Estados Parte.¹¹⁰ Adicionalmente, La Corte IDH ha señalado que “en casos de urgencia médica, los Estados deben garantizar estándares mínimos en materia del número de establecimientos, bienes y servicios de salud, mediante una coordinación e integración entre establecimientos del sistema.”¹¹¹

Una de las observaciones realizadas por el Comité DESC desde 2012 fue reducir el porcentaje de la población sin seguro de salud. Si bien los resultados de la ENAHO 2022 indican que más del 85% de la población reporta tener algún tipo de aseguramiento, sigue vigente la recomendación de “la aplicación efectiva de la Ley marco de aseguramiento universal en salud de 2009 (Ley N 29344) y que adopte medidas para mejorar el acceso a los servicios de salud y la calidad de estos, particularmente en las zonas rurales y remotas mediante, entre otras cosas, la eliminación de las barreras económicas, culturales y sociales que impiden el acceso a esos servicios.”¹¹²

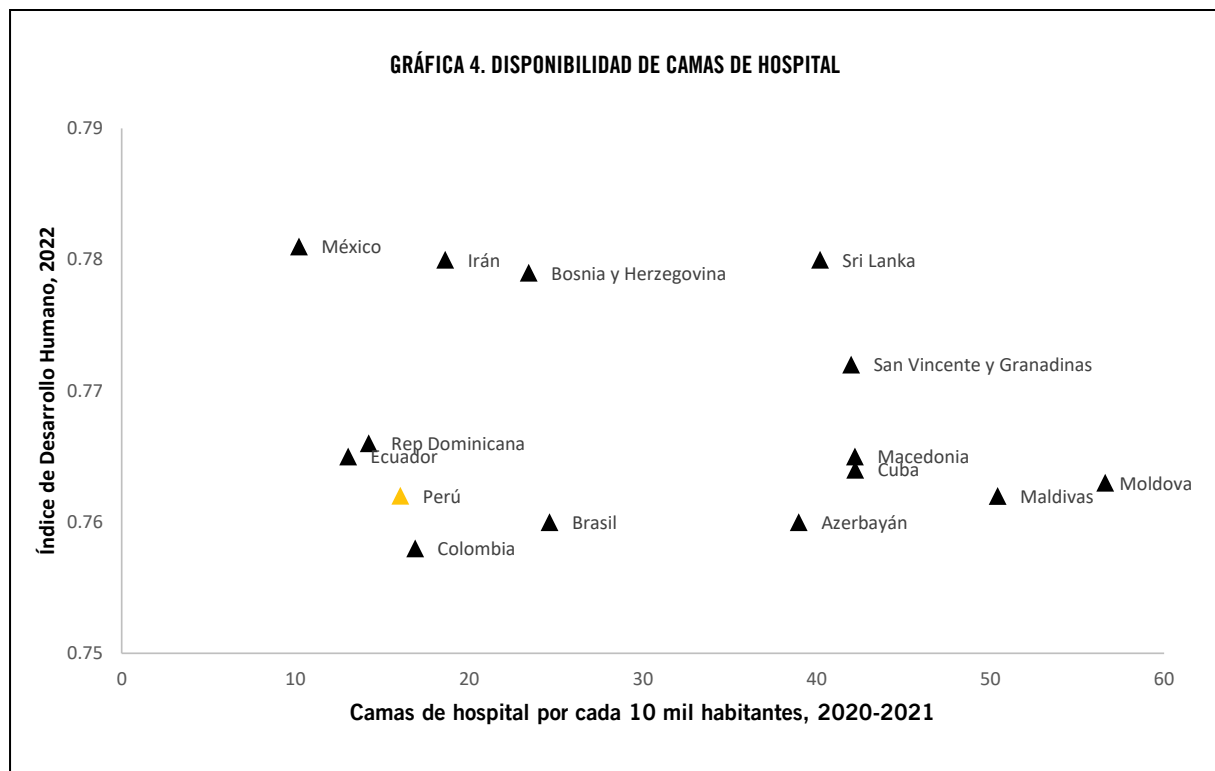
Como evidencia de la dimensión de disponibilidad, se toman en cuenta indicadores establecidos por la OMS en términos de recursos materiales y humanos. Amnistía Internacional analizó la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú y de la OMS en materia de provisión de camas, la cobertura de clínicas y hospitales, el personal de la salud, el equipamiento e infraestructura y su distribución a nivel territorial y considerando la población que utilizaría dichos servicios. Debido a que la Observación General 14 señala que el número y características de los establecimientos dependerán del nivel de desarrollo del país, Amnistía Internacional realizó un análisis comparativo internacional de Perú con países que tienen niveles de desarrollo similares para estudiar si los indicadores de disponibilidad son consistentes con lo establecido en dicha Observación.

110 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12.

111 Corte IDH. Caso Poblete Vilches Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C Num. 349.

112 Comité DESC, Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto, 30 de mayo de 2012, párrafo 20.

De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano (IDH),¹¹³ Perú ocupó en 2022 el lugar 86 de 193 países en desarrollo humano, considerado como un país con alto desarrollo humano. La Gráfica 4 muestra un comparativo realizado por Amnistía Internacional con otros países similares en niveles de desarrollo. De acuerdo con la OMS¹¹⁴ Perú tiene 16 camas de hospital por cada 10 mil habitantes, similar al de otros países de la región con similares niveles de desarrollo como Ecuador, República Dominicana o Colombia, aunque su disponibilidad de camas es relativamente baja comparado a otros países como Brasil o Cuba e incluso mucho más baja que otros países de Asia o Europa con niveles de desarrollo humano similares, como Macedonia, Sri Lanka o Moldova. En los últimos años, el número de camas en Perú ha crecido modestamente, pasando de 15.4 a 16 de 2011 a 2021.¹¹⁵



Perú tiene disponibilidad de camas de hospital similares a algunos países de la región, pero más bajo que la mayoría de los otros países de similar nivel de desarrollo. Se utilizan para la comparación aquellos países del mismo grupo que Perú mediante el cálculo de k-medias. Fuente: Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en el Observatorio Global de Salud de la OMS, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)) (Consultado el 16 de mayo de 2024), y el Índice de Desarrollo Humano, <https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads> (Consultado el 17 de mayo de 2024).

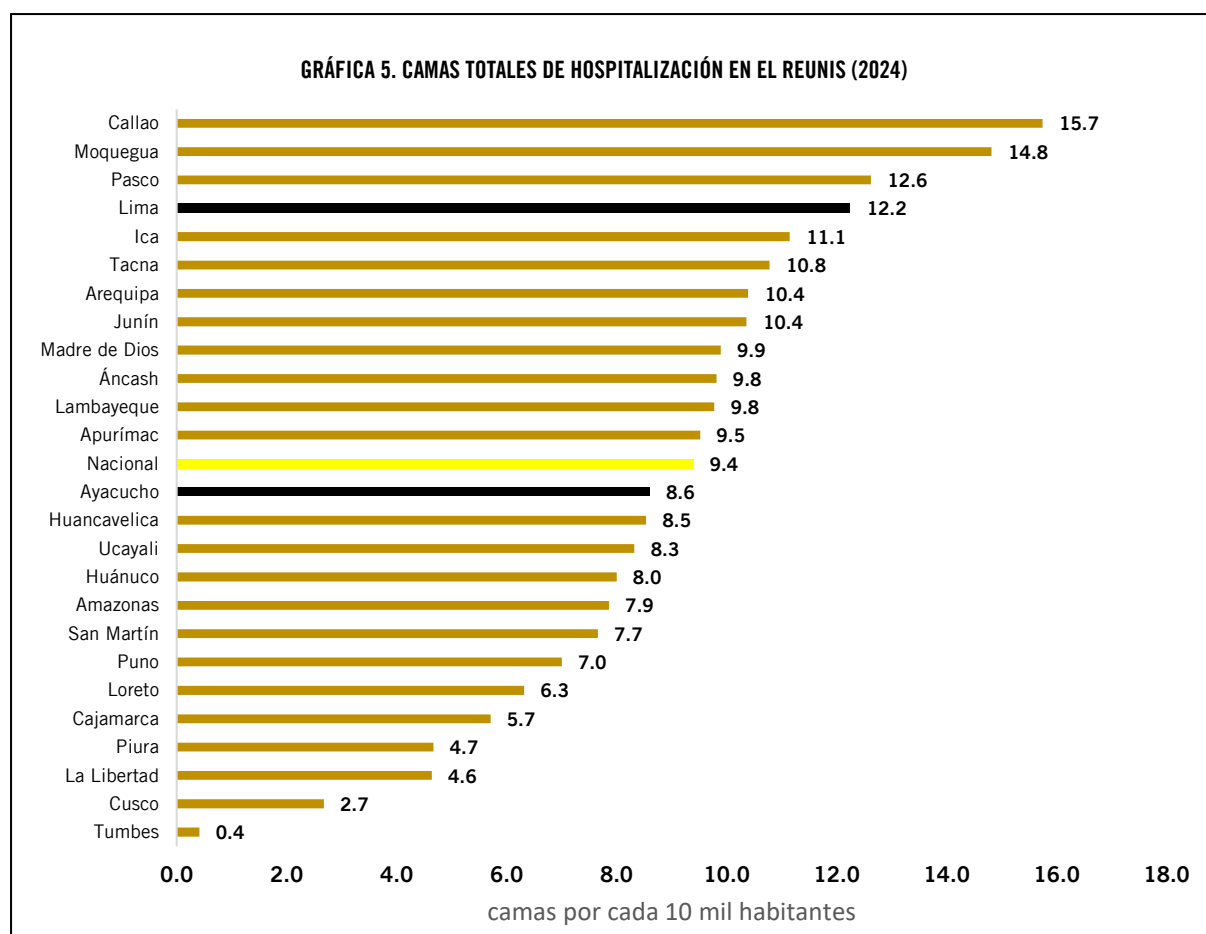
113 United Nations Development Program, *Data Downloads, Table 1: Human Development Index and components*, <https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads> (Consultado el 17 de mayo de 2024). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente.

114 World Health Organization, *The Global Health Observatory. Hospital beds (per 10,000 population)*, estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)) (Consultado el 16 de mayo de 2024).

115 World Health Organization, *The Global Health Observatory. Hospital beds (per 10,000 population)*, estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)) (Consultado el 16 de mayo de 2024).

De acuerdo con el manual de evaluación de disponibilidad de instalaciones del sector salud de la OMS “Service Availability and Readiness Manual” (SARA) el promedio mundial de camas por cada 10 mil habitantes fue de 27, el promedio para países de ingreso medio-alto e ingreso medio-bajo fue de 39 y 18, respectivamente, mientras que el umbral utilizado en la evaluación fue de 25.¹¹⁶ Por lo tanto, dado que Perú es considerado por el Banco Mundial como un país de ingreso medio alto, el indicador de disponibilidad de camas en Perú con la última información comparable internacionalmente no cumple con los estándares de la OMS y los esfuerzos graduales que ha hecho el Estado para mejorar la disponibilidad han sido insuficientes.

La falta de camas hospitalarias (particularmente aquellas de cuidados intensivos) tuvo un impacto para muchas personas durante la pandemia de COVID-19.¹¹⁷ De acuerdo con los testimonios recabados mediante entrevistas realizadas por Amnistía Internacional, la falta de disponibilidad de camas en la pandemia tuvo como resultado aumento de costos asociados a médicos privados y tratamientos adicionales.



La disponibilidad de camas en Ayacucho se encuentra por debajo del promedio nacional, mientras que Lima se encuentra entre los departamentos con mayor disponibilidad en Perú. Fuente: Cálculos realizadas por Amnistía Internacional con base en el Repositorio Único Nacional de Información en Salud y las proyecciones de población para 2024 del INEI, https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Monitoreo_Sistema_HISMINSA.asp (Consultado el 20 de mayo de 2023).

116 World Health Organization, *Service Availability and Readiness Assessment (SARA): Reference Manual*, 2015, Ginebra, “https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/149025/WHO_HIS_HSI_2014.5_eng.pdf?sequence=1” (Consultado el 16 de mayo de 2024).

117 Amnistía Internacional, *Desigual y Letal (Índice AMR 01/5483/2022)*, 27 de abril 2022, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/5483/2022/es/>, página 60.

Utilizando el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) del MINSA,¹¹⁸ Amnistía Internacional identificó que persisten brechas a nivel departamental significativas en la disponibilidad de camas de hospitalización. Como lo muestra la Gráfica 5, mientras que el promedio nacional registrado es de 9.4 camas por cada 10 mil habitantes,¹¹⁹ existen departamentos como Lima que concentran el 43% de las camas registradas, a pesar de sólo contar con el 33% de la población nacional, mientras que otros departamentos como Ayacucho registran un promedio de camas de 8.6 por cada 10 mil habitantes, lo que es menor a la media nacional.¹²⁰

Asimismo, otra experiencia relatada a Amnistía Internacional sobre la pandemia del COVID-19 describe la disparidad en la atención, independientemente de si las personas acudieron a servicios de salud públicos o privados. La incertidumbre y la falta de garantías en la atención médica generaron preocupaciones adicionales para quienes enfrentaron el virus:

“No vinieron inmediatamente pero cuando vinieron nada más me revisaron todo y me dijeron que me haga monitorrear, pero no; estuve tomando paracetamol y azitromicina, pero no me monitorearon.”¹²¹

La infraestructura hospitalaria juega un papel crucial en la disponibilidad de servicios hospitalarios. La insuficiencia de recursos y la falta de equipamiento adecuado pueden contribuir a demoras en el diagnóstico y tratamiento, prolongando la duración de la enfermedad y, por ende, aumentando los costos para las familias afectadas y los riesgos para peores secuelas en la salud. De acuerdo con el Informe de Evaluación Institucional 2023 del MINSA, sólo el 26% de las referencias interhospitalarias fueron gestionadas y aceptadas por el MINSA, a pesar de que se había fijado la meta de atender dos terceras partes (66%) de dichas referencias.¹²² Dentro de la evaluación del desempeño del MINSA destaca como uno de los factores que más afecta las referencias médicas, la falta de disposición de camas, que a su vez afecta la coordinación para canalizar a pacientes en situación crítica.¹²³

REFERENCIAS HOSPITALARIAS¹²⁴

La referencia intrahospitalaria se da cuando 1) el problema de salud del usuario supera la capacidad resolutoria del establecimiento (es decir, su capacidad de atender la demanda de servicios de salud de cierto nivel de atención) o cuando 2) se requiera la opinión, confirmación diagnóstica, procedimiento de otra especialidad, y/o continuidad de tratamiento especializado.

Los criterios para definir si un establecimiento debe de referir a un paciente a otro lugar son las necesidades del usuario para solucionar su problema de salud, y si existe una cartera de servicios. Las referencias son comunes cuando la demanda excede la capacidad de atención, cuando no se tienen camas disponibles, o en caso de contingencia o emergencias extraordinarias.

118 Ministerio de Salud. Repositorio Único Nacional de Información en Salud, https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Monitoreo_Sistema_HIS-MINSA.asp (Consultado el 20 de mayo de 2023)

119 Esta cifra no es comparable a nivel internacional con la Gráfica 4, ya que el REUNIS del MINSA no contabiliza todas las camas disponibles que reporta Perú a la OMS.

120 Ministerio de Salud. Repositorio Único Nacional de Información en Salud. Tablero de Disponibilidad de camas UCI y de hospitalización. Disponible en https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Monitoreo_Sistema_HISMINSA.asp (Consultado el 20 de mayo de 2023)

121 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Danilo (seudónimo), usuario de EsSalud, Ayacucho, septiembre 2023

122 Ministerio de Salud. Informe de Evaluación de Institucional correspondiente al año 2023. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6367467/5586907-informe-poi-pe-minsa-2023.pdf> (Consultado el 21 de mayo de 2024).

123 Ministerio de Salud. Informe de Evaluación de Institucional correspondiente al año 2023. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6367467/5586907-informe-poi-pe-minsa-2023.pdf> (Consultado el 21 de mayo de 2024).

124 Ministerio de Salud, Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, 2001, <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1463.pdf> (Consultado el 21 de julio de 2024)

Otro reto en materia de disponibilidad y manejo de la demanda de servicios de salud son las deficiencias de la infraestructura en los diferentes niveles de atención¹²⁵. En el primer nivel de atención se atienden padecimientos de baja complejidad y severidad, es una oferta de gran tamaño y de baja especialización, con actividades de promoción, protección, diagnóstico precoz y tratamiento de necesidades frecuentes. El segundo nivel atiende la demanda que presenta necesidades de atención de complejidad intermedia. El tercer nivel atiende necesidades de alta complejidad y especialización.¹²⁶

Con datos del REUNIS del MINSA, Amnistía Internacional calculó el número de establecimientos por niveles de atención a nivel departamental.¹²⁷ Como lo muestran los Mapas 1, 2 y 3, un porcentaje significativo de los establecimientos de salud se encuentran concentrados en el departamento de Lima. Aunque un factor relevante que explica dicho criterio es la población por departamento, en el caso de servicios de tercer nivel más especializados, existen 16 departamentos que no cuentan con disponibilidad de lugares- incluido Ayacucho- por lo que sus habitantes pueden enfrentar problemas en el acceso a dichos servicios y en la referenciación.

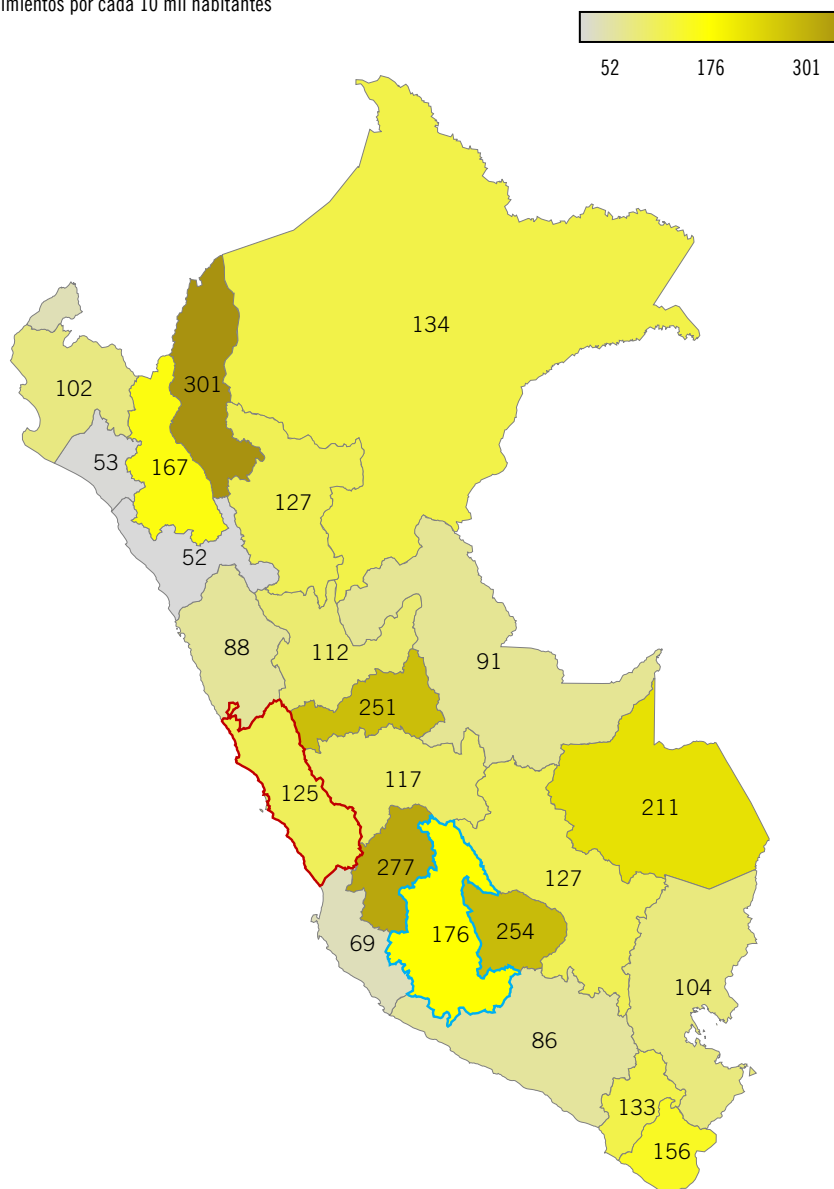
125 Existen tres niveles de atención y cada nivel tiene distintas categorías dependiendo del puntaje asignado en procesos de revisión de las características específicas y equipamiento de las instalaciones de salud. El primer nivel de complejidad incluye cuatro categorías (I-1, I-2, I-3 y I-4), el segundo y el tercero dos (II-1, II-2 y III-1, III-2, respectivamente) más un nivel especial "E" para servicios especializados.

126 Ministerio de Salud, *Guía para la Caracterización de establecimientos de salud del Sector Salud del MINSA*, 2005, http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/116_GUIACATEGOR.pdf, (Consultado el 21 de mayo de 2024)

127 Ministerio de Salud, *Repositorio Único Nacional de Información en Salud: Establecimientos de salud y centros de apoyo activos*, <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/eess-sector-minsa.asp> (Consultado el 20 de mayo de 2023)

MAPA 1. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL, 2024

Establecimientos por cada 10 mil habitantes

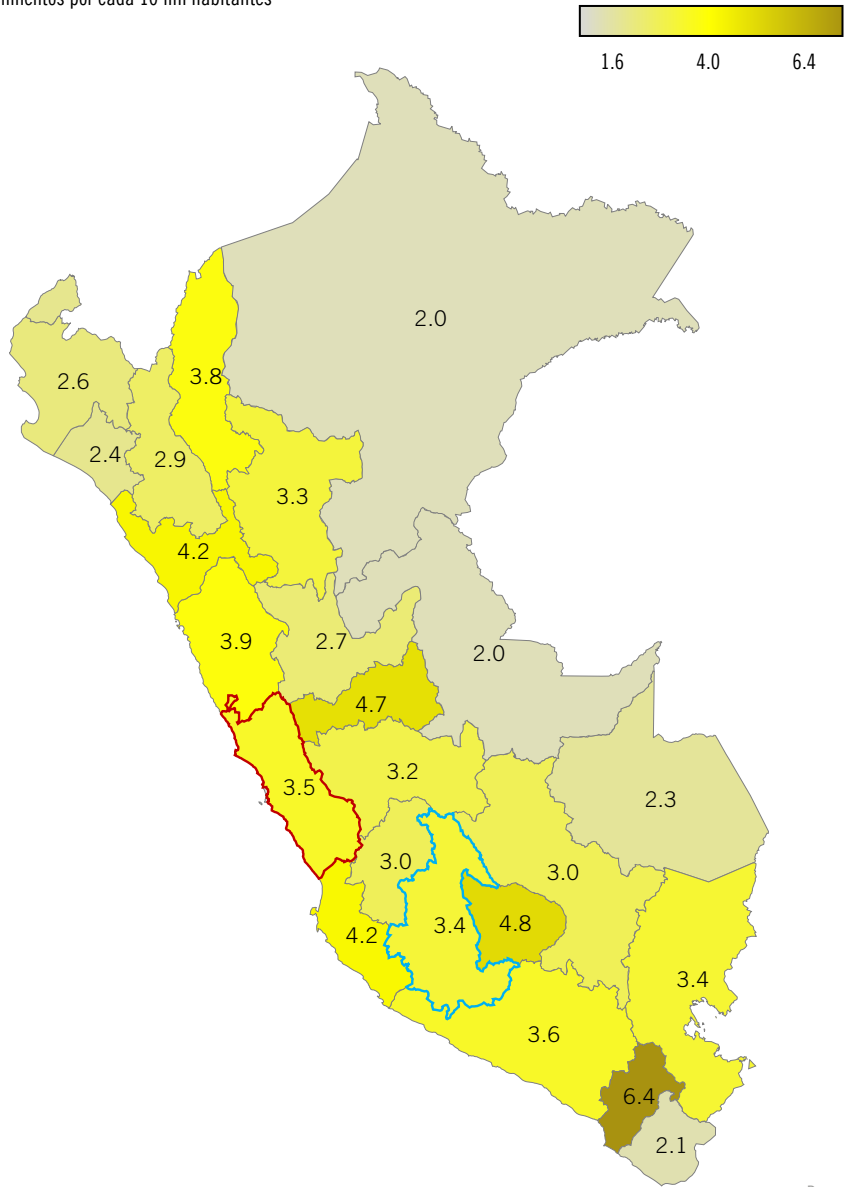


Powered by Bing
© Microsoft, OpenStreetMap

El departamento de Lima y de Ayacucho se marcan con colores rojo y azul, respectivamente. Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en información del Ministerio de Salud, Repositorio Único Nacional de Información en Salud. Establecimientos de salud y centros de apoyo activos, <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/eess-sector-minsa.asp> (Consultado el 20 de mayo de 2023).

MAPA 2. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL, 2024

Establecimientos por cada 10 mil habitantes

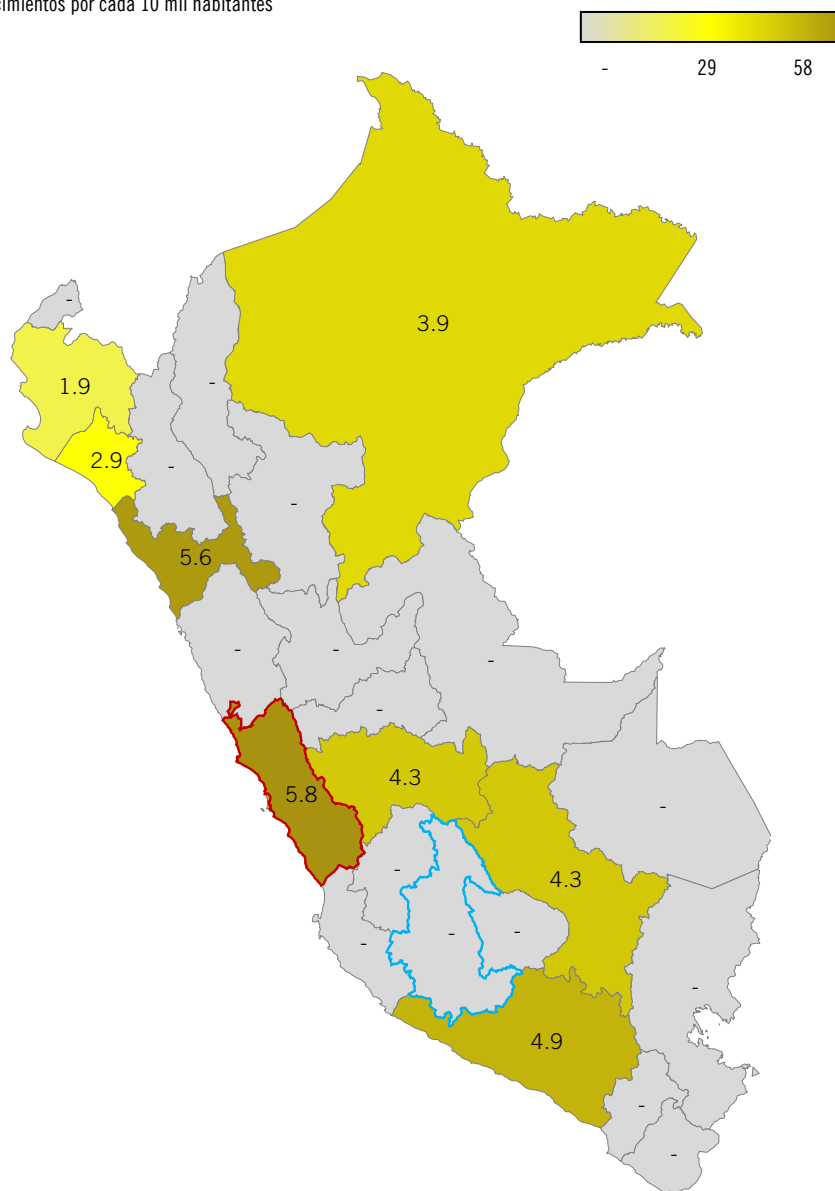


Powered by Bing
© Microsoft, OpenStreetMap

El departamento de Lima y de Ayacucho se marcan con colores rojo y azul, respectivamente. Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en información del Ministerio de Salud, Repositorio Único Nacional de Información en Salud. Establecimientos de salud y centros de apoyo activos, <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/eess-sector-minsa.asp> (Consultado el 20 de mayo de 2023).

MAPA 3. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL, 2024

Establecimientos por cada 10 mil habitantes



Powered by Bing
© Microsoft, OpenStreetMap

El departamento de Lima y de Ayacucho se marcan con colores rojo y azul, respectivamente. Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en información del Ministerio de Salud, Repositorio Único Nacional de Información en Salud. Establecimientos de salud y centros de apoyo activos, <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/eess-sector-minsa.asp> (Consultado el 20 de mayo de 2023).

En el caso del departamento de Ayacucho, de acuerdo con la información proveniente de entrevistas hechas por Amnistía Internacional, se describió consistentemente que la falta de hospitales de especialidad y de especialistas médicos es una barrera importante que afecta no sólo la disponibilidad de servicios de salud en la comunidad sino en la calidad y tiempos de espera. Sofía, una mujer usuaria de EsSalud, relata que

“Acá en Ayacucho carecemos de especialistas en todas las ramas y si uno necesita un tratamiento en Lima, hay que esperar un año y medio porque no hay cita, no hay cupos, y realmente el tema de atención en salud es muy difícil.”

Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Sofía (pseudónimo), usuaria de EsSalud, Ayacucho, septiembre 2023

Sofía no es un caso aislado: de acuerdo con información del REUNIS¹²⁸ sobre establecimientos acreditados, sólo existe en Ayacucho un hospital de atención general y seis privados del segundo nivel de categoría II-1- los más básicos dentro de este nivel, mientras que no existen hospitales que brinden atención especializada (niveles II-2 y II-E) por parte de EsSalud o privados, y sólo existen tres hospitales de MINSA de atención especializada, para una población de alrededor de 325 mil personas, la mayoría de ellas afiliadas al SIS. Esto implica mayores tiempos de espera o tener que viajar a Lima, que concentra la mayoría de la infraestructura de segundo nivel de atención. La atención en el tercer nivel se encuentra aún más concentrada, ya que, como muestra el Mapa 3, el departamento de Ayacucho no tiene infraestructura de este tipo y la mayoría de los hospitales se encuentran en Lima.

De acuerdo con un estudio realizado por el Banco Mundial, la falta de disponibilidad en muchas zonas del país se debe no sólo a la ubicación de los centros de salud sino a la falta de servicios durante ciertas horas de la noche o fines de semana, estableciendo la necesidad de tener instalaciones operativas las 24 horas del día.¹²⁹

Las experiencias compartidas a Amnistía Internacional de los usuarios y profesionales de la salud revelan deficiencias en la capacidad de respuesta y eficacia de los servicios de salud. Las limitaciones en la infraestructura se reflejan en la falta de acceso a servicios especializados, como tomografías, entre otros. En ocasiones, los usuarios llegan a las postas de salud y luego son remitidos a hospitales para procedimientos específicos, pero los establecimientos a los que les refieren poseen equipos médicos defectuosos o simplemente no cuentan con los mismos.¹³⁰

“Está el tema de la corrupción. No importa que se tengan los equipos, porque de repente se necesita tomografía y no hay los tomógrafos necesarios, no hay los equipos necesarios que realmente debería haber.”¹³¹

128 Ministerio de Salud, *Repositorio Único Nacional de Información en Salud: Establecimientos de salud y centros de apoyo activos*, <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/eess-sector-minsa.asp> (Consultado el 20 de mayo de 2023)

129 Banco Mundial. *Salud en el Perú: De la cobertura en papel a la cobertura real*, 2023, <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/cobertura-salud-peru> (Consultado el 22 de mayo de 2024)

130 Estos testimonios se recogen de diversas entrevistas a profundidad de Amnistía Internacional con: 1) Danilo (seudónimo), usuario de EsSalud, Ayacucho, septiembre 2023. 2) Paola (seudónimo), usuario de seguro privado, Lima, abril 2023. 3) Alondra (seudónimo), usuaria de EsSalud, Lima, abril 2023.

131 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Sofía (seudónimo), usuario de EsSalud, Ayacucho, septiembre 2023

Aunque lo señalado en concreto por los usuarios entrevistados constituye una percepción, de acuerdo con la Relatoría Especial sobre el derecho a toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental: “aunque, desde el punto de vista jurídico, quizá muchas prácticas cotidianas de los servicios relacionados con la salud no se consideren corruptas, el gran número de casos y su aceptación por diversos interesados tienen un efecto acumulativo perjudicial en el desempeño de los sistemas sanitarios e, indirectamente, en la salud individual y social.”¹³²

De acuerdo con un informe de la Procuraduría Pública Especializada Contra la Corrupción, existen diversos casos documentados del SIS de falsificación de formularios de atención donde se reportan erróneamente tratamientos- por ejemplo, padecimientos como cáncer son reportados como embarazos- para malversar recursos, y se utilizan fondos para la adquisición de equipos y medicamentos para pagar gastos administrativos, sueldos o eventos sociales.¹³³ Por otro lado, un estudio de caso del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) realizado a través de entrevistas con expertos identifica como principales amenazas de centros de salud y hospitales el ausentismo médico, el robo de insumos y activos, compras fraudulentas de bienes y servicios, y la referencia a privados mediante la negación del servicio.¹³⁴

De acuerdo con el informe “Desigual y Letal” realizado por Amnistía Internacional, Perú reporta la tasa de soborno más alta en hospitales y centros de salud de la región: casi 1 de cada 5 personas (19%) reporta haber sufrido actos de corrupción.¹³⁵ Dentro de las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional, algunas personas entrevistadas adujeron como una de varias razones que explicaban la falta de recursos el tema de la corrupción.

Personal de salud entrevistado por Amnistía Internacional mencionó la frustración que se tiene dentro del mismo sistema de salud con los problemas de coordinación e integración de este:

“Nosotros estamos tratando de trabajar de esa manera, en tratar de prevenir, controlar estos estos problemas porque lamentablemente es doloroso que nuestras familias, nuestros vecinos, vengan de una provincia, lleguen a Huamanga, al hospital de Huamanga y el hospital diga, “oye, dónde dices que es el quiste, es en el pulmón, si es en el pulmón no te puedo operar acá tienes que ir a Lima.””¹³⁶

Los testimonios que recibió Amnistía Internacional relatan que tanto los usuarios como proveedores de salud enfatizan la importancia de trabajar en la prevención y el control de enfermedades desde las etapas iniciales. Sin embargo, la falta de equipos adecuados, como tomógrafos, resonancias magnéticas, o ultrasonidos, obstaculiza este objetivo. La necesidad de trasladarse a Lima para acceder a servicios especializados pone de manifiesto las carencias en la distribución equitativa de recursos y servicios médicos en distintas regiones del país.

Al respecto, es importante enfatizar la importancia de la estrategia de salud primaria para resolver los problemas de diagnóstico, atención y referenciación durante el primer contacto del paciente con el sistema de salud. Uno de los principales problemas encontrados en las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional es la falta de atención oportuna en las clínicas y la constante referenciación a otros niveles hospitalarios. Además, de acuerdo con la OPS y la OMS, la atención primaria tendría que atender aproximadamente el 80% de los problemas de la comunidad.¹³⁷ Sin embargo, de acuerdo con

132 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Organización de las Naciones Unidas, Informe A/72/137, párrafo 20.

133 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, *La corrupción en el Sector Salud: casos en el Seguro Integral de Salud (SIS)*, 2018, <https://procuraduriaanticorruptcion.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2018/06/01-INFORME-ESPECIAL-SIS.pdf>

134 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, *Vulnerabilidades a la Corrupción en el Sector Salud: perspectivas de América Latina en los sub sistemas para los pobres*, 2011, [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/359BE4329037FDA505257C-DE00789678/\\$FILE/VulnerabilidadCorrupci%C3%B3nSectorSalud.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/359BE4329037FDA505257C-DE00789678/$FILE/VulnerabilidadCorrupci%C3%B3nSectorSalud.pdf)

135 Amnesty International, *Desigual y Letal (Índice AMR 01/5483/2022)*, 27 de abril 2022, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/5483/2022/es/>, página 103

136 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Alexis (seudónimo), proveedor de salud, Ayacucho, septiembre 2023

137 Alexandra Giraldo, Consuelo Vélez, *La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina*, revista Atención Primaria Núm. 45 (7), 2013, pp. 384-392

el Banco Mundial, la infraestructura de atención primaria en Perú es fragmentada y tiene grandes diferencias de acuerdo con el tipo de infraestructura: mientras los establecimientos I-1 da sólo 11 consultas diarias, el nivel I-4 da hasta 140, y se encuentra que la mayor parte de los establecimientos en el Perú de nivel I dan entre diez y 20 consultas diarias.¹³⁸

En materia de recursos humanos y materiales, de acuerdo con las personas entrevistadas por Amnistía Internacional, la disponibilidad de medicinas, tratamientos, y/o equipos es una de las barreras más importantes de acceso a servicios de salud. El personal de salud entrevistado confirmó que la escasez no sólo de medicamentos, pero también de equipos sanitarios, ocasionan que los pacientes se vean obligados a buscar servicios de manera externa:

“Hay un solo tomógrafo del hospital regional y muchas veces se deteriora cada cierto tiempo y tiene que ir la persona, la familia tiene que buscar un tomógrafo fuera que cuesta un promedio de 240 soles (USD 64).”¹³⁹

El mismo personal de salud entrevistado revela que la falta de insumos, estudios y tratamientos tiene como efecto que la prestación que se le da a muchos usuarios no sea gratuita, incluso para procedimientos que deberían de estar incluidos en el Plan Esencial de Aseguramiento:

“Muchas veces decía, por ejemplo, para una fractura, todo el material de osteosíntesis y todo su tratamiento va a ser completamente gratuito, pero a veces los establecimientos no tienen el material o no lo han adquirido, entonces lo tiene que adquirir el asegurado, ese es el principal desafío.”¹⁴⁰

De acuerdo con Información de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del MINSA,¹⁴¹ en abril de 2024 existió un 82% de disponibilidad de medicamentos,¹⁴² siendo el mínimo establecido por el MINSA como 80% y su meta a llegar el 90%. Mientras que la Zona Metropolitana de Lima tiene hasta un 91% de disponibilidad – lo cual se considera un buen indicador- Ayacucho registra sólo un 87%, con casi 15% de los medicamentos en “substock”¹⁴³ o desabastecidos. Aunque los datos para la región de Lima sugieren que existe un abasto suficiente de medicina, los testimonios de Amnistía Internacional recabados para este departamento, así como el análisis de accesibilidad económica realizado más adelante, sugieren que muchas personas tienen que recurrir a las farmacias por falta de abasto de ciertos medicamentos, particularmente en el grupo focal de la Comunidad Shipiba.

Ante las barreras en materia de disponibilidad y abasto de medicinas, una de las estrategias más comunes de las personas entrevistadas fue recurrir a la automedicación o buscar tratamiento con personal médico en las farmacias.¹⁴⁴ En muchas ocasiones, esta práctica surge como una respuesta a la necesidad inmediata de tratamiento ante síntomas de enfermedad.

138 Banco Mundial, *Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19*, septiembre 2021, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/272151632979757783/pdf/Financiamiento-para-la-Cobertura-Universal-de-Salud-en-el-Peru-Des-pues-de-la-COVID-19.pdf> (Consultado el 12 de junio de 2024)

139 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Alexis (seudónimo), proveedor de salud de MINSA, Ayacucho, septiembre 2023.

140 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Jazmín (seudónimo), personal administrativo de salud del SIS, Ayacucho, septiembre 2023.

141 Ministerio de Salud, *Repositorio Único Nacional de Información en Salud: Resultado del Indicador Num. 31 por región*, 2024, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiMmNjNTBmOWltZWZWM3NSO0YTgxLTk5M2ltOGNjNWYyOTU3ODc3ZiwiidCjE6IjM0ZjMyNDE5LTJmMDUtdDc1Ni04OTZlTQ1ZDYzZmcyNjU5YiIsImMiOiR9> (Consultado el 22 de mayo de 2024)

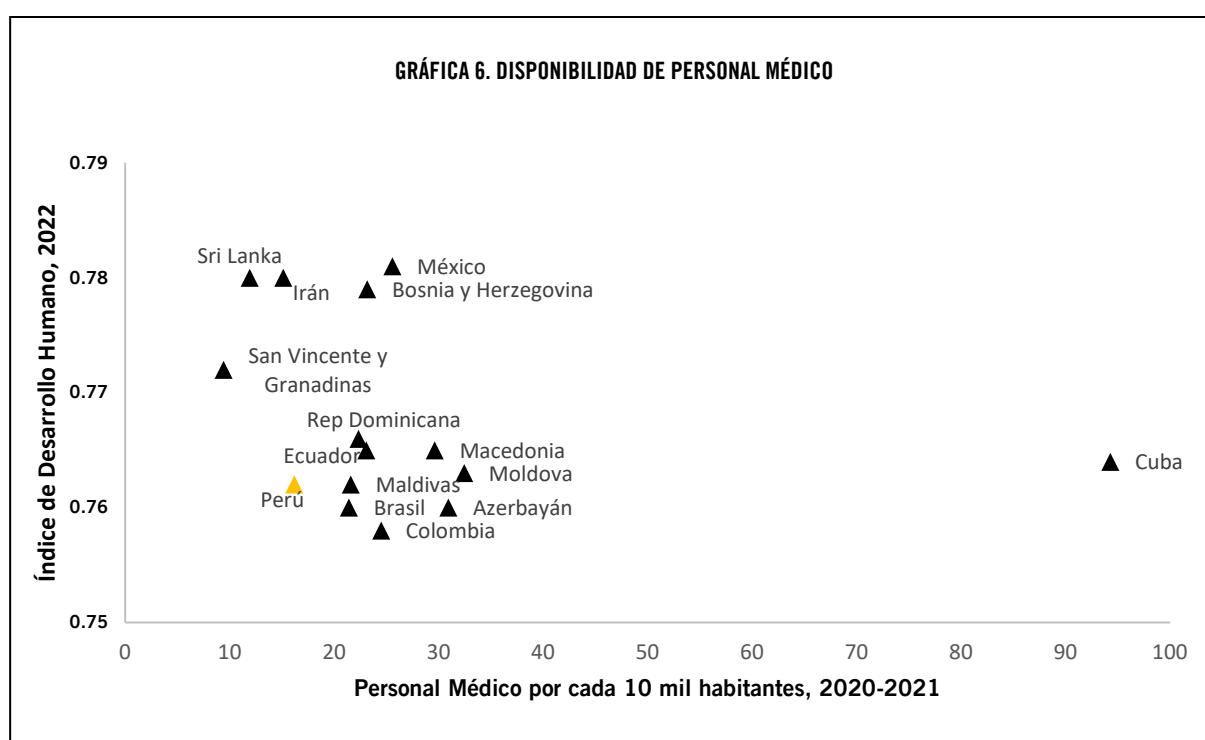
142 De acuerdo con el MINSA, el indicador mide si una clínica, hospital, región sanitaria, departamento, etc, tiene el suficiente stock de medicamentos como para cubrir las necesidades de consumo estimadas. Para más información ver http://archivos.diresajunin.gob.pe/CG2022/Ficha16_2022.pdf (Consultado el 22 de mayo de 2024)

143 Con menos disponibilidad de lo recomendado para cierto nivel de consumo esperado

144 La automedicación se refiere al acto de utilizar medicamentos por cuenta propia sin la prescripción ni supervisión de un profesional de la salud

“Prefiero ir a la farmacia porque ir a una posta amerita tiempo y las citas no te dan el mismo día es para el día siguiente, entonces hasta allá yo creo que no puede aguantar mi hijo. Por ello, opto por ir inmediatamente a una farmacia, pregunto si la persona que atiende es una enfermera técnica que me pueda dar una medicina.”¹⁴⁵

En materia de profesionales de salud, Amnistía Internacional realizó un análisis comparado del número de personal médico y de enfermería por cada 10 mil habitantes¹⁴⁶ para el conjunto de países mostrados en la Gráfica 4 (ver arriba). Como lo muestra la Gráfica 6, aunque se encuentra una mejora gradual en la provisión de personal médico de 2009 a la fecha,¹⁴⁷ sus resultados en materia de personal de la salud siguen siendo relativamente bajos en 2022. En 2021, Perú tenía sólo 16.2 doctores por cada 10 mil habitantes, lo cual es una disponibilidad relativamente baja comparada con países de similar nivel de desarrollo de la región como República Dominicana, Ecuador, Brasil o Colombia.

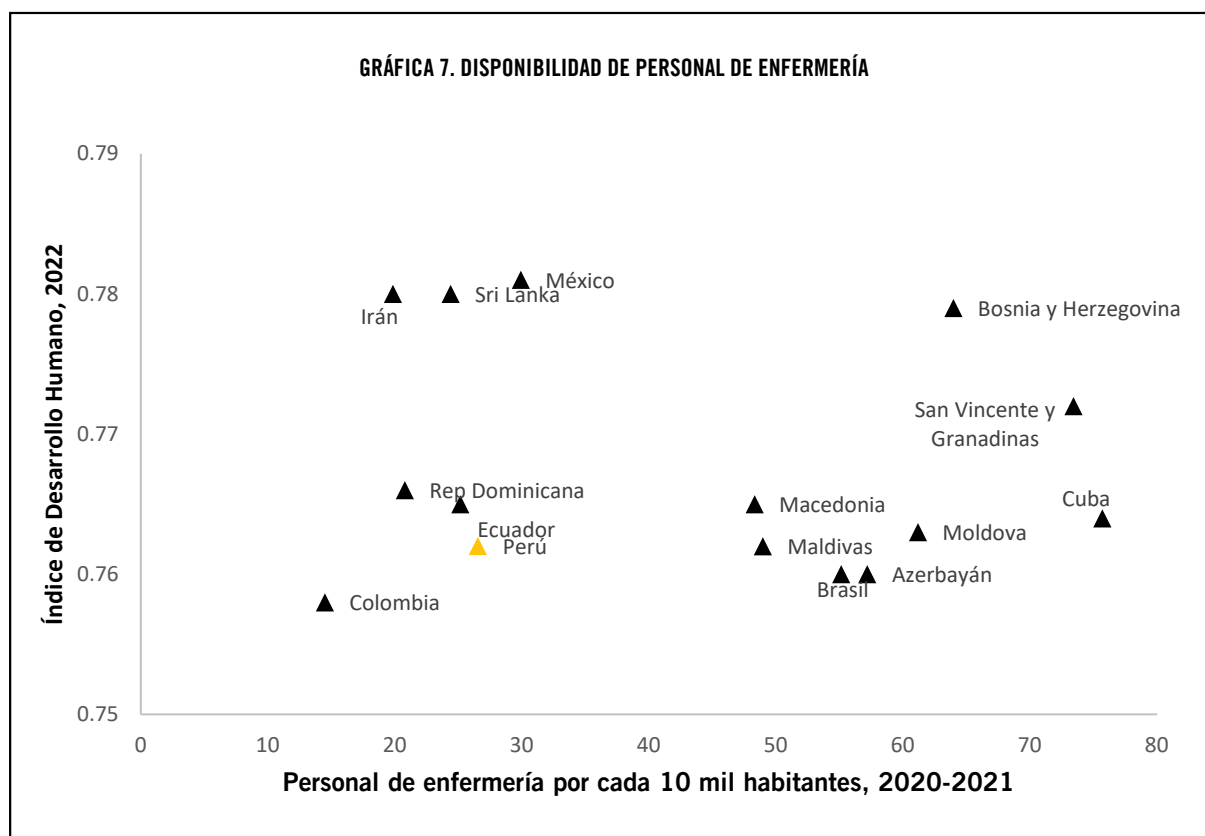


Perú tiene disponibilidad de personal médico más bajo que la mayoría de los otros países de similar nivel de desarrollo. Se utilizan para la comparación aquellos países del mismo grupo que Perú mediante el cálculo de k-medias. Fuente: Cálculos realizadas por Amnistía Internacional con base en el Observatorio Global de Salud de la OMS, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)), (Consultado el 16 de mayo de 2024), y el Índice de Desarrollo Humano, <https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads>, (Consultado el 17 de mayo de 2024).

145 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Esther (seudónimo), usuaria del SIS, Lima, septiembre 2023.

146 World Health Organization, *The Global Health Observatory. Medical doctors* (per 10,000 population), estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doc-tors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doc-tors-(per-10-000-population)) (Consultado el 16 de mayo de 2024).

147 El indicador pasó de 9.4 doctores a 16 por cada 10 mil habitantes de 2009 a 2022



Perú tiene disponibilidad de personal médico más bajo que la mayoría de los otros países de similar nivel de desarrollo. Se utilizan para la comparación aquellos países del mismo grupo que Perú mediante el cálculo de k-medias. Fuente: Cálculos realizadas por Amnistía Internacional con base en el Observatorio Global de Salud de la OMS, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)), (Consultado el 16 de mayo de 2024), y el Índice de Desarrollo Humano, <https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads>, (Consultado el 17 de mayo de 2024).

En materia de personal de enfermería, la Gráfica 7 muestra que todos los países de América Latina y el Caribe con excepción de Brasil y Cuba cuentan con niveles similares de personal de enfermería por cada 10 mil habitantes.¹⁴⁸

Los indicadores arriba mencionados muestran que existe una baja disponibilidad de médicos en general. Sin embargo, las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional también muestran una falta de disponibilidad de personal médico especialista, no sólo en el sector público sino privado.

“Cuando me dio COVID, más o menos hacia el final de la pandemia, se me paralizó la cara. Entonces, si me asusté bastante. En ese caso, por ejemplo, fui a un recomendado, a un neurólogo recomendado. Pagué un montón de plata. Pero en las siguientes citas se demoraba en atenderme. Yo siento que no hay garantía de buena atención, no hay un buen trato siempre, yo creo que eso es transversal, mi sensación es que es transversal.”¹⁴⁹

148 World Health Organization, *The Global Health Observatory. Nursing and Midwifery personnel* (per 10,000 population), estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)) (Consultado el 16 de mayo de 2024).

149 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Emilio (seudónimo), persona sin seguro médico, Lima, abril 2023.

Las personas usuarias entrevistadas reportan que, derivado de la insuficiencia de personal, recursos humanos y problemas de falta de infraestructura, gestión ineficiente, entre otros, los tiempos de espera han ido en aumento. Los usuarios reportan que las soluciones a dichos problemas dependen en gran medida de la discrecionalidad del personal de salud y del conocimiento que pueda tener el usuario sobre ciertos procedimientos.

Amnistía Internacional entrevistó a una paciente de EsSalud que, a pesar de haber obtenido rápidamente los resultados de los exámenes solicitados por su médico, enfrentó casi un mes de espera para obtener una cita. Sin embargo, una vez que comprendió que tenía la opción de solicitar citas adicionales en EsSalud, pudo resolver la situación de manera más rápida:

“Le cuento, por ejemplo, yo he tenido problemas con nefrología (enfermedad de los riñones). El médico me mandó unos exámenes y yo ya tenía los resultados y para conseguir la cita llamaba y llamaba; casi un mes se demoraron en darme la cita. Yo supe después que uno puede ir y pedir citas adicionales, y la verdad es que se solucionó muy rápido. Solamente un día fui temprano, le pedí al doctor y me dio la cita adicional y se solucionó.”¹⁵⁰

Este testimonio ilustra la dificultad que tienen los usuarios para poder navegar por el entramado institucional de las citas y referencias, donde sólo mediante el conocimiento de ciertos procesos, los pacientes pueden acelerar los procesos de atención, lo cual ilustra una falta de eficiencia en la gestión de la atención médica.

En síntesis, Amnistía Internacional encontró que, en materia de disponibilidad, existe evidencia en materia de indicadores de salud como camas, medicinas y personal médico y de enfermería que muestra áreas de oportunidad para poder alcanzar un nivel de avance similar al de otros países con el mismo nivel de desarrollo humano y de acuerdo con los estándares internacionales establecidos por la OMS. Las entrevistas y los registros administrativos de Perú muestran brechas en el acceso a servicios médicos especializados y a medicamentos, particularmente en departamentos como el de Ayacucho, debido a la centralización de la infraestructura pública en salud en el departamento de Lima.

4.2 ACCESIBILIDAD

En materia de accesibilidad, de acuerdo con la Observación General 14 del Comité DESC se analizarán tres sub-dimensiones:

- Física: “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.”¹⁵¹
- Económica: “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud debe-

150 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Luz (seudónimo), usuaria de EsSalud, Lima, abril 2023.

151 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso b.

rán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.”¹⁵²

- No discriminación: “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.”¹⁵³

Adicionalmente, la Corte IDH señala que un sistema de salud basado en derechos humanos debe, en casos de urgencia médica, garantizar el acceso para toda persona a los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud, asegurando cumplir con las sub-dimensiones antes mencionadas.¹⁵⁴

Para la dimensión de equidad en el acceso económico, se empleará el concepto de gasto de bolsillo. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los gastos directos de bolsillo en salud son “aquellos pagos realizados por los hogares y personas a prestadores de servicios de salud al momento de utilizar el servicio. Estos pagos son diferentes a los pagos de seguros de salud privados, y normalmente consisten en gastos fuera de los seguros en rubros como medicinas, tratamientos, hospitalización, el transporte para llegar al centro de salud, entre otros. Una definición más amplia incluye otros gastos relacionados en la práctica con gastos de los pacientes, como pagos directos de medicamentos o tratamientos, copagos, coaseguros, comida y ropa de cama, entre otros.”¹⁵⁵

Como “gasto desproporcionado” se utilizará el concepto de gasto catastrófico utilizado por la OMS, la OPS y el PNUD para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). De acuerdo con la OMS, los gastos catastróficos en salud son “aquellos gastos de bolsillo elevados con respecto al ingreso o consumo de un hogar. De acuerdo con el indicador 3.8.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, un gasto de bolsillo se considera catastrófico si excede de entre el 10% y el 25% de los ingresos o consumo total de un hogar. Estos gastos reducen la capacidad de los hogares que incurrir en ellos de acceder otros bienes esenciales como de alimentación, educación, vestido o vivienda. Los hogares vulnerables por ingreso pueden caer en un ciclo de pobreza y baja salud como consecuencia de estos gastos.”¹⁵⁶

Como evidencia de la dimensión de accesibilidad, se toman en cuenta indicadores establecidos por la OMS sobre gasto de bolsillo y los indicadores de salud de los ODS del PNUD, suscritos por Perú. Amnistía Internacional realizó un análisis tomando en cuenta la información de las entrevistas realizadas, así como del INEI y de las encuestas de hogares que reportan las principales barreras de acceso a servicios de salud.

152 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso b

153 Por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

154 Corte IDH. Caso Poblete Vilches Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C Num. 349.

155 OMS / OPS. *Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género*, 2021, Washington, DC., https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54668/9789275323540_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

156 Organización Mundial de la Salud. *Frequently Asked Questions. Universal Health Coverage Global Monitoring Report 2023*. Organización Mundial de la Salud, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/faqs_uhc-gmr-2023.pdf?sfvrsn=d820381e_3 (Consultado el 24 de mayo de 2024).

4.2.1 ACCESIBILIDAD FÍSICA

“Cuando nosotros hacemos campañas de salud, vamos con todo el personal y tenemos la disposición de atender a todas las personas. Pero estas personas ¿Cuánto tienen que pasar para poder llegar a esa campaña? Tienen que caminar seis o siete horas y estamos hablando a veces de personas de la tercera edad, personas de 80 años que están caminando horas para poder llegar. A veces, por esa misma dificultad, no van, entonces y nosotros tenemos que ir hasta allá para atender a 23 personas. Nos encantaría poder ir, pero por un tema de presupuesto es difícil, esa dispersión geográfica nos afecta de verdad.”

Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Johanna (seudónimo),
proveedora de salud, Ayacucho, septiembre 2023.

Amnistía Internacional analizó el acceso físico a nivel nacional y departamental utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y el Sistema Regional para la Toma de Decisiones del INEI.

De acuerdo con esta información, de 2000 a 2022, el porcentaje de mujeres¹⁵⁷ que reportan tener problemas en el acceso a servicios de salud por la distancia al establecimiento de salud se incrementó de 33.6% a 39.2%. De la misma manera, de 2017 a 2022, el porcentaje de mujeres que reportan tener problemas en dicho acceso por tener que tomar transporte a dichos centros se incrementó de 30% a 37.6%.¹⁵⁸

Al analizar la accesibilidad física geográficamente - a nivel de departamentos-, se encontró que existen brechas importantes entre regiones. Como lo muestran los Mapas 4 y 5, el departamento de Lima muestra un porcentaje menor tanto en mujeres que reportan problemas de distancia (39.9%) como de transporte (37.9%) al centro de salud comparado con Ayacucho, donde casi la mitad de las mujeres (45%) reportan problemas de distancia y de transporte.¹⁵⁹ La brecha es mayor si sólo se toma en cuenta la zona metropolitana de Lima, donde el porcentaje para ambos indicadores se reduce considerablemente debido a la concentración de servicios de diferentes niveles de atención.¹⁶⁰

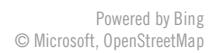
157 Para estos indicadores, la ENDES y el INEI sólo reportan mujeres, ya que las preguntas del cuestionario de se aplica sólo a este grupo demográfico

158 Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones*, <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta> (Consultado el 24 de mayo de 2024)

159 Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones*, <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta> (Consultado el 24 de mayo de 2024)

160 Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones*, <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta> (Consultado el 24 de mayo de 2024)

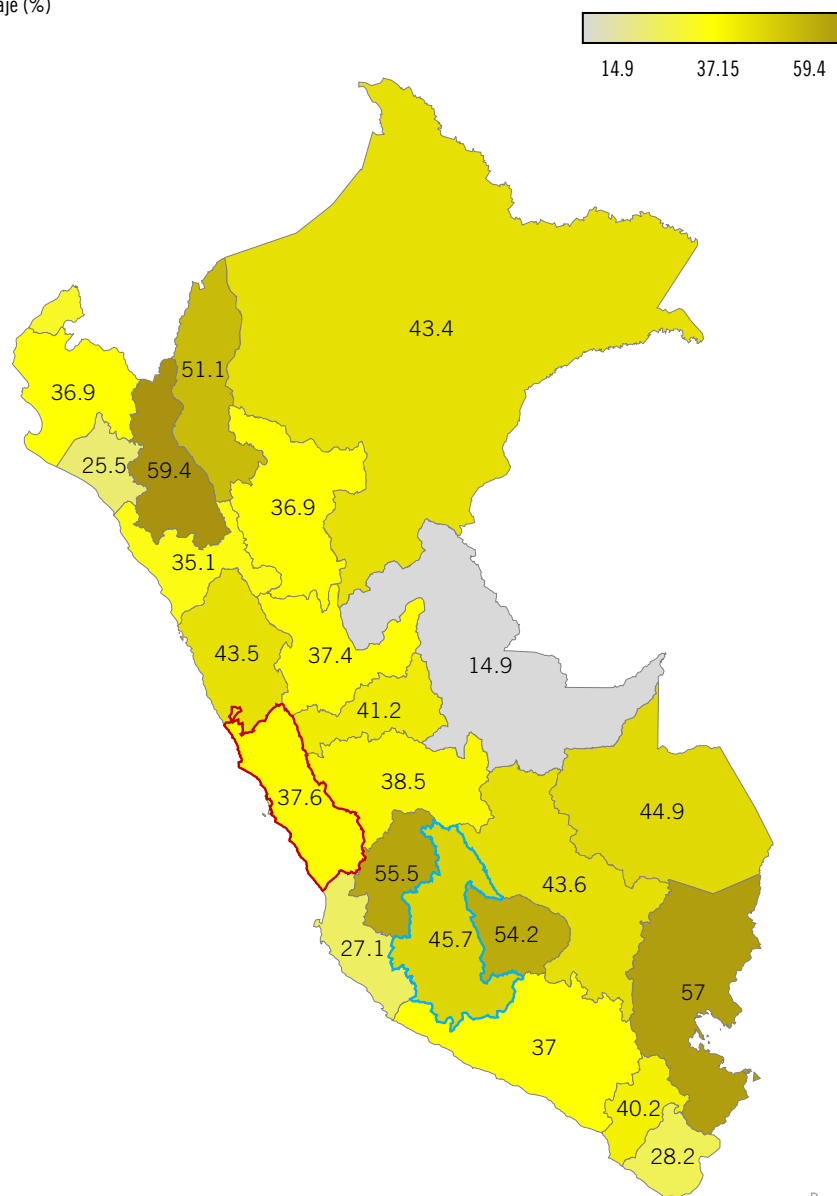
MAPA 4. PORCENTAJE DE MUJERES QUE REPORTAN TENER PROBLEMAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD POR DISTANCIA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, 2022



El departamento de Perú y de Ayacucho se marcan con colores rojo y azul, respectivamente. Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con en información sobre la ENDES 2022 con base Instituto Nacional de Estadística e Informática proveniente del Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones, <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta> (Consultado el 24 de mayo de 2024).

MAPA 5. PORCENTAJE DE MUJERES QUE REPORTAN TENER PROBLEMAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD POR TENER QUE TOMAR TRANSPORTE, 2022

Porcentaje (%)



Powered by Bing
© Microsoft, OpenStreetMap

El departamento de Perú y de Ayacucho se marcan con colores rojo y azul, respectivamente. Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con en información sobre la ENDES 2022 con base Instituto Nacional de Estadística e Informática proveniente del Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones, <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta> (Consultado el 24 de mayo de 2024).

La presencia de comunidades alejadas, a menudo ubicadas a varias horas de distancia de los centros de salud más cercanos, crea una barrera significativa para el acceso a la atención médica. El acceso a la salud en zonas geográficas de difícil acceso presenta desafíos significativos que impactan directamente en la capacidad de brindar atención adecuada a la población. En las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional a proveedores de salud en la ciudad de Ayacucho, resaltó la dificultad de acceder a áreas geográficas diversas y distantes. En ese sentido, una debilidad de acceso a salud surge de la marcada dispersión geográfica que caracteriza a estas zonas.

Una de las barreras físicas más importantes a nivel geográfico tiene que ver con el sistema de referencias médicas, donde se traslada a los pacientes de un hospital a otro dependiendo del diagnóstico y el tratamiento requerido. Como se mencionó anteriormente, según las normativas del MINSA, la referencia se configura como un procedimiento administrativo-asistencial en el cual un establecimiento de salud delega la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o la ejecución de una prueba diagnóstica a otro con una capacidad resolutoria más elevada. Esta transferencia puede ser sugerida por agentes comunitarios u organizaciones sociales que identifican signos de peligro, alarmas o factores de riesgo en los usuarios.¹⁶¹

Aunque fueron concebidas como un proceso destinado a mejorar la atención, Amnistía Internacional encontró testimonios de que se han convertido en una barrera evidente en el acceso oportuno a la atención médica. En las entrevistas realizadas, el sistema de referencias aparece como causa de demoras y del deterioro de la salud de los usuarios y en la toma de decisiones y el tiempo y distancia a recorrer:

***“Por ejemplo, es una fractura de fémur. Me van a referir al hospital, en el hospital no tienen el traumatólogo, entonces me van a referir a un hospital con más especialidades, o sea, el tiempo para que me atiendan va a ser muy largo. O, por ejemplo, tengo diabetes, si no tengo examen acá tengo que ir a mi establecimiento para que me den mi examen de glucosa y me digan que sí soy diabético y recién empieza mi tratamiento. O sea, va a tardar, nadie llega directo al hospital, y en los hospitales tenemos un retraso de referencias de más de un mes. O sea, yo puedo pedir cita, pero me van a atender el próximo mes porque los cupos son limitados. ¿Por qué? Porque los hospitales, los especialistas, pues no atienden.”*¹⁶²**

Amnistía Internacional también entrevistó a un paciente que, a pesar de tener aseguramiento público y privado, enfrentó muchos obstáculos para tratar su problema de artritis:

***“Como es un tratamiento ambulatorio para diagnóstico y los medicamentos no están cubierto por los otros seguros que tengo, entonces decidí finalmente ir a EsSalud. El resultado fue que demoraría no sé cuántas semanas, todo eso para conseguir una cita. A pesar de que fue este año, realmente el médico no me examinó nada, simplemente le conté lo que estaba pasando y le enseñé unos análisis que me había hecho. Este me mandó a una referencia para un hospital de emergencias que me parecía un poco lejos para ir hasta allá, un poco difícil, así que finalmente no acudí con el especialista y ahí quedó todo.”*¹⁶³**

161 Ministerio de Salud, *Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud*, 2005, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417278/-317076566557805742420191106-32001-ccqwcq.pdf?v=1573077096> (Consultado el 8 de febrero de 2024)

162 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Jazmín (seudónimo), personal administrativo del SIS, Ayacucho, septiembre 2023

163 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Javier (seudónimo), usuario de seguro privado y EsSalud, Lima, abril 2023



Foto 6: Acceso físico al Centro de Salud Belén de Minsa en Ayacucho.
Crédito: Joseph Durand Araujo

Estas barreras burocráticas también se presentan para los usuarios del SIS en Lima entrevistados por Amnistía Internacional:

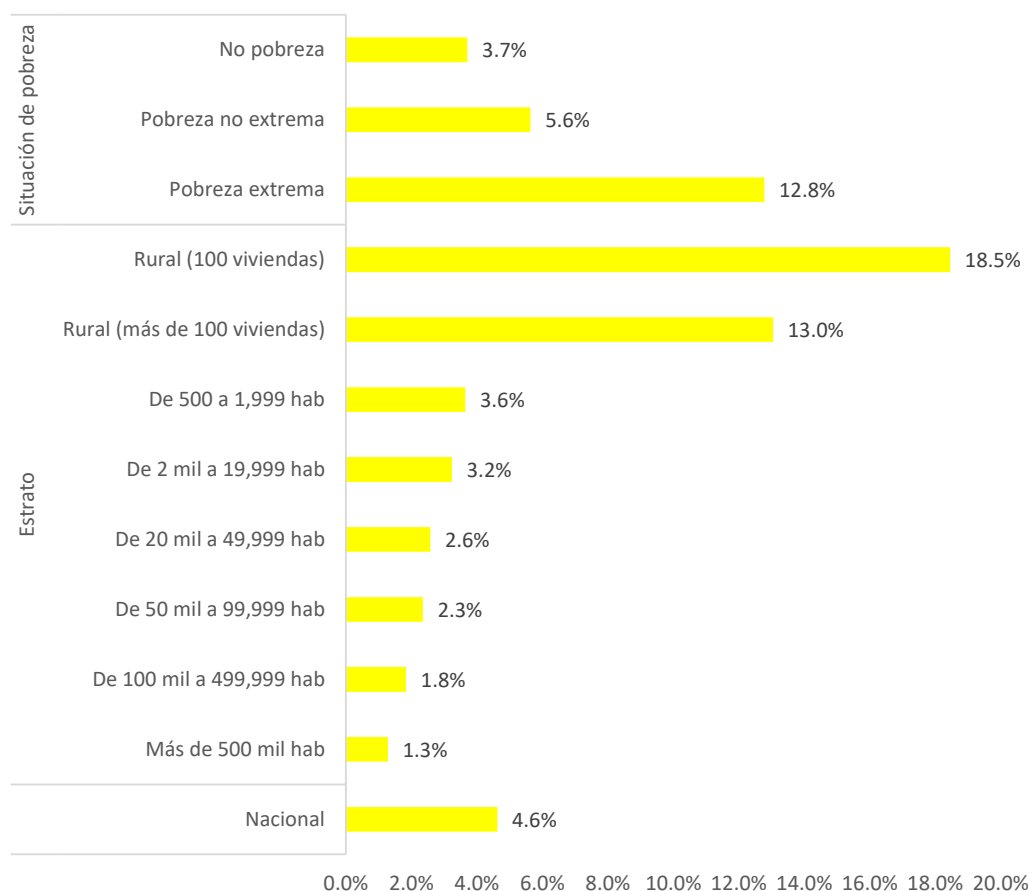
“Una referencia no es que te mandan hoy y mañana te atienden, no es así. Tú tienes que esperar y aparte llamar. Eso me pasó con mi niño el año pasado por su tema de endodoncia que tenían que hacerle. Me mandaron su referencia al Hospital Saboga. Casi medio año después, yo llamaba y llamaba para que me den la cita, y cuando me atendieron me dijeron “su cita fue ayer, señora, ¿Por qué no ha estado llamando?” ¡Perdí la cita, el colmo!”¹⁶⁴

Las personas entrevistadas relataron a Amnistía Internacional cómo la complejidad burocrática y los tiempos de espera prolongados han generado frustración y en muchos casos inasistencia de las personas enfermas a los servicios de salud. La Gráfica 8 muestra que, de acuerdo con estimaciones de Amnistía Internacional con la ENAHO 2022, aunque sólo el 4.6% de las personas que no asistieron a los servicios de salud aun estando enfermas dijeron que fue por la distancia al centro de salud, este porcentaje llega hasta casi el 18% en las regiones rurales con menos densidad poblacional. En términos de situación de pobreza, se encuentra que un porcentaje mayor de las personas en situación de pobreza extrema reportaba como razón de no asistencia la distancia, en comparación con la población que no está en situación de pobreza.¹⁶⁵

164 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Esther (seudónimo), usuaria de SIS, Lima, abril 2023

165 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

GRÁFICA 8. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ENFERMA QUE NO ASISTE A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR ENCONTRARSE LEJOS (2022)



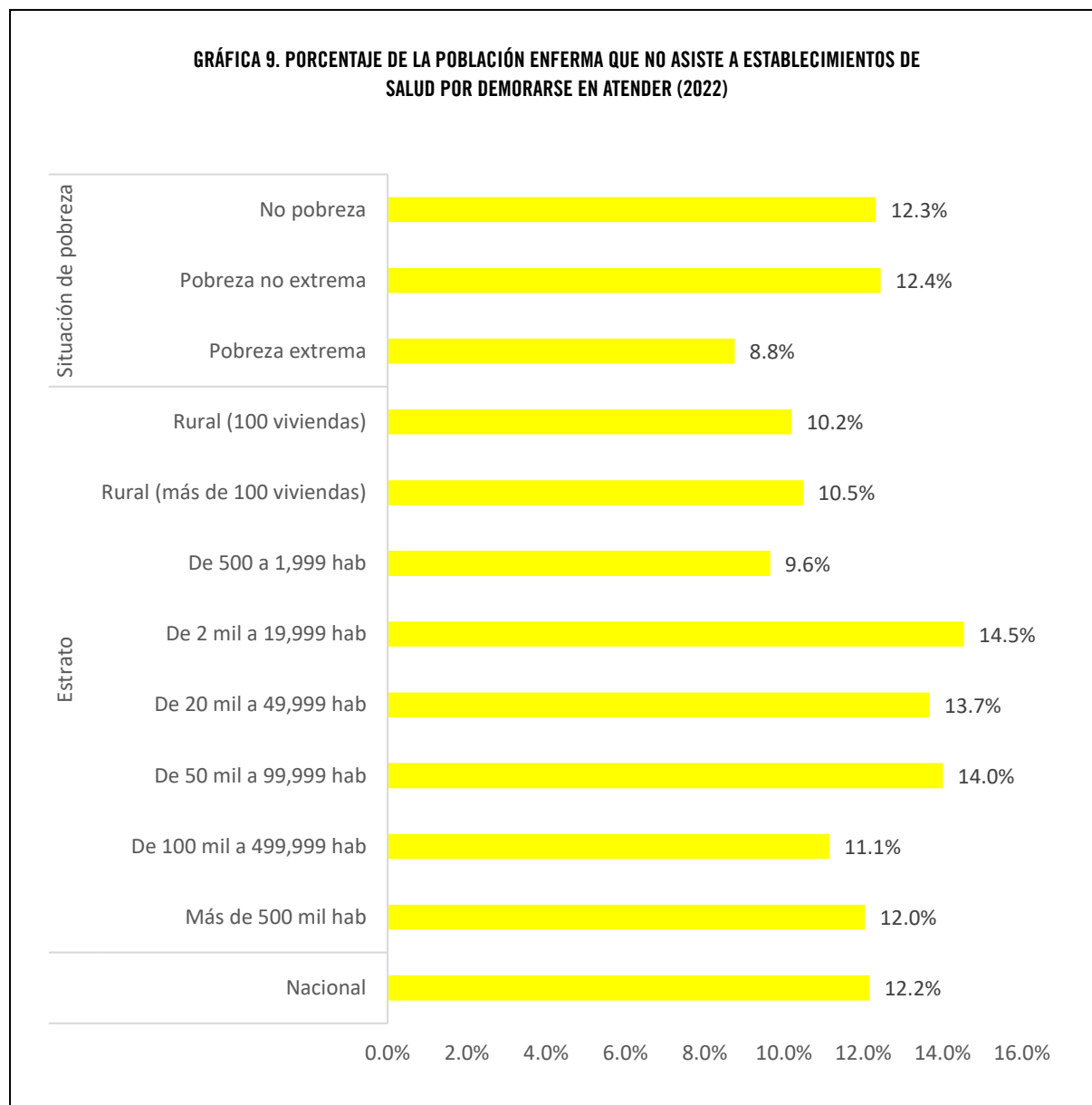
Un porcentaje mayor de las personas enfermas en condición de pobreza extrema o viviendo en zonas rurales reporta problemas de acceso por la distancia a establecimientos de salud. Las estimaciones para localidades de 20 mil personas o más tienen coeficientes de variación con precisión moderada. Fuente: Cálculos realizados por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-ena-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

De acuerdo con la Gráfica 9, en términos de tiempos de espera, el 12.2% de la población enferma que no fue a servicios de salud comentó que fue porque se demoran mucho en atender. Contrario a lo que sucede con la distancia geográfica, el porcentaje de inasistencia por tiempos de espera crece a mayores niveles de urbanización, lo que puede estar relacionado con problemas de congestión en ciudades.¹⁶⁶ Un elemento adicional para tomar en cuenta es, que el 20% de las personas que se atendieron o automedicaron en farmacias lo hicieron por razones de demora en servicios públicos.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-ena-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

¹⁶⁷ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-ena-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

Un estudio académico, encuentra que la mala calidad en atención, los tiempos de espera y la percepción de malos tratos están positivamente asociados con el crecimiento en la consulta en farmacias y el crecimiento de establecimientos del sector privado de primer nivel de atención.¹⁶⁸



Un porcentaje mayor de las personas enfermas en zonas urbanas con respecto a aquellas que viven en zonas rurales reporta problemas de acceso por los tiempos de atención en los establecimientos de salud. Las estimaciones para personas en situación de pobreza extrema tienen coeficientes de variación con precisión moderada. Fuente: Cálculos realizados por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/en-cuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

168 Juan Arroyo-Laguna; Pedro La Chira. *Factores asociados a los desplazamientos de la demanda en salud en Perú, 2007-2021: un modelo discreto de privatización e informalización*, Revista Gerencia y Políticas de Salud, Bogotá, Diciembre de 2023.

A nivel departamental, mientras que sólo un 1.3% de la población en Lima no asistió a establecimientos de salud por temas de distancia, en Ayacucho el porcentaje fue de 7.2%. De manera contraria, una de cada diez personas en Lima (11.6%) no acudió a dichos establecimientos por los tiempos de demora, mientras que para Ayacucho el porcentaje fue de 8.7%.¹⁶⁹

La falta de acceso físico se manifiesta en los tiempos de espera en los servicios de salud pública. Es una barrera persistente, según lo compartido por los usuarios de servicios públicos a Amnistía Internacional. Desde la obtención de citas hasta la recepción de resultados de pruebas de laboratorio o atención en situaciones de emergencia, la espera se erige como un aspecto crucial que impacta directamente en la toma de decisiones de los pacientes:

“Las personas madrugamos a las 5:00 o 5:30 de la mañana para ir a hacer cola y estamos hasta las 7:00 de la mañana esperando para que nos atiendan y a veces es frustrante llegar y que te digan “no para ti no hay”. Entonces, cómo saber no que estás haciendo tu cola y llegas y te digan que no, o sea esperar con una expectativa de que te digan sí o ya te van a atender.”¹⁷⁰

Los usuarios señalaron que los tiempos prolongados de espera no solo generan incomodidad, sino que también constituyen uno de los principales motivos que los impulsan a recurrir a la automedicación o a buscar servicios privados. Esta barrera lleva también a barreras económicas, ya que conlleva mayor gasto de bolsillo y, en algunos casos, la acumulación de deudas debido a la necesidad de acceder rápidamente a la atención médica.

A continuación, se presenta el caso de una entrevista a profundidad realizada por Amnistía Internacional a una persona cuya madre sufrió de cáncer y problemas obstétricos y tuvo que enfrentar diversas barreras burocráticas y administrativas para acceder a los servicios de salud. Al respecto, la Observación General 22 señala que en materia de accesibilidad física “Los establecimientos, los bienes, la información y los servicios de salud relacionados con la atención de la salud sexual y reproductiva deben estar disponibles a una distancia física y geográfica segura para todos, de modo que las personas necesitadas puedan recibir servicios e información oportunos (...) Cuando la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en zonas remotas sea impracticable, la igualdad sustantiva requiere medidas positivas para asegurarse de que las personas necesitadas dispongan de comunicaciones y transporte a esos servicios.”¹⁷¹

169 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enah-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

170 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Esther (seudónimo), usuaria de SIS, Lima, abril 2023

171 Comité DESC, Observación General 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (citado previamente), párrafo 16

CASO 1:

DIAGNÓSTICO TARDÍO Y BARRERAS EN LAS REFERENCIAS Y EL MANEJO DE LOS TIEMPOS DE ESPERA: EL CASO DE UNA FAMILIA DE AYACUCHO EN SU LUCHA CONTRA EL CÁNCER

El siguiente caso es la historia de Patricia y su familia frente al diagnóstico de cáncer de tiroides de su madre.¹⁷² Ellas son de Ayacucho. Patricia compartió las dificultades que tuvieron que manejar al no encontrar especialistas médicos, las demoras para atención y resultados de laboratorio. Estas barreras de atención, mientras experimentan uno de los más difíciles momentos de sus vidas, vulneran la salud y economía familiar.

“Mi mamá siempre se atendía por dolores frecuentes en el útero. El doctor en el hospital le decía que son los miomas o también le decían que es una infección urinaria, pero nunca le dijeron que era cáncer. Nunca le detectaron. Le hicieron pruebas, papanicolaous, todo eso, pero no salía nada, sólo decían que era inflamación, pero nada más. A raíz de que mi hermanita empieza a estudiar la carrera de medicina, en una de sus visitas, de sus vacaciones, a mi mamá le palpa una bolita, entonces le dice: “mami, no quiero pensar mal, pero puede ser algo de la tiroides”.

Entonces como acá, en Ayacucho, no hay especialistas, sólo vienen por campañas cada 15 días así, le dije: “mejor vámonos a Lima y ahí te hago chequear”. A raíz de eso fueron a Lima y ¿Sabes qué le detectaron a mi mamá? Primeramente, un cáncer de tiroides. Ese fue el motivo por el cual fuimos. Entonces nos dijeron que bueno, el cáncer de tiroides no mata, que la iban a operar y que iba a recibir radioterapia. Eso sí lo cubrieron los de EsSalud. Fue terrible y complicado, porque de aquí (Ayacucho) no te dan referencia directa a Lima, sino a Ica. De Ica, entonces tenía que esperar nuevamente. Si calculo bien, después de un año de que le detectaron, recién la operaron. Luego de las radioterapias empezó a sangrar mi mami. Empezó a sangrar como una regla permanente y ya le dolía mucho. Ahí nos dijeron: “puede ser que tenga algo más”. Pero como ella había entrado por otro servicio, nos dijeron, tiene que volver a EsSalud para que le refieran. Después, volvimos aquí, a Ayacucho, pero mi mamá se puso muy mal, le empezó a doler fuerte, incluso pidió licencia de su trabajo y todo.

Ya en un consultorio particular, un doctor que sí es bastante reconocido acá en Ayacucho, un ginecólogo muy bueno, fue el que le detectó y le dijo que era cáncer y estaba avanzado. Pese a eso, pensamos que nos podían ayudar, quizás con los pasajes y todo. Fuimos a EsSalud, pero fue igual, nos dijeron que no, que los exámenes de los particulares no cuentan, tienen que hacerlos dentro de EsSalud. Fuimos avanzando en Lima, pero nos quitaba tiempo que nosotros ya habíamos ganado. Logramos que, por lo menos, nos apoyaran en el tema de pasajes, miografía, radioterapia y todas las cosas.

Todo eso fue difícil, la llevábamos al EsSalud y ahí la maltrataban, porque no sabían entonces cómo tratarla, ponerle la medicina. A mi mami le dolía mucho. De Lima la pasamos a Ayacucho. Nos enseñaron a mí y a mi hermana todo ese tema de limpieza. Mi hermanita estaba haciendo para esas fechas su internado en una clínica, acá en Vilca Huamán todavía, y entonces yo me quedaba con mi mamá. Ya yo también aprendí el tema de la limpieza. Por necesidad tuvimos que aprender. Así estuvimos, cuidándola en casa hasta sus últimos días en que mi mamita se nos fue.”



Foto 7: Botica en Ayacucho. La mayoría de las personas deben comprar medicinas y otros insumos médicos en farmacias o boticas con sus propios ingresos.
Crédito: Joseph Durand Araujo

4.2.2 ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

A pesar de existir una ley de aseguramiento universal que cubre una serie de medicinas, padecimientos y tratamientos determinados en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, la realidad de muchas personas en Perú es que tienen que cubrir el tratamiento y estudios de varias enfermedades a través del gasto de bolsillo, ya sea por barreras de acceso dentro del sistema o porque su seguro no cubre dichos padecimientos.

De acuerdo con las entrevistas llevadas a cabo por Amnistía Internacional, una de las preocupaciones fundamentales es que esta carga financiera puede limitar el acceso a servicios esenciales, especialmente para aquellos con recursos económicos limitados. Este gasto en salud puede convertirse en una barrera significativa, afectando la equidad en el acceso a la atención médica.

Durante el grupo focal en la Comunidad Shipiba Coniba, en el distrito de Santa Eulalia, Lima, muchas mujeres mencionaron que la escasez de medicinas en las postas de salud de primer nivel ocasionaba que sea reducido y muchas veces ineficaz, los tratamientos y medicamentos que les proporcionan, incluso en el primer nivel de atención:

“El lunes que fui, la doctora le mandó (a mi hijo) un jarabe y pagué 22 soles (USD5.8). Allí solo me dieron amoxicilina. No hay pediatras en la posta, la doctora es más con los adultos, no es especialista.”¹⁷³

173 Grupo focal de Amnistía Internacional con la participación de Adelina (seudónimo), usuaria del SIS, Comunicad Shipiba Coninba, Lima, abril 2023

Al preguntar a la Comunidad Shipiba y contrastar con la normativa nacional en materia de cobertura universal, Amnistía Internacional encontró que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud vigente cubre los padecimientos comúnmente mencionados por las personas entrevistadas, particularmente las consultas y medicamentos por médicos especialistas en pediatría y enfermedades infecciosas.¹⁷⁴

Lamentablemente, la Comunidad Shipiba no es la única que sufre este tipo de problemas. De acuerdo con información del Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones del INEI con base en la ENDES 2022, casi seis de cada diez mujeres¹⁷⁵ en Perú reportan tener problemas en el acceso a los servicios de salud por falta de dinero. Este porcentaje es de 55.8% para la zona de Lima fuera de la Zona Metropolitana- donde vive la Comunidad Shipiba- y alcanza al 62% de las mujeres en Ayacucho.¹⁷⁶

Para enfermedades crónico-degenerativas (cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas o diabetes), los gastos de bolsillo pueden aumentar aún más. Además de la escasez de especialistas, los costos asociados pueden aumentar al necesitar referencias a hospitales fuera de sus lugares de residencias. La necesidad de desplazarse a centros médicos distantes puede acarrear gastos relacionados con el transporte y la estancia, incrementando la carga financiera para las familias afectadas. Amnistía Internacional entrevistó a una familiar de una paciente oncológica que relata los gastos adicionales y la importancia del soporte familiar para atender una emergencia:

“Es costoso también los viajes. Hacía falta dinero para llegar cada vez que tenía quimios en Lima. No le podíamos llevar por bus, teníamos que ir en avión. Y el avión, pues tú sabes cuando tiene un costo considerable y nos pedían que cuando la traslademos siempre haya un médico. Teníamos que pagar por médicos cuando mi hermanita libre (residente de medicina) no estaba, entonces de esa manera sí nos afectó. Pero la familia también contribuyó. Todos mis tíos, mis primos somos una familia bastante unida, entonces hicieron su bolsita.”¹⁷⁷

De acuerdo con los últimos datos de los ODS, el porcentaje de hogares que reportan gastos de salud mayores al 10% de su ingreso se ha ido incrementando en los últimos años, de 8% en 2017 a 12.6% en 2021. De la misma manera, el porcentaje de hogares que reportan gastos de salud mayores al 25% de sus ingresos se incrementó para el mismo periodo, de 0.8% a 2% de la población.¹⁷⁸ Por lo tanto, el caso de Patricia, como el de miles de personas en Perú, puede poner a un hogar entero en situación de pobreza.

Para calcular la magnitud y posibles efectos negativos del gasto de bolsillo en salud, Amnistía Internacional calculó, con base en la ENAHO 2022, el porcentaje del gasto en cuidado, conservación de la salud y servicios médicos del hogar con respecto al ingreso neto total del mismo. De acuerdo con dichas estimaciones, en Perú el 92% de la población realizó algún gasto en salud, lo que representa un gasto promedio de 5.1% del ingreso monetario por hogar.¹⁷⁹

174 Ministerio de Salud. *Plan Esencial de Aseguramiento: Anexo 1*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2161732/Anexo%20%28Parte%201%29.pdf?v=1631120997> (Consultado el 24 de mayo de 2024)

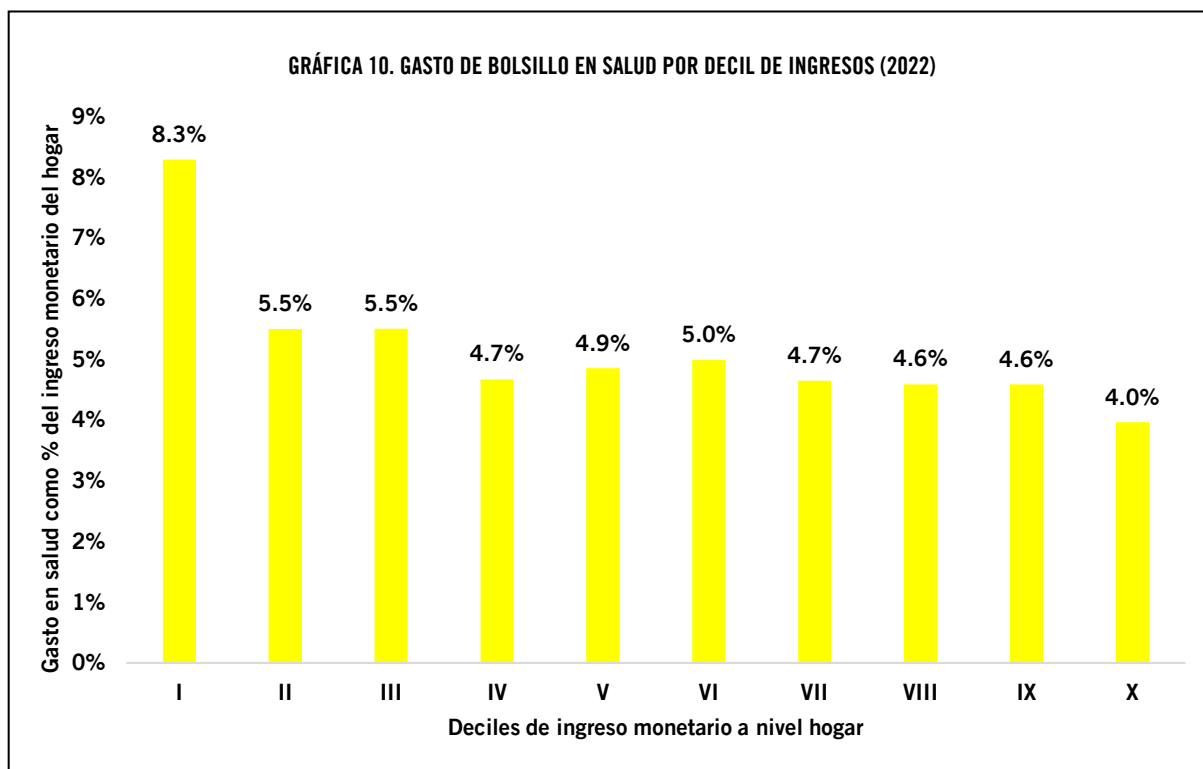
175 Para estos indicadores, la ENDES y el INEI sólo reportan mujeres, ya que las preguntas del cuestionario de se aplica sólo a este grupo demográfico

176 Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones*, <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta> (Consultado el 24 de mayo de 2024)

177 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Patricia (seudónimo), usuaria de EsSalud, Ayacucho, septiembre 2023

178 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, *Perú: Objetivos de Desarrollo Sustentable: 3 Salud y Bienestar*, <https://peru.un.org/es/sdgs/3/key-activities> (Consultado el 25 de mayo de 2024)

179 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-ena-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).



El porcentaje del gasto de bolsillo con respecto a los ingresos es mayor en hogares más pobres que en hogares más ricos. Cálculos realizados sólo para niveles de gasto positivos. Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estadistica-e-informatica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

Para hacer un análisis en materia de desigualdad, Amnistía Internacional estimó, con base en la ENAHO 2022, el ingreso total neto de los hogares por deciles.¹⁸⁰ Como se muestra en la Gráfica 10, el 10% de menores ingresos gasta un porcentaje mayor de su ingreso en salud (8.3%) que los restantes grupos de ingreso, muy cerca del umbral del 10% considerado dentro del rango inferior mencionado al inicio de la sección que la OPS y OMS establecen como gasto catastrófico. Al mismo tiempo el 10% de mayores ingresos gasta sólo 4% de sus ingresos monetarios en el mismo rubro.¹⁸¹ Esto contraviene lo señalado en la Observación General sobre el principio de equidad, que señala que “sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada en comparación con los hogares más ricos.”¹⁸² En este caso, se presenta evidencia de que los hogares de menores ingresos (i.e. más pobres) gastan más en salud como proporción de sus ingresos que aquellos de mayores ingresos (i.e. los más ricos).

De acuerdo con estimaciones del Consorcio de Investigación Económica y Social con la Universidad Nacional del Callao utilizando la ENAHO, más del 60% del gasto total en medicinas proviene de gasto de bolsillo, y sólo alrededor del 10% de seguros de salud. El gasto de bolsillo es menor para los rubros de consultas y hospitalización (alrededor del 40%), donde la mayoría del gasto proviene de los seguros, de subsidios públicos y transferencias privadas.¹⁸³

¹⁸⁰ Los deciles de ingreso monetario organizan a la población en diez grupos, siendo I el 10% más pobre y X el 10% más rico.

¹⁸¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estadistica-e-informatica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

¹⁸² Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 14.

¹⁸³ Hans Lavilla, *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud*, Consorcio de Investigación Económica y Social / Universidad del Callao, 2012, https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/empobrecimiento_por_gasto_de_bolsillo_en_salud_0.pdf

Esta situación afecta a millones de beneficiarios del Perú, incluso aquellas personas que tienen seguros privados. Amnistía Internacional entrevistó una usuaria de seguro privado, quien compartió su experiencia al tener que verificar los gastos y costos de su operación mientras se recuperaba de la misma para ver cuánto cubría el seguro:

“Me pusieron una malla en la vejiga. Yo entro a las 11 de la noche. Entonces me dan mi presupuesto de nuevo, pero estaba yo en emergencias y le digo “pero yo he hablado miles de veces, esto no va porque costaba- ponte- como 8,000 soles (USD2,142), 9,000 soles (USD2,410)”. Me dicen que eso no lo cubre mi seguro. Entonces, me informan eso cuando ya me operaron, ya la segunda noche yo pedí ver bien el presupuesto la doctora me pregunta “¿Qué pasó, señora?” le respondo “mira, esto del precio”. Ella me contesta “usted no se preocupe que yo lo manejo, me dijo”. Tanta cosa de fundirme la paciencia, ¿Para qué? Tuve que pagar finalmente un porcentaje y no todo ya, pero dime, ¿Para qué hacer eso? No tengo que estar atrás ahí de ellos.”¹⁸⁴

Aunque la automedicación tiene muchos factores como la disponibilidad de instalaciones o medicina, un problema detectado a través de las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional es la relación entre la automedicación en contextos de precariedad económica y el gasto de bolsillo. La relación entre ambos conceptos se manifiesta cuando la falta de acceso a servicios de salud o la escasez de medicamentos en establecimientos públicos lleva a las personas a buscar soluciones por sí mismas en farmacias externas. Amnistía Internacional recopiló testimonios en el grupo focal de la comunidad Shipiba que mencionan la automedicación por medios caseros como una opción antes el costo en la adquisición de medicinas y la imposibilidad de realizar estos gastos en un contexto de precariedad económica:

“En la posta no hay todos los medicamentos, nos recetan y no hay, en la farmacia nos sale el doble, muchas veces dejamos de ir a la farmacia porque es demasiado, no tenemos un buen ingreso entonces, tenemos que comer, ¿no? No podemos gastar siempre en la farmacia, por eso no vamos a un centro de salud siempre, nos tratamos en casa.”¹⁸⁵

De acuerdo con la ENAHO 2022, mientras que el 57% de los enfermos pertenecientes al 10% de menores ingresos se automedicó, sólo el 41% del 10% de mayores ingresos lo hizo.¹⁸⁶ La automedicación se presenta como una estrategia de afrontamiento en contextos donde los servicios de salud no son fácilmente accesibles o no cumplen con las necesidades de la población. En la Comunidad Shipiba, varias mujeres usuarias del SIS comentaron la preferencia por atender a la farmacia en oposición a los establecimientos públicos de primer nivel:

“Llevé a mi hija a la posta, ya que le di paracetamol y no le curó. Llego, y me dicen que ya están saturados, llamo y nadie me contesta. Antes de la pandemia era un poco mejor, pero ahora los que trabajan allí tienen un límite, y no atienden más después. ¿Qué hacemos? ¿Voy de emergencia, los van a dejar morir? Yo ya no voy a la posta. Yo ya calculo lo que debo darles y voy a la farmacia y compro o preparo una medicina en casa, por ejemplo, ajos, limón, aceite. Qué hago si cuando me voy me dan esa respuesta en un centro de salud, donde deberíamos estar atendidos como se debe, es indignante.”¹⁸⁷

184 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Nelly (seudónimo), usuaria de seguro privado, Lima, abril 2023

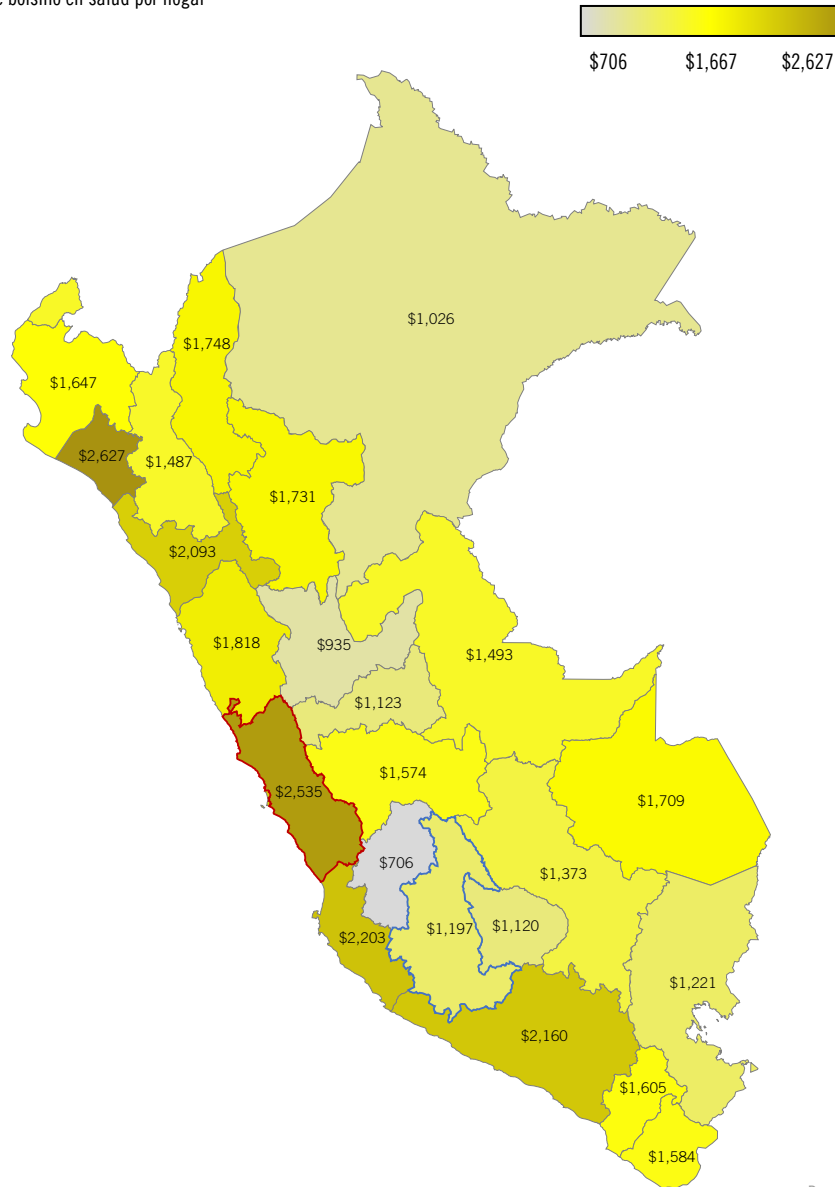
185 Grupo focal de Amnistía Internacional con la participación de Esmeralda (seudónimo), usuaria del SIS, Comunicad Shipiba Coninba, Lima, abril 2023

186 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enafo-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

187 Grupo focal de Amnistía Internacional con la participación de Claudia (seudónimo), usuaria del SIS, Comunicad Shipiba Coninba, Lima, abril 2023

MAPA 6. GASTO DE BOLSILLO TRIMESTRAL PROMEDIO POR HOGAR EN SOLES (PEN), 2022

Gasto de bolsillo en salud por hogar

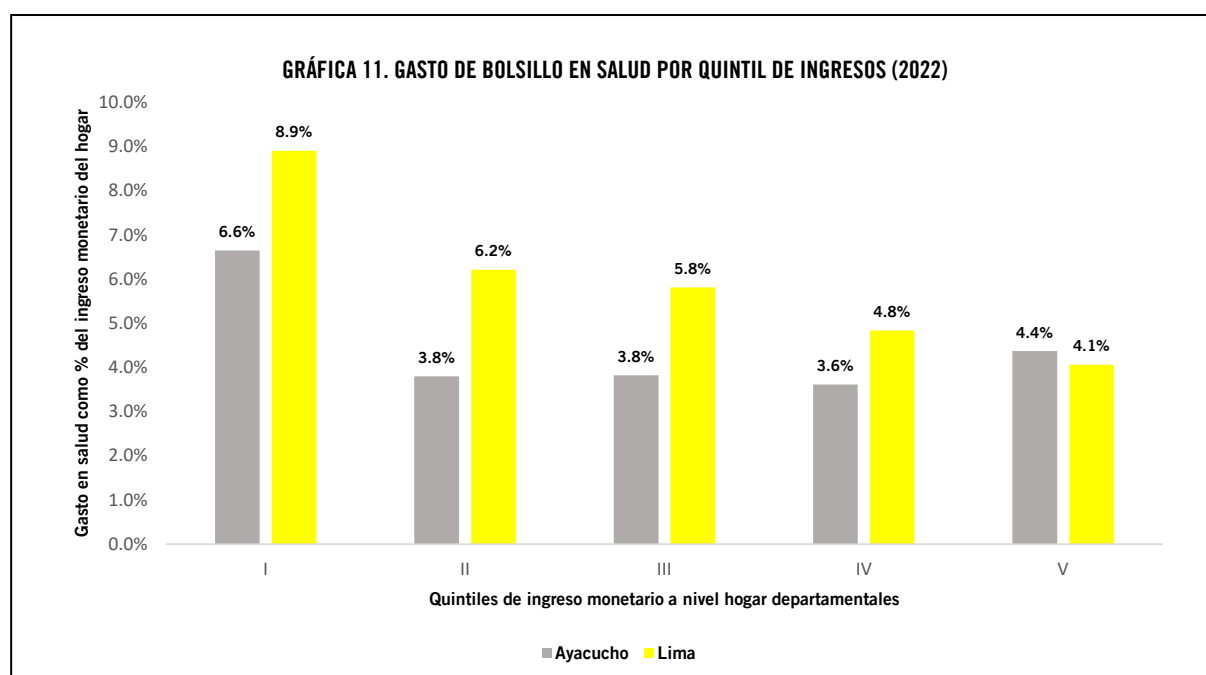


Powered by Bing
© Microsoft, OpenStreetMap

El departamento de Perú y de Ayacucho se marcan con colores rojo y azul, respectivamente Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enafo-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393>, (Consultado el 13 de mayo de 2024).

Amnistía Internacional calculó el gasto de bolsillo trimestral por hogar a nivel departamental. Como lo muestra el Mapa 6, Lima es el departamento donde es más caro realizar gastos de bolsillo de salud,¹⁸⁸ mientras que otras zonas como Huanca-velica y Huánuco tienen menores gastos, aunque en los cálculos realizados en todas las zonas el porcentaje de los ingresos monetarios que representaban estos gastos era similar, entre el 3% y 4% en promedio,¹⁸⁹ por lo que se puede inferir un diferencial significativo en los precios regionales, que pueden estar en función de los ingresos de cada departamento.

A pesar de ello, al analizar el gasto de bolsillo como porcentaje de los deciles nacionales de ingresos a nivel hogar en los casos de interés, Ayacucho y Lima, se encuentra que, en ambos casos, el 10% más pobre de la población nacional que vive ahí enfrenta gastos mayores que el 10% más rico como porcentaje del ingreso del hogar.¹⁹⁰ Es de particular importancia notar que el 10% más pobre que vive en Lima- comunidades similares a las de Shipiba entrevistadas- gastan en promedio 25% de sus ingresos, lo cual los pone en peligro de tener gasto catastrófico y persistencia en los niveles de pobreza. Ello es consistente con las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional, donde se comenta que se prefiere la automedicación o la farmacia local en la mayoría de los casos.¹⁹¹



El porcentaje del gasto de bolsillo con respecto a los ingresos es mayor en hogares más pobres que en hogares más ricos. Cálculos realizados sólo para niveles de gasto positivos. A diferencia de la Gráfica 10, se integran en quintiles en vez de deciles para aumentar la precisión estadística dado el tamaño de muestra. Las estimaciones del decil I y III de Ayacucho tienen precisión moderada. Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

188 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

189 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

190 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

191 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

Como se muestra en la Gráfica 11, Amnistía Internacional realizó el mismo ejercicio estadístico para los departamentos de Ayacucho y Lima, calculando el gasto de bolsillo a nivel hogar como porcentaje de los ingresos monetarios ordenando los hogares por sus quintiles de ingreso a nivel departamental. Al igual que las estimaciones a nivel nacional, se encuentra que los deciles de ingreso más pobre gastan en promedio un porcentaje mayor de su ingreso que los deciles más ricos, por lo que se confirma que también a nivel departamental el gasto de bolsillo es inequitativo.¹⁹²

Con la evidencia cualitativa y cuantitativa mostrada, Amnistía Internacional encuentra que, en materia de acceso económico, no se cumple el principio de equidad, ya que los hogares más pobres enfrentan mayores gastos en proporción a sus ingresos y que, además, la falta de disponibilidad de medicamentos que tendrían, por ley, que ser gratuitos, tiene como consecuencia un gasto extraordinario por parte de los hogares en Perú.



Foto 8: Persona en silla de ruedas recibe apoyo para ingresar al Hospital Maria Auxiliadora, de MINSA, en Lima. Crédito: Alfo Silva Santisteban

4.2.3 NO DISCRIMINACIÓN

Como lo menciona la Observación General 14,¹⁹³ la dimensión de accesibilidad contempla un componente de no discriminación en el acceso y la prestación de los servicios de salud. Amnistía Internacional identificó cómo las prestaciones diferenciadas a distintos grupos de población marcan, hoy en día, la forma en que el estado peruano pretende garantizar este derecho. Un componente analizado previamente es la diferenciación en el acceso de diferentes grupos

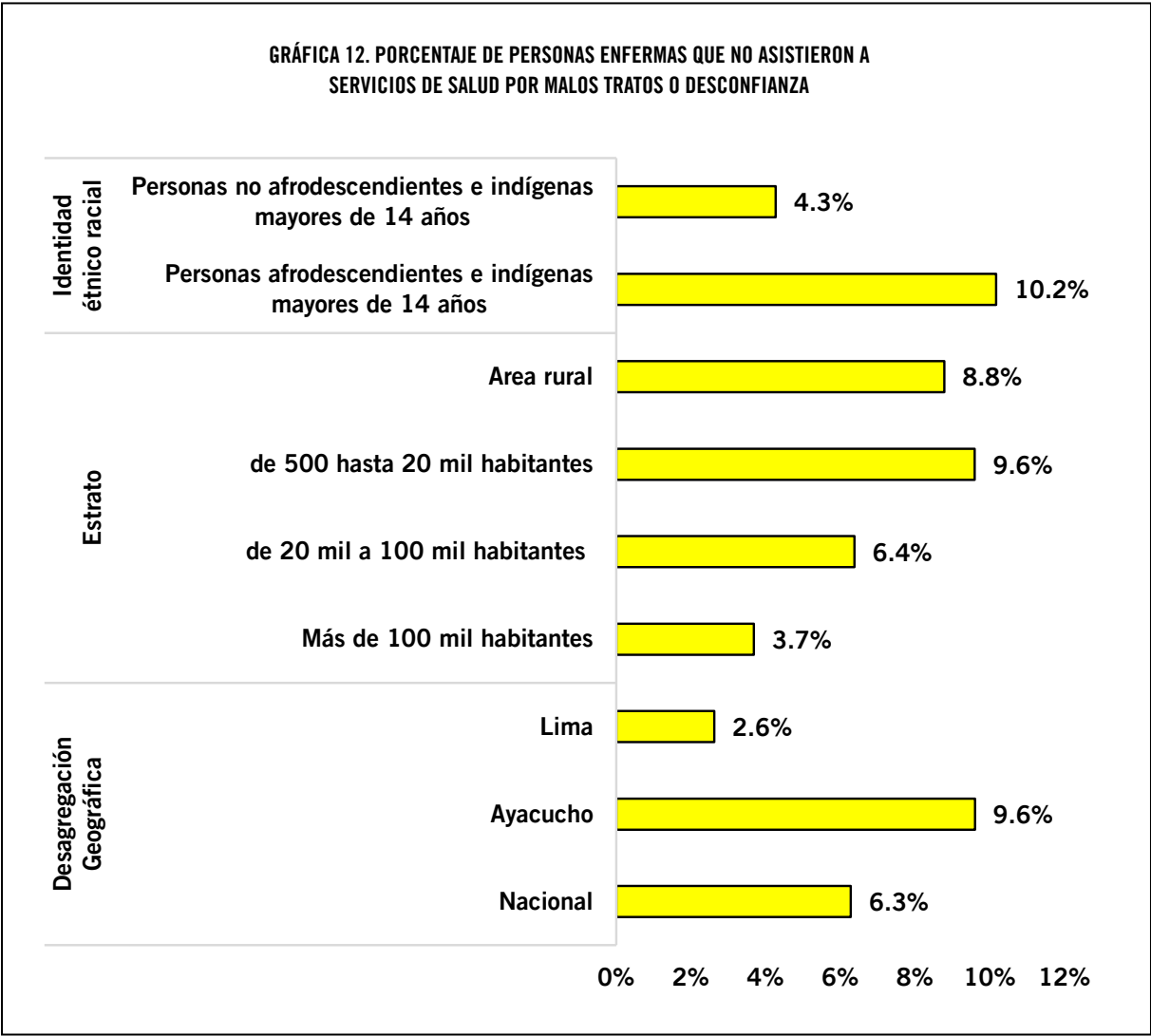
192 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enah-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

193 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso b.

socioeconómicos a los servicios de salud, donde la mayoría de la población de menores ingresos y sin seguridad social contributiva accede a través del SIS, y donde se reporta que el gasto de bolsillo que realizan los hogares no cumple con el principio de equidad.

Además de la dimensión económica, en particular, la organización detectó aspectos discriminatorios por motivos de género, raciales y geográficos, que se analizan en el marco de otras dimensiones del derecho a la salud como la disponibilidad, la accesibilidad física, la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud, que serán analizados en cada uno de estos apartados de manera específica.

Asimismo, la situación particular de las personas heridas en las protestas sociales en Ayacucho será analizada en el siguiente capítulo.



Las personas que se identifican como afrodescendientes e indígenas y las que viven en comunidades pequeñas suelen reportar más como razón de no asistencia a los servicios de salud malos tratos o desconfianza. En el caso de los estratos y la auto identificación, se integran las categorías originales de dichas variables en la ENAHO para lograr estimaciones puntuales más precisas Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93> , Consultado el 13 de mayo de 2024.

Como lo muestra la Gráfica 12, de acuerdo con la ENAHO 2022, el 6.3% de las personas en Perú que enfermaron y no buscaron asistencia médica fue por malos tratos o desconfianza. Estos porcentajes son más altos para zonas rurales, para Ayacucho y para personas que se auto identifican como afrodescendientes o indígenas.¹⁹⁴ Amnistía Internacional encuentra que existen brechas significativas que confirman de manera general la correlación entre vivir en cierta región, pertenecer a cierto grupo social (campesinos en zonas más rurales) o ser una persona racializada, y no usar los servicios médicos por estas razones.

De acuerdo con la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, un reto permanente de los servicios de salud es la falta de empatía en la información sobre salud pública su difusión y es “que esta no tenga en cuenta las estructuras más amplias de opresión, desconfianza, realidades vividas e historias de las personas.”¹⁹⁵ De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Percepciones sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico-racial elaborada por el Ministerio de Cultura de Perú, el lugar más común donde las personas sufrieron algún tipo de discriminación es en los hospitales públicos o postas, donde el 22% de las personas encuestadas señalan haber sido discriminadas; de acuerdo con la misma encuesta, la discriminación en hospitales, comisarías y municipalidades se da a través de negación de la atención o falta de atención.¹⁹⁶

Adicionalmente, de acuerdo con las conclusiones del noveno informe periódico de Perú del Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer, una de las recomendaciones al Estado es llevar a cabo “más programas inclusivos de concienciación para que las mujeres y las niñas, y en particular las de los grupos marginados, puedan tener acceso de manera confidencial a métodos anticonceptivos modernos e información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular sobre su derecho a decidir con autonomía, y elimine las actitudes y los estereotipos de género discriminatorios con respecto a la sexualidad de las mujeres y las niñas.”¹⁹⁷

En materia de barreras en el acceso a salud de las mujeres, de acuerdo con la ENDES 2022, el 37.3% de las mujeres entre 15 a 49 años reportaron como uno de los principales problemas de acceso a los servicios de salud el no querer ir sola al centro de salud; en la misma línea, el 43.2% señaló como barrera el que no haya personal médico femenino.¹⁹⁸ Si bien estas preocupaciones no muestran una violación directa del Estado en sus obligaciones en materia del marco internacional de los derechos humanos, los resultados de la encuesta revelan una falta de confianza de las mujeres entrevistadas en la prestación de servicios de salud, lo cual podría representar un fallo de parte del estado en proveer un abordaje con un enfoque de género.

Por otro lado, de acuerdo con la ENDES 2022, el 5.9% de las mujeres entre 15 y 49 años reportan necesidades insatisfechas de servicios de planificación familiar. Este porcentaje de demanda insatisfecha es más alto para personas que se autoidentifican como indígenas (6.9%), en comparación a las mujeres que se autoidentifican como blancas o mestizas (5.4%), y mucho mayor para personas cuya lengua materna es una lengua indígena (7.7%).¹⁹⁹

De acuerdo con la Observación General 22, dentro de la obligación por parte del Estado de proteger, se encuentra “velar por que los adolescentes tengan pleno acceso a información adecuada sobre la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar y los anticonceptivos, los riesgos del embarazo precoz y la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/SIDA.”²⁰⁰ En la misma línea, la misma Observación señala que, en materia

194 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enafo-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

195 Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Organización de las Naciones Unidas, Informe A/77/197: Racismo y el derecho a la Salud, párrafo 53.

196 Ministerio de Cultura, *Encuesta Nacional sobre Percepciones sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico-racial*, 2018, <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/i-encuesta-nacional-percepciones-y-actitudes-sobre-diversidad-cultural-y>

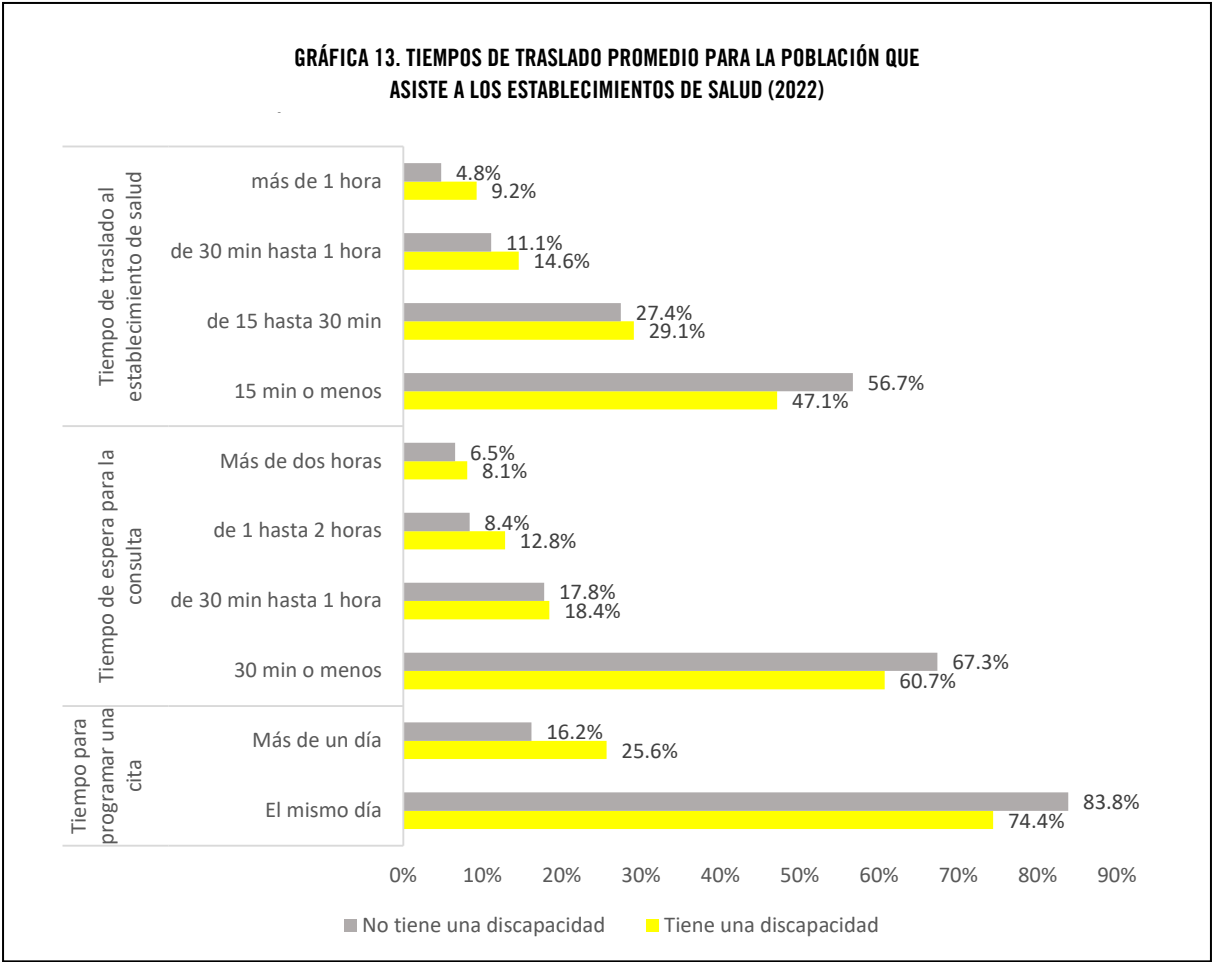
197 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico del Perú, 1 de marzo de 2022, párrafo 38 inciso d.

198 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), “Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2022-Nacional y Departamental”, 2023, https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf, pp. 175.

199 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), “Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2022-Nacional y Departamental”, 2023, https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf, pp. 139-141.

200 Comité DESC, Observación General 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (citado previamente), párrafo 44.

de acceso a la información, “todas las personas y grupos tienen el derecho a recibir información con base empírica” sobre la planificación familiar “de una manera compatible con las necesidades de la persona y la comunidad, tomando en consideración, por ejemplo, la edad, el género, los conocimientos lingüísticos, el nivel educativo, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género y la condición de intersexualidad.”²⁰¹



Las personas que reportan vivir con alguna discapacidad física o mental reportan tener mayores tiempos de espera en diversas etapas del acceso a los servicios de salud que la población que no tiene ninguna discapacidad. La estimación para personas con discapacidad en tiempos de traslado mayores a una hora tiene una precisión moderada. Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la ENAHO 2022, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93>, Consultado el 24 de julio de 2024.

Como lo muestra la Gráfica 13, Amnistía Internacional analizó las barreras de acceso a los servicios de salud con base en la ENAHO 2022 para la población que reporta tener una discapacidad física o mental permanente, encontrando que los pacientes que tienen una condición de discapacidad suelen tener tiempos de espera más largos para programar una cita, esperando para entrar a la consulta y para trasladarse al establecimiento de salud. Esto tiene implicaciones importantes en otras dimensiones del derecho a la salud que están relacionadas con el acceso físico y económico, ya que de acuerdo con la misma encuesta el 7% de las personas por discapacidad reportaron no ir a establecimientos de

201 Comité DESC, Observación General 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (citado previamente), párrafo 18-19.

salud frente a sólo 4.5% de las personas sin ninguna discapacidad, mientras que el 7.6% de las personas que viven con una discapacidad también señalaron que la distancia fue la razón por la cual no accedieron a servicios de salud frente a sólo 4.4% para la población sin discapacidad.²⁰²

Las barreras de accesibilidad para diferentes grupos sociales están estrechamente relacionadas con las otras dimensiones del derecho a la salud. Mientras que los problemas estructurales que arrojan las encuestas de hogar en la dimensión étnico-racial y geográfica reflejan temas de malos tratos desconfianza, la dimensión de género es una combinación de desigualdades interseccionales (como por ejemplo, la falta de acceso a servicios de planificación familiar de mujeres indígenas y de aceptabilidad y calidad – como se verá en los siguientes aparatos. Finalmente, las personas que viven con alguna discapacidad permanente tienen brechas en indicadores vinculados con el acceso físico.

4.3 CALIDAD

De acuerdo con la Observación General 14 del Comité DESC “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.”²⁰³

De acuerdo con la OMS, los criterios generales para analizar la calidad de los servicios de salud son “efectividad en la provisión de servicios basados en evidencia científica, seguridad para evitar generar daños en los pacientes, y provisión basada en el paciente, tomando en cuenta los valores, preferencias y necesidades de las personas.”²⁰⁴ Algunos elementos relevantes evaluando el servicio son los tiempos de espera, la equidad en la provisión, la integración de estos y la eficiencia.²⁰⁵

En las secciones pasadas se han abordado los temas de tiempos de espera y la equidad como consecuencia de la falta de accesibilidad. En este capítulo se abordarán otras dimensiones de la calidad del servicio tomando como referencia el diagnóstico global de calidad en servicios de salud realizado por la OMS, Banco Mundial y la OCDE.²⁰⁶ Particularmente, en línea con la Observación General 14 se retomarán los siguientes estándares de calidad centrados en la provisión centrada en el paciente (“people-centered care”):

1. “continuidad desde la prevención de la enfermedad hasta paliativos, entre servicios (por ejemplo, cuidados intensivos y radiología) y entre niveles de atención (primario / secundario / terciario) a lo largo del ciclo de vida.”²⁰⁷
2. “coordinación entre diferentes entornos de atención, en formas que atiendan las necesidades particulares de las personas y los proveedores de salud.”²⁰⁸

202 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE), *Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2022*, estimaciones realizadas con los micro datos, <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enah-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393> (Consultado el 13 de mayo de 2024).

203 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso d.

204 Organización Mundial de la Salud, *Quality of Care*, https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 (Consultado el 27 de mayo de 2024).

205 OMS, *Quality of Care*, https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 (Consultado el 27 de mayo de 2024).

206 OMS/Banco Mundial/ OCDE. *Delivering Quality Health Services*, 2018, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1> (Consultado el 27 de mayo de 2024).

207 OMS, *Quality of Care*, https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 (Consultado el 27 de mayo de 2024). OMS/ Banco Mundial/ OCDE, *Delivering Quality Health Services*, 2018, página 53, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1> (Consultado el 27 de mayo de 2024).

208 OMS/Banco Mundial/ OCDE, *Delivering Quality Health Services*, 2018, página 53. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1> (Consultado el 27 de mayo de 2024).

3. “integralidad que amplie el abanico de opciones de cuidado de la salud- desde promoción de la salud hasta cuidado paliativo- accesible para el uso de personas y comunidades.”²⁰⁹

Amnistía Internacional obtuvo testimonios que describen problemas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades como el cáncer. Este fenómeno no sólo se encuentra presente en el sector público, sino también para los usuarios del sector privado. Una entrevista realizada a una paciente que acudió a una clínica por razones ginecológicas señaló que en una clínica privada que formaba parte de la red de centros de salud de su plan no encontró ni la atención ni los servicios adecuados, por lo que tuvo que acudir a otras opciones fuera de su plan con sus propios ingresos:

“El dolor ya empezó a agudizarse, o sea, yo me sentía mal, no podía caminar, me comencé a encorvar del dolor. Entonces, al toque me fui al centro de imágenes oncológicas, está por San Isidro, Miraflores y de verdad que otra cosa. Tuve que pagar, pero era urgente.”²¹⁰

Al respecto, la Observación General 22 señala la obligación de los Estados Parte de tomar medidas que tengan como objetivo “la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, los cánceres del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, en particular con medicamentos genéricos.”²¹¹ El concepto de provisión centrada en el paciente (“people-centered care”) implica los esfuerzos de coordinación e integralidad en el tratamiento de diversas enfermedades. De acuerdo con la OMS/Banco Mundial / OCDE, “Cuando los sistemas sanitarios tienen dificultades para prestar una atención centrada en las personas suele ser porque los servicios siguen haciendo demasiado hincapié en el tratamiento de enfermedades individuales, en lugar de prevenir la enfermedad o promover una mejor salud y bienestar. El sistema prioriza la atención especializada para su inversión y concentración de recursos.”²¹²

De acuerdo con la “Guía para la Detección y Tratamiento de lesiones cervicales para la prevención del cáncer” de la OMS, la edad recomendada para realizar pruebas de detección es a partir de los 30 años, con periodos de monitoreo regulares cada cinco a 10 años.²¹³ En el mismo documento, se presenta evidencia de que en los países donde existe detección de este padecimiento, la prevalencia de mujeres mayores de 50 años con cáncer cérvico uterino fue menor que en países donde no existen estos mecanismos.²¹⁴

En el caso de Perú, la incidencia de cáncer de cuello uterino ajustada por edad es de 25.7 casos por cada 100 mil mujeres,²¹⁵ cifra por arriba del promedio mundial de 14.1 casos.²¹⁶ Es la segunda causa de mortalidad en el Perú y lo coloca como el sexto lugar con mayor incidencia de mujeres con cáncer de cuello uterino detectado en la región con datos comparables a 2020.²¹⁷ De acuerdo con la “Guía práctica Clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero” el protocolo de detección y monitoreo tiene como rango de edad de referencia mujeres de entre 30 y 49 años.²¹⁸

209 OMS/Banco Mundial/ OCDE, *Delivering Quality Health Services*, 2018, página 53, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1> (Consultado el 27 de mayo de 2024)

210 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Paola (seudónimo), usuaria de seguro privado, Lima, abril 2023.

211 Comité DESC, Observación General 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (citado previamente), párrafo 45.

212 OMS/Banco Mundial/ OCDE, *Delivering Quality Health Services*, 2018, página 53, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1> (Consultado el 27 de mayo de 2024)

213 OMS, *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: second edition*, 2021, World Health Organization, página 26.

214 OMS, *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: second edition*, 2021, World Health Organization, página 29.

215 OMS, “Noncommunicable Disease Surveillance, Monitoring and Reporting: Cervical cancer country profiles”, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/cxca/cxca-profiles/cxca-profiles-en.pdf?sfvrsn=d65f786_23&download=true, (Consultado el 15 de julio de 2024).

216 World Cancer Research Fund International, “Cervical cancer statistics”, <https://www.wcrf.org/cancer-trends/cervical-cancer-statistics/>, (Consultado el 15 de julio de 2024).

217 OMS, “Noncommunicable Disease Surveillance, Monitoring and Reporting: Cervical cancer country profiles”, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/cxca/cxca-profiles/cxca-profiles-en.pdf?sfvrsn=d65f786_23&download=true, (Consultado el 15 de julio de 2024).

218 Ministerio de Salud, *Guía práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino*, 2017, pp. 26-27.



Foto 9 y 10: Una clínica privada en Lima (arriba) y Centro de Salud Yanamilla de MINSA en Ayacucho (abajo). La desigualdad en Perú se refleja también en la infraestructura de salud.
Foto 9: Crédito: Alfo Silva Santisteban
Foto 10: Crédito: Joseph Durand Araujo

DERECHO A LA SALUD, PRIVILEGIO DE POCOS

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD EN PERÚ DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS
Amnistía Internacional

Aunque la incidencia de esta enfermedad es multifactorial y depende de diversas variables- incluyendo la edad- diversos estudios documentan efectos positivos de la detección y monitoreo en la mortalidad y la incidencia del cáncer de este tipo. De acuerdo con un estudio de datos panel a nivel internacional, un estudio del European Journal of Cancer encuentra que aquellos países que han tenido monitoreo y detección efectivo durante largos periodos de tiempo han logrado reducir en el tiempo un incremento en el riesgo de cáncer de cuello uterino, mientras que países sin monitoreo han visto un aumento en dicha tendencia.²¹⁹ Un estudio de casos y controles anidados en Inglaterra²²⁰ con información del NHS Cervical Screening Programme estimó que un monitoreo y detección regular en mujeres de entre 35 y 65 años está asociado a una reducción del 67% en cáncer etapa A1 y una caída del 95% en etapa 3.²²¹

De acuerdo con información del Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones, sólo el 44% de las mujeres entre 30 y 59 años se han realizado la prueba de papanicolau²²² en los últimos tres años. De acuerdo con el Mapa 7, mientras que el departamento de Lima es uno de los más altos en este indicador, sólo el 50% de las mujeres se han realizado este estudio. Amnistía Internacional encuentra brechas importantes a nivel departamental en materia de acciones preventivas de salud, y en particular de la salud de las mujeres. Un estudio publicado en el Annals of Global Health en 2021 encuentra que en Perú unas de las barreras más importantes para atender el cáncer de cuello uterino es la distribución desigual de infraestructura y personal de salud (ver apartado de disponibilidad) así como falta de seguimiento a pacientes.²²³

De acuerdo con el Mapa 7, el porcentaje de mujeres que no se han realizado el Papanicolau en los últimos tres años es más bajo en diversas zonas de la región selva en el este, que también tienen un menor número de establecimientos de nivel de atención secundaria y terciaria. Al respecto, es importante señalar que el Estado tiene la obligación de tomar “medidas para erradicar los obstáculos prácticos a la plena efectividad del derecho a la salud sexual y reproductiva, como los costos desproporcionados y la falta de acceso físico o geográfico a la atención de la salud sexual y reproductiva.”²²⁴

En el acceso al derecho a la salud para las mujeres, la Observación General 14 señala que “para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.”²²⁵

219 Salvatore Vaccarella, Joannie Lortet-Tieulent, Martyn Plummer, Silvia Franceschi, Freddie Bray, *Worldwide trends in cervical cancer incidence: Impact of screening against changes in disease risk factors*, European Journal of Cancer Volume 49 Issue 15, 2013, pp. 3262-3273.

220 Rebecca Landy, Francesca Pesola, Alejandra Castañón, Peter Sasieni, *Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study*, British Journal of Cancer 115, 2016, pp. 1140-1146.

221 La etapa A1 es cuando las células cancerígenas sólo pueden observarse en microscopio y son imperceptibles, mientras que la etapa 3 es cuando el tumor se ha extendido a otros tejidos y órganos adyacentes.

222 Es un examen para prevenir y detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino, también llamado citología vaginal.

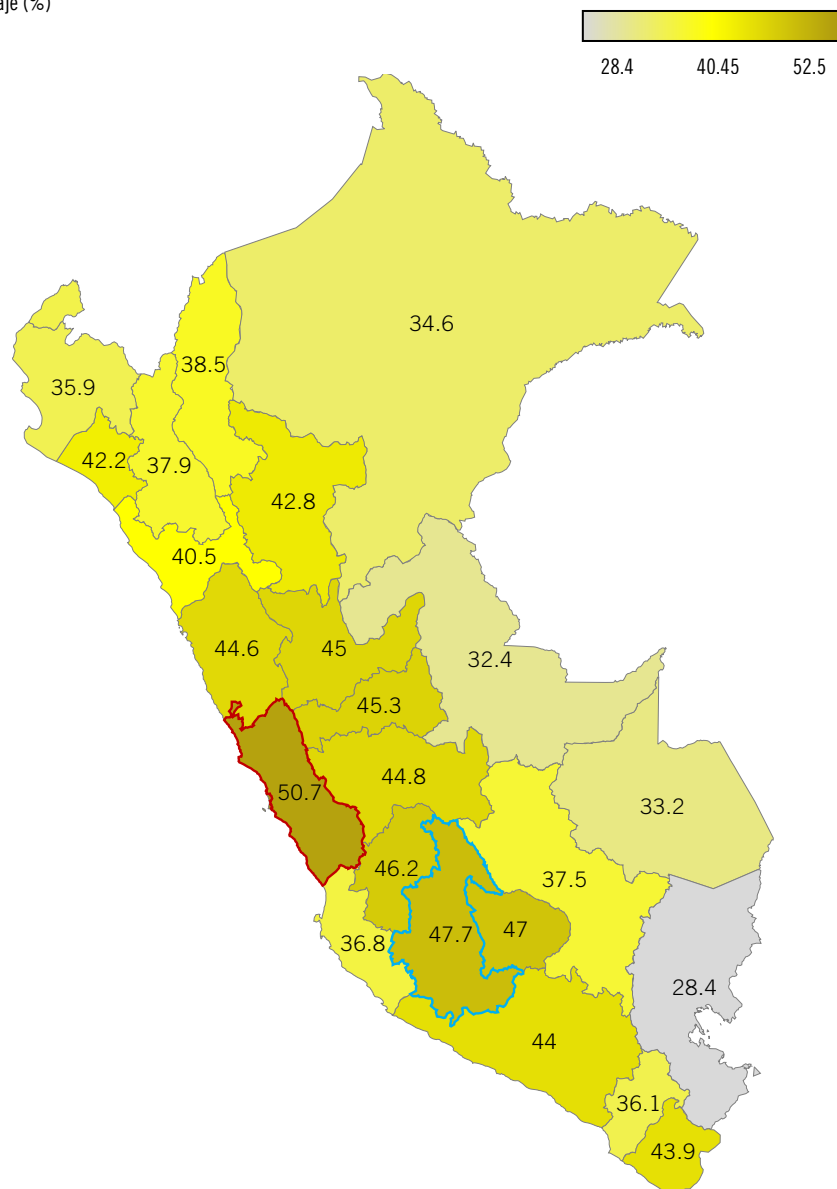
223 Andrea Thoumi et al, *Policy Considerations to Promote Equitable Cervical Cancer Screening and Treatment in Peru*. Annals of Global Health Num. 87(1), 2021.

224 Comité DESC, Observación General 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (citado previamente), párrafo 46.

225 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso d.

MAPA 7. PORCENTAJE DE MUJERES DE 30 A 59 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO PAPANICOLAU EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS, 2022

Porcentaje (%)



Powered by Bing
© Microsoft, OpenStreetMap

El departamento de Perú y de Ayacucho se marcan con colores rojo y dorado, respectivamente. Fuente: Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones, <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta>, (Consultado el 24 de mayo de 2024).

Amnistía Internacional entrevistó a Alondra, una usuaria de EsSalud en Lima y una de las representantes del colectivo “Los pacientes importan”,²²⁶ grupo de pacientes con enfermedades raras y huérfanas (ERH). Una de las preocupaciones de Alondra era cómo la carga de los gastos de bolsillo se intensifica aún más en el contexto de las ERH, presentando un desafío adicional para los pacientes afectados. En este escenario, la disponibilidad limitada de medicamentos y tratamientos especializados a menudo obliga a los afectados y sus familias a recurrir a recursos financieros no planificados para adquirir los tratamientos necesarios en farmacias y medios externos. El caso de disponibilidad de servicios médicos de calidad para las ERH conecta las realidades en materia de salud entre los dos departamentos de estudio del presente reporte, y las brechas de disponibilidad que existen:

“Mire, yo soy paciente de hipertensión pulmonar, para que se entienda el contexto. Yo estuve muy mal hace más o menos 7 años de la hipertensión pulmonar. Es una enfermedad mortal que, si en 3 años no tienes acceso a tratamiento, pues te mueres. Yo estuve con oxígeno, estuve en cama. Yo trabajaba y soy de Ayacucho, no soy de Lima. Tuve que mudarme a Lima por temas de salud, ya que estuve mal dejé de trabajar y solicité la pensión por incapacidad laboral. Entonces, con esa pensión que yo tengo de ahí me descuentan para el tema de salud.”²²⁷

A pesar de que uno de los criterios de la OMS para evaluar una provisión centrada en el paciente es tener un mecanismo de coordinación que canalicen a los pacientes a los servicios de diagnóstico y atención especializada para enfermedades que requieren de un nivel de atención altamente especializado (tercer nivel),²²⁸ el caso de Alondra muestra la falta de capacitación médica para acompañar a los pacientes, particularmente cuando presentan una condición ERH:

“Lastimosamente, en los servicios públicos a muchos les dicen: ‘ya no hay nada que hacer, así que disfruta de tu vida’. Yo pensaba: ‘hay algo que hacer’. Entonces yo me voy a conseguir esta medicina, la voy a traer. Consíguete la medicina. Entonces es prácticamente como que uno tratara de buscar por su lado lo que necesitas, pero eso no pasa por toda la gente y no todos se arriesgan porque es un riesgo también el buscar medicinas donadas, yo no podría comprar la medicina porque es muy cara, ya que asumir la compra es un promedio en el mejor de los casos, unos USD3,000 mensuales.”²²⁹

De las experiencias compartidas por la representante del colectivo “Los pacientes importan” en las entrevistas a profundidad realizadas por Amnistía Internacional, destacó la lucha constante de los pacientes con ERH para acceder a tratamientos y medicamentos esenciales. Las medidas actuales del Estado parecen insuficientes para abordar de manera integral las necesidades específicas de estos pacientes. A pesar de que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en 2023²³⁰ contenía la hipertensión pulmonar como condición asegurable, Alondra tuvo que trasladarse a Lima en busca de atención médica especializada y gestionar su tratamiento asumiendo enteramente la carga financiera.

Otras personas entrevistadas por Amnistía Internacional manifestaron haber sentido despersonalización del servicio, minimización de sus molestias y, en algunos casos, discriminación. Una paciente oncológica con EsSalud y seguro privado entrevistada por Amnistía Internacional manifestó que, después de sentir ciertas molestias en un seno, los servicios de salud no realizaron todas las acciones requeridas en el protocolo para un oportuno diagnóstico temprano:

226 Para más información del colectivo, se puede consultar el artículo del medio Salud con Lupa de 2021 donde describen su falta de priorización en la pandemia del COVID-19. Disponible <https://saludconlupa.com/noticias/los-pacientes-olvidados-del-proceso-de-vacunacion/> (Consultado el 27 de mayo de 2024)

227 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Alondra (seudónimo), paciente de EsSalud, Lima, abril 2023.

228 OMS/ Banco Mundial/ OCDE, *Delivering Quality Health Services*, 2018, página 53, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1> (Consultado el 27 de mayo de 2024)

229 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Alondra (seudónimo), paciente de EsSalud, Lima, abril 2023.

230 Ministerio de Salud, *Plan Esencial de Aseguramiento: Anexo 1*, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2161732/Anexo%20%28Parte%201%29.pdf?v=1631120997> (Consultado el 24 de mayo de 2024)

“Comencé a sentir una bolita, como algo duro (...) cuando fui a la clínica, el doctor minimizó mi caso por ser una paciente joven, después del examen clínico me dijo que regresara en seis meses. Cuando regresé, recién me hicieron una ecografía y querían dejarme ir, pero yo insistí para que me hagan una biopsia, fue decisión mía, por eso mi queja, deben cambiar protocolos, no se puede hacer una mamografía a partir de los 40.”²³¹

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS²³² y con el manual de EsSalud,²³³ las mamografías por protocolo se realizan en mujeres de 40 a 49 años anualmente basado en factores de riesgo individuales. Sin embargo, este procedimiento es un mecanismo de monitoreo estandarizado que aplica para mujeres asintomáticas. En contraste, de acuerdo con las declaraciones de la paciente, ella acudió a la clínica en vista de que empezó a sentir una protuberancia y molestias y no como un mecanismo de revisión de rutina, ya que manifestó a los doctores que a través de la autoexploración halló molestias y le realizaron un análisis clínico. Del mismo modo, de acuerdo con el mismo documento de EsSalud, la ecografía se recomienda para mujeres menores de 30 años, mientras que la edad de la persona entrevistada al momento de la consulta era de 37 años.

En la misma línea, la “Guía de práctica clínica de cáncer de mama” publicada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del MINSA, señala que el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a partir de los 40 años, aunque sus criterios de diagnóstico señalan que, además del examen clínico de las pacientes, se recomiendan imágenes de mamografía y ecografía, y una biopsia en caso de sospecha.²³⁴ Adicionalmente, otros hospitales como el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador y el Hospital Cayetano Heredia del MINSA señalan como criterios de diagnóstico de imágenes: la mamografía como método diagnóstico principal y la ecografía como complementaria.

En el caso de Perú, un estudio publicado en *The Lancet* con pacientes de cáncer de mama en Perú y México señala que la tardanza en el diagnóstico- desde la primera consulta hasta el diagnóstico- fue la variable más importante en el incremento en los tiempos de atención, en 71% de las pacientes peruanas.²³⁵

Para tener un panorama de las barreras para la calidad desde la perspectiva de las personas profesionales de la salud, Amnistía Internacional entrevistó sobre esta situación a ocho profesionales de la salud y funcionarios públicos en Ayacucho y Lima.

Ante esta problemática, los proveedores de salud entrevistados admiten, por un lado, la tendencia a la deshumanización de los pacientes. Una de las barreras más comunes presentes en las entrevistas fue las condiciones de trabajo de las personas trabajadoras de la salud. Así lo ilustra un testimonio de un funcionario del Instituto Nacional de Salud, quien subrayó que la remuneración, falta de estabilidad laboral y la necesidad de capacitaciones perjudican el compromiso del personal de salud, obligándolo a desenvolverse en diferentes actividades, posiblemente afectando la atención a pacientes.

231 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Rosario (seudónimo), paciente oncológica de seguro privado, Lima, abril 2023.

232 OMS, *WHO Position Paper on Mammography Screening*, 2014, <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/WHO-ENG-Mammography-Factsheet.pdf>, (Consultado el 16 de julio de 2024)

233 EsSalud, *Detección Temprana de Cáncer de mama en EsSalud*, 2016, https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/DIREC_DETECCION_TEMP_CANCER_MAMA.pdf, (Consultado el 16 de julio de 2024)

234 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, *Guía Práctica Clínica del Cáncer de Mama*, 2013, http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072014_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_C%C3%81NCER_DE_MAMA.pdf (Consultado el 16 de julio de 2024)

235 Karla Unger-Saldaña, Manuel Cedano, Ana Burga, Benjamin Anderson, Anya Romanoff, *Delays to diagnosis and barriers to care for breast cancer in Mexico and Peru: a cross sectional study*, *The Lancet Global Health* Vol. 8, 2020.

“Ahora, el otro problema que yo veo, y te lo digo como personal de salud, es que debido a los salarios no le permiten al profesional dedicarse a un trabajo. Los profesionales de salud en Perú usualmente tienen más de dos o tres trabajos. Entonces, esto es distinto de otros sistemas de salud, como el de Inglaterra o Estados Unidos, donde los médicos no necesitan estar trabajando en tres, cuatro sitios diferentes. Entonces lo usual, por ejemplo, para un médico- ya sea EsSalud o del MINSA- trabaja en la mañana y en la tarde se van a hacer una consulta externa. Entonces, la remuneración al personal, la falta de incentivos, capacitaciones se convierten en una barrera, para una mejor atención.”²³⁶

Aunque no se cuentan con datos internacionales comparables para Perú en la OMS o la OPS, Amnistía Internacional calculó que, con base en información periodística sobre las negociaciones salariales de 2023 para personal médico de MINSA, el sueldo de un médico con cinco años de servicio es de aproximadamente 6,624 soles (USD 1,770) al mes.²³⁷ Al comparar estas cifras con los salarios de médicos generales de 2022 y 2021 reportados por la OCDE en dólares corrientes²³⁸ y convertirlos en dólares ajustados por paridad de poder de compra de dichos años, se encuentra que el salario de un profesional médico en Perú (USDPPP 3,717) es casi la mitad que ganaría un médico chileno (USDPPP 7,388), el 55% de lo que ganaría uno costarricense (USDPPP 6,614) y casi el 90% de lo que gana un mexicano (USD 4,075).

Más allá de sus casos particulares, la percepción de las personas usuarias de los sistemas de salud entrevistadas por Amnistía Internacional es de un Estado que no otorga servicios públicos de calidad y en el cual no confían. De hecho, existe una percepción generalizada de que asistir a los servicios públicos implica correr el riesgo de empeorar por los tiempos de espera, que influyen en el tipo de atención y la calidad que se les puede dar si es una emergencia médica o un problema crónico.

Las dimensiones del derecho a la salud son interdependientes, y las barreras en el acceso efectivo son muchas veces la intersección de condiciones estructurales en materia de accesibilidad económica, baja calidad por tiempos de espera, y saturación dada la baja disponibilidad de servicios en algunas zonas del país. Como resultado de estas barreras interconectadas, el sistema de salud no puede ofrecer siempre una perspectiva centrada en el paciente con recursos especializados disponibles.

El caso de Sofía (usuaria de EsSalud, Ayacucho), ilustra la intersección de las barreras estructurales en materia de accesibilidad económica, una baja calidad por tiempos de espera y una disponibilidad baja por saturación:

“Yo tuve un episodio donde en un principio tenía molestias en el oído, hasta que una noche sentí unos mareos fuertes, náuseas terribles a las 2.00 de la mañana. Tomé un taxi y nos fuimos a EsSalud. Ahí me atendieron y me pusieron un suero y unas pastillas y me recomendaron que viera a un otorrino. Me vine a casa, descansé y fui a buscar cita, pero me dijeron que tenía que hacer cola al día siguiente desde las 5 de la mañana. Al día siguiente me fui a un otorrino particular, porque esperar la cita en EsSalud me daba miedo, miedo a empeorar.”²³⁹

236 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Javier (seudónimo), funcionario del Instituto Nacional de Salud Pública, Lima, abril 2023.

237 Ricardo Mc Cubbin, *Aumento de sueldo para médicos: Minsa confirma mejora salarial a partir de diciembre*, <https://www.infobae.com/peru/2023/11/16/aumento-de-sueldo-para-medicos-minsa-confirma-mejora-salarial-a-partir-de-diciembre/> (Consultado el 28 de mayo de 2024)

238 Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (OCDE), *Healthcare Quality Indicators*, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51879> (Consultado el 28 de mayo de 2024).

239 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Sofía (seudónimo), usuaria de EsSalud, Ayacucho, septiembre 2023.

A pregunta expresa sobre la confianza en el sistema de salud público, una de las usuarias en Lima responde concretamente:

“No, por el tiempo no, porque ellos no están para una emergencia cuando uno necesita. El malestar que yo tuve nunca me lo atendieron, aparentemente hay que estar muriéndose, sangrando, para que te atiendan ¿Cómo voy a confiar?”²⁴⁰

En medio de los desafíos del sistema de salud, es fundamental destacar aquellas experiencias positivas que emergen como testimonio de que las mejoras son posibles. Se presenta el caso de una usuaria del Servicio de Salud Mental Comunitario. A través de su relato y vivencias, se explora cómo este servicio ha logrado superar obstáculos, brindando atención de calidad y desafiando las expectativas. Estas experiencias no solo iluminan la capacidad de transformación dentro del ámbito de la salud mental, sino que también ofrecen lecciones valiosas sobre prácticas exitosas que merecen ser destacadas y replicadas en busca de un sistema de salud más eficiente y centrado en las necesidades de los pacientes y de la comunidad.

240 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Esther (seudónimo), usuaria del SIS, Lima, septiembre 2023.

CASO 2:

UNA EXPERIENCIA POSITIVA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Estrella, una joven de 28 años que vive en la ciudad de Lima, compartió su experiencia a Amnistía Internacional sobre sus problemas de salud mental y el tratamiento recibido.²⁴¹

“Sucedó que este año (2023), en marzo, comencé a trabajar para una consultora y me asignaron proyectos en Cusco y Apurímac. Teniendo familia en Cusco, decidí quedarme allí. La idea inicial era quedarme dos meses, pero terminé quedándome tres en total. Al mes de estar allí, enfrenté momentos difíciles, sumados a una situación emocional intensa por el fin de una relación de casi cinco años. Desde el 25 de abril, experimenté episodios de insomnio, ataques de pánico y una profunda tristeza.

Llegó un punto en el que mi hija, al verme así, decidió buscar ayuda. Encontró información sobre centros de salud mental y, en el Día del Trabajador, me propuso ir a ver a un psicólogo. Nos dirigimos a un centro en San Sebastián, y aunque pensábamos que estaría cerrado, nos atendieron. El farmacéutico, al saber de mi situación, gestionó una atención de emergencia. Un psicólogo y un médico de familia me evaluaron, recetaron medicamentos como sertralina, carbonato de litio y clonazepam, y me asignaron a un psicólogo.

No pagué por la atención y también recibí terapia ocupacional. Aunque al principio no me sentía cómoda con actividades como pintar, estas sesiones contribuyeron a mi mejoría. El progreso ha sido significativo en estos dos meses, aunque las emociones siguen siendo una montaña rusa. Ahora estoy en Lima, donde continuaré mi tratamiento con el SIS. Aunque no estoy al 100%, siento un gran avance y la conexión con mi psicólogo es esencial. La opción de teleconsulta facilita el seguimiento del tratamiento y la idea es mantenerme bajo atención médica para garantizar el suministro de mis medicamentos.”.

241 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Estrella (seudónimo), usuaria del SIS, Lima, septiembre 2023.

4.4 ACEPTABILIDAD

“Despersonalización es lo que yo sentí en ese momento. La doctora que yo quería no estaba, y la segunda opción no me gustó. Pero me tocó una doctora que nunca me miró, no me tocó. Me sentí mal.”

Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Marlene (seudónimo), usuaria de seguro privado, Lima, abril 2023. el periodo de la pandemia del COVID-19 en 2020, usuaria del SIS, Lima, abril 2023.

De acuerdo con la Observación General 14 del Comité DESC, los servicios de salud “deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.”²⁴²

En la misma línea, la Observación General 22 del mismo Comité establece como aceptabilidad en los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva que “todos los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva deben ser respetuosos con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y tener en cuenta las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y ciclo vital. Sin embargo, ello no se puede utilizar para justificar la negativa a proporcionar establecimientos, bienes, información y servicios adaptados a grupos específicos.”²⁴³

De acuerdo con el diagnóstico global de calidad en servicios de salud realizado por la OMS, el Banco Mundial y la OCDE, la relación entre el proveedor de servicios de salud y el usuario emerge como un componente esencial, delineando el trayecto hacia una atención efectiva y centrada en las necesidades del paciente. Más allá de la prestación de cuidados médicos, esta interacción implica una buena comunicación y confianza. Esta conexión, que va más allá del acto clínico, se erige como un pilar central para el bienestar integral del paciente. Desde la primera consulta hasta la continuidad del tratamiento, la calidad de la relación proveedor-usuario tiene un impacto directo en la vivencia del usuario y en la eficacia de las intervenciones médicas.²⁴⁴

La Observación General 22 establece sobre la igualdad entre hombres y mujeres y la perspectiva de género que “la experiencia de las mujeres sometidas a discriminación y violencia sistemáticas durante toda su vida requiere una comprensión global del concepto de igualdad de género en el marco del derecho a la salud sexual y reproductiva. La no discriminación por razón de sexo, garantizada en el artículo 2 2) del Pacto, y la igualdad de las mujeres, garantizada en el artículo 3, requieren eliminar no solo la discriminación directa, sino también la indirecta, y asegurar la igualdad formal y sustantiva.”²⁴⁵

²⁴² Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso c.

²⁴³ Comité DESC, Observación General 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (citado previamente), párrafo 20.

²⁴⁴ OMS/ Banco Mundial/ OCDE, *Delivering Quality Health Services*, 2018, página 31, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1> (Consultado el 27 de mayo de 2024)

²⁴⁵ Comité DESC, Observación General 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (citado previamente), párrafo 20.



Foto 11: Farmacia dentro del Hospital del Niño de MINSA en Lima. Los servicios de salud deberían ser sensibles a las necesidades de grupos específicos, como mujeres e infancias.
Crédito: Alfo Silva Santisteban

El marco normativo y regulatorio en Perú contempla en teoría un conjunto de lineamientos y políticas para mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud incluyendo la empatía- un aspecto que se ha manifestado consistentemente en las entrevistas como una barrera al acceso efectivo a los servicios de salud. De acuerdo con el “Modelo de Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida” del MINSA- de aplicación para todos los proveedores de salud- define dentro del concepto de cuidado de la salud la “Acción de proteger, cautelar, preservar, de manera empática, el Derecho a la Salud de los individuos, el entorno familiar y la comunidad en la que vive; estas acciones, pueden ser realizadas por las personas, las organizaciones, la sociedad o el Estado.”²⁴⁶ Adicionalmente en términos de la provisión de servicios, menciona que la provisión de servicios de salud establece que se evaluará en términos de cinco criterios: “fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles.”²⁴⁷

La información estadística disponible más reciente confirma que existe un grado de insatisfacción en los servicios de salud. De acuerdo con un estudio de los Anales de la Facultad de Medicina en Perú utilizando la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud 2014, 2015, 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, el nivel de satisfacción de 2014 a 2016 creció de 70.1% a 73.9%, lo que significa que cerca de una de cada cuatro personas no se encuentra satisfecha con los servicios. El nivel de satisfacción es menor en mujeres (72.6%) frente a hombres (75.8%), personas sin nivel educativo (69.9%) frente a aquellas de nivel superior (75.4%), y en usuarios de SIS y EsSalud (67.7% y 77%, respectivamente) frente a privados (80.9%).²⁴⁸

De acuerdo con los testimonios obtenidos por Amnistía Internacional, existe una percepción de malos tratos y una minimización de las preocupaciones por parte de las mujeres pacientes tanto en el sector privado como público. Tres mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional usuarias de servicios de salud privados mencionaron haberse sentido minimizadas y experimentado un trato no personalizado durante la atención médica. Estos testimonios ofrecen una perspectiva para reflexionar sobre la necesidad de un enfoque de género en el diagnóstico de estos casos.

246 MINSA, *Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida*, página 35, <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>, (Consultado el 18 de julio de 2024)

247 MINSA, *Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida*, página 25, <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>, (Consultado el 18 de julio de 2024)

248 Juan Pablo Murillo, Luciana Bellido-Boza, Percy Huamani-Nahuinlla, Gladys Gamica-Pinazo, *Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016*, Anales de la Facultad de Medicina 80(3), 2019, 288-297

Primero, el caso de Rosario (pseudónimo) presentado en la sección pasada, muestra la relación entre calidad y aceptabilidad, ya que se sintió minimizada por ser joven y manifestar a los doctores molestias y tuvo que insistir para que se realizaran todos los estudios diagnósticos a pesar de no tener 40 años.

En segundo lugar, un testimonio de una paciente oncológica compartido con Amnistía Internacional por medio de las entrevistas muestra la falta de sensibilidad al tema de género y un cuestionamiento por parte del médico tratante, quien realizó preguntas y cuestionó la actividad sexual de la paciente con un claro sesgo discriminatorio, generando inseguridad, falta de confianza e incomodidad por parte de la paciente. Esta mujer entrevistada comparte a Amnistía Internacional su experiencia al realizarse un chequeo ginecológico diez años atrás. Comentó, además, que era primera vez que hablaba abiertamente de este episodio y resaltó lo importancia de poder hacerlo para visibilizar los micro maltratos a los que muchas mujeres pueden ser expuestas en el sistema de salud:

“Me hicieron una mamografía, y el resultado de esa mamografía la tenía que ver el especialista, el oncólogo. Bueno, ahí en el seguro uno pasa, y el doctor nos van llamando. Entonces nos hacen sacarnos el brasier con una batita y realmente estás un poco desprotegida. Incluso el doctor estaba con un estudiante, un interno sería. El doctor me hace una pregunta que nunca me la habían hecho a mí: “Y usted ¿Cuántas?”. Él me mira, y yo no entiendo. Él dice “¿Cuántos encuentros sexuales?”. Entonces yo me sorprendí, pero le contesté, y le dije “una pareja”, porque es la verdad. Me dice: “así dicen, pero después resulta que tiene una, o dos, o tres, o cuatro o cinco, siete”. No lo podía creer, yo estaba roja y con mis pechos al aire. Es horrible lo que sentí. El chico, el que estaba al lado me miraba y parecía que iba a llorar y yo también. Yo no volví y me salí de ahí, por supuesto horrible, no volví nunca más.”²⁴⁹

Finalmente, en el tercer caso reportado por otra paciente en Lima, la comunicación y seguimiento por parte del personal médico causó confusión y preocupación, por lo que la paciente pudo resolver su problema de salud y tener un diagnóstico oportuno, gracias a la intervención de sus familiares:

“Ahora este doctor me dice que pueden ser unos tumores, un cáncer. Le mandé los resultados a mi papá que es médico residente en el extranjero. Los leyó, y me dijo: “Sandra tranquila, trata de sacarte todos los exámenes que te han pedido”. Pero como que tenía sus dudas. En ese momento dije, voy a llamar a un primo que yo tengo, ginecólogo. Él me leyó los resultados y me llamó. Me dijo: “mira, Sandra ¿Sabes qué? ¿Qué te ha dicho el doctor?”. Le conté lo que la ginecóloga me había dicho que me tengo que quedar para que al día siguiente me saque los marcadores tumorales. Él me dijo “sabes que, yo no soy muy devoto de las resonancias, en este caso necesito que te hagas una ecografía”. Pero ya como un especialista oncológico, él me recomendó a uno con el que trabaja. Fui a ese doctor y empezó a hablarme en todo momento, y explicarme: “mira estos acá, estos son tus ovarios, ¿verdad?” Me dejó ver un poquito un poco de inflamación, entonces ya me dijo que traté de descansar y de verdad llegué a mi casa, descansé, ansiosa por esperar a los resultados. Al día siguiente me dijo: “tienes una inflamación, pélvica, una de las trompas las tienes demasiado inflamadas”. Entonces me quedé más tranquila, no era un tema oncológico no era algo como de lo que me imaginaba.”²⁵⁰

249 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Luz (seudónimo), paciente oncológica y usuaria de EsSalud, Ayacucho, septiembre 2023.

250 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Paola (seudónimo), usuaria de EPS, Lima, abril 2023.

Otro tema relacionado con el diagnóstico de cáncer y la aceptabilidad es la percepción por parte una mujer entrevistada por Amnistía Internacional de que al recibir un diagnóstico los servicios no fueron consistentes con la ética médica y que estaban enfocados en que tuviera que gastar de sus ingresos para un tratamiento:

“(...) una doctora, una mujer me dijo cuando me hicieron el papanicolaou “¿Sabes qué? estoy detectando ahí los bultos como que tienen una forma un poco extraña y yo pienso que es cáncer”. Así, de arranque, me dijo y uno, pues que ha vivido toda esa experiencia, me asusté. Esperé a mi hermana llorando y me dijo “la doctora no te puede decir así”. Es más, la doctora me mandó a sacar de frente otras pruebas, unas pruebas que no sé cómo se llaman, pero tiene que ver con las hormonas, que cuando tienes cáncer esas hormonas se liberan y eso había salido alto. Entonces me dijo “te vamos a operar la siguiente semana, son 6,000 soles (USD 1,600), busca tu plata, que cuanto antes tenemos que operar”. Me asustó. Yo pues les conté a mis amigas, mis amigas me dicen que esa doctora a todos les hace lo mismo.”²⁵¹

Otro testimonio de una paciente con problemas ginecológicos que compartió en entrevista con Amnistía internacional revela la percepción de un trato por parte de los doctores que también podría ser considerado, de acuerdo con la OMS,²⁵² no basado en las necesidades del paciente:

“Compré un paquete de maternidad en una clínica particular, pero tuve un parto fallido y el legado no estaba incluido. Tuvimos que pagar 2,000 soles (USD534) y estuve todo el día ahí. Fue muy penoso en realidad, mientras esperaba las contracciones estaban las técnicas y a mí la pastilla que me dieron me cayó super mal y ellas me decían que tenía que estar echada y yo sólo quería vomitar. No sentí empatía. La doctora llegó, pero se fue rápido, fue un poco duro, tenía miedo y nadie me ayudó. Entré a las ocho de la mañana y salí a las ocho de la noche.”²⁵³

Los testimonios documentados por Amnistía Internacional muestran que la aceptabilidad en los servicios de salud no sólo se da debido a falta de sensibilidad debido a género sino con otros grupos vulnerables. La falta de un enfoque basado en el paciente se dio también durante la pandemia de COVID-19. Un usuario de servicios comentó a Amnistía Internacional la falta de empatía de los médicos cuando llevo a su madre, una adulta mayor:

“Encontramos médicos muy coléricos, no tienen a veces esa calidad humana. A veces tratan muy, muy mal a las personas. Mi mamá llegó al servicio y una doctora fue y la empezó a atender. Entonces se sentó, y cuando mi mamá se sacó la mascarilla porque se estaba sofocando, le gritó que por qué se la tenía que sacar, pero no era la forma. En ese momento mi mamá le dijo “por favor, qué le pasa, está tratando una persona adulta mayor.”²⁵⁴

En el caso de los miembros de la Comunidad Shipiba, ellos recurrieron durante la pandemia del COVID-19 a la auto-medicación en vez de ir a los centros de salud por percibir malos tratos por parte del personal médico por considerarlos como potenciales agentes de contagio:

251 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Patricia (seudónimo), usuaria de EsSalud, Ayacucho, septiembre 2023.

252 OMS/ Banco Mundial/ OCDE, *Delivering Quality Health Services*, 2018, página34, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1> (Consultado el 27 de mayo de 2024)

253 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Marlene (seudónimo), usuaria de seguro privado, Lima, abril 2023.

254 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Danilo (seudónimo), usuario de EsSalud, Ayacucho, septiembre 2023.

“Nosotros durante el COVID no quisimos ir a los hospitales porque de ahí salías en una tumba. Así que lo que hemos hecho es usar plantas, las personas mayores han hecho medicina y con eso hemos tratado al pueblo Shipibo. Nadie ha fallecido. Acá no más, en la casa, con plantas medicinales. La atención es pésima, teníamos miedo, en vez de que nos ayuden, nos daban miedo, no se acercaban a nosotros, nos miran con terror, con temor a que se contagien.”²⁵⁵

Ante esta problemática, los proveedores de salud entrevistados admiten, por un lado, la tendencia a la deshumanización de los pacientes y comentan la necesidad de hacer cambios en la capacitación del personal médico de las escuelas de medicina para preservar un enfoque donde el profesional de la salud se enfoque en las necesidades específicas del paciente:

“El equipo (las personas profesionales de la salud) tiene que adaptarse, si es alguien que no sabe leer y escribir me adaptaré a esa característica. No es que el paciente no entiende. Primero, eres tú, que no tienes la capacidad de encontrar las palabras de acuerdo con cada problema. Todas esas cositas también se perciben por el usuario. Hay un trabajo que hacer en los establecimientos, cómo se está gestionando, cómo es la gestión de la salud. Una de las cosas que vemos que se ha perdido es ver al paciente como un ser humano, y la tendencia en la formación hasta hace unos años atrás ha sido verlo como un tejido, un conjunto de órganos al que hacer algunos exámenes, darle un medicamento. Entonces, hay una tendencia de que nuevamente se recupere un poco esa humanización con estos cursos de relación médico paciente.”²⁵⁶

Amnistía Internacional encuentra que, con base en las entrevistas realizadas, existen barreras importantes en términos de sensibilización del personal que trabaja en los servicios médicos de salud. Los testimonios dan cuenta de distintos eventos de falta de sensibilidad en materia de género, lo que contraviene las obligaciones internacionales del Estado peruano sobre erradicación de todas las formas de discriminación en contra de las mujeres y en especial entra en conflicto con la Observación General 14, en la que el Comité DESC menciona que es preciso priorizar políticas y estrategias que prevengan y den tratamiento “a enfermedades que afecten a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de salud de alta calidad y alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.”²⁵⁷

4.5 CONCLUSIONES GENERALES DEL CAPÍTULO

Amnistía Internacional considera que las barreras que existen para el acceso a los servicios de salud en términos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad, con un enfoque especial en los casos analizados de Lima y Ayacucho, tiene tres ejes estructurales que afectan de múltiples maneras el derecho a la salud: el primero, la falta de infraestructura pública suficiente para atender la demanda de salud en diferentes niveles de atención y su concentración en

255 Grupo focal de Amnistía Internacional con la participación de María (seudónimo), usuaria del SIS, Comunicad Shipiba Coninba, Lima, abril 2023

256 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Pedro (seudónimo), proveedor de salud de EsSalud, Lima, septiembre 2023.

257 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 21.

Lima; el segundo, la falta de calidad en los servicios de salud- tanto públicos como privados- en términos de los recursos materiales (medicinas, equipo, instalaciones) y, el tercero, una falta de aceptabilidad y casos de discriminación y acceso diferenciado con base en el género, la identidad étnico-racial y el lugar de residencia.

Las consecuencias de estos tres problemas es la falta de equidad en el acceso económico, los tiempos de espera demasiado altos, la proliferación de prácticas de automedicación, el crecimiento del sector privado como mecanismo para atender emergencias, y la falta de prevención y atención derivada de la desconfianza generalizada en los servicios de salud por parte del Estado.

5. CRISIS SOCIAL, PROTESTA Y ACCESO A LA SALUD

Entre diciembre de 2022 y febrero de 2023, miles de personas ejercieron su derecho a la protesta y fueron fuertemente reprimidas por las fuerzas del orden en Perú. La represión causó la muerte de 50 personas, además de cientos de heridos.²⁵⁸ El informe de Amnistía Internacional “Racismo Letal” documentó el uso ilegítimo de la fuerza letal por parte de funcionarios para tareas de control del orden público; el uso desproporcionado, innecesario y excesivo de la fuerza no letal; un marcado sesgo racista en el uso de la fuerza letal; un discurso político estigmatizante hacia las personas manifestantes, y una falta de seguimiento institucional por parte de la Fiscalía de la Nación para investigar estas violaciones de derechos humanos.²⁵⁹

Con información al 12 de febrero de 2023, Amnistía Internacional publicó evidencia sobre la relación existente a nivel departamental entre la composición étnico racial y el número de heridos y muertos a causa de la represión de las manifestaciones. El grupo de departamentos con un alto porcentaje de personas afrodescendientes o indígenas concentró el 80% de las muertes registradas al momento de la investigación, mientras que sólo el 50% de las protestas sucedieron en estas zonas, en las que vive sólo el 13% de la población total del Perú.²⁶⁰

Ahora bien, bajo el entendido que las obligaciones del Estado peruano en materia de salud incluyen su prestación sin discriminación de ninguna índole, más allá de las condiciones generales en que se prestan los servicios de salud a la población en este país, Amnistía Internacional recibió información y analizó datos sobre cómo, en un período coyuntural concreto como fueron las protestas de finales de 2022 e inicios de 2023, el servicio de salud estuvo marcado por un componente de discriminación, afectando a las personas heridas en las protestas, sus familiares y dejando secuelas a largo plazo para estas personas por la falta de acceso a la salud, que no han sido reparadas.

5.1 BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD A LAS PERSONAS HERIDAS POR LAS PROTESTAS

La tarde del 15 de diciembre de 2022 marcó un trágico episodio en la ciudad de Huamanga, Ayacucho, una región que ya había sido fuertemente golpeada durante el conflicto armado interno de los años 1980s al 2000. Cientos de manifestantes se reunieron pacíficamente en la plaza central de Ayacucho, mientras que un contingente de manifestantes

258 Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos (ONU), Observaciones sobre la situación de los derechos humanos en el contexto de las protestas en Perú, 19 de octubre de 2023, <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/countries/peru/Peru-Report-2023-10-18-SP.pdf>

259 Amnistía Internacional. Racismo Letal. Ejecuciones Extrajudiciales y uso ilegítimo de la fuerza por los cuerpos de seguridad del Perú. Amnesty International. 2023. Disponible en <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/> (Consultado el 24 de mayo de 2024)

260 Amnistía Internacional. Racismo Letal. Ejecuciones Extrajudiciales y uso ilegítimo de la fuerza por los cuerpos de seguridad del Perú. Amnesty International. 2023. Disponible en <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/> (Consultado el 24 de mayo de 2024)



FOTO 12: Hospital de Contingencia de MINSA en Ayacucho. Nótese el grafiti de un policía a las afueras del lugar. Crédito: Joseph Durand Araujo

se dirigió al Aeropuerto Nacional Alfredo Mendivil Duarte.²⁶¹ Ese día, como consecuencia del uso innecesario e ilegítimo de la fuerza por parte de las fuerzas armadas, se confirmó la muerte de diez personas, entre ellas un adolescente de 15 años y cuatro jóvenes de entre 19 y 22 años, todos con heridas letales en la cabeza o el torso, además se contabilizaron decenas de personas heridas.²⁶²

A través de las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional a las víctimas y sus familiares, se evidenciaron diversas dificultades en la atención médica, que abarcaron desde las barreras estructurales discutidas en los capítulos pasados –incluidos los altos costos de gastos médicos y traslados que muchas personas requirieron, hasta obstáculos impuestos por las autoridades que tienden a indicar tratos discriminatorios en contra de las personas que se manifestaron en esas fechas, y el temor de las personas heridas a posibles represalias por su participación en las protestas.

Muchas de las personas heridas durante las protestas han experimentado, y muchas de ellas aún experimentan, heridas de considerable gravedad. No obstante, la precariedad de las infraestructuras de salud y las trabas burocráticas en los procesos de atención y derivación persistieron como obstáculos incluso en situaciones de emergencia, impidiendo la implementación de soluciones más eficaces.

Amnistía Internacional entrevistó a familiares y personas víctimas de la represión durante dichas manifestaciones. Algunas personas relataron que se encontraban de regreso de sus actividades cotidianas y se vieron sorprendidos por las manifestaciones y enfrentamientos en el camino; otras, que solo se habían acercado al lugar de los hechos con la intención de apoyar a los heridos y buscar a sus familiares y amigos. Los alcances de la represión llevados a cabo por las

261 Amnistía Internacional. “Perú: La represión letal del Estado es una muestra más del desprecio hacia la población indígena y campesina”. Febrero 16, 2023, <https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/peru-la-represion-letal-del-estado-es-una-muestra-mas-del-desprecio-hacia-la-poblacion-indigena-y-campesina/> (Consultado el 8 de febrero de 2024)

262 Amnistía Internacional. “Perú: La represión letal del Estado es una muestra más del desprecio hacia la población indígena y campesina”. Febrero 16, 2023, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2023/02/peru-lethal-state-repression/> (Consultado el 8 de febrero de 2024)

fuerzas policiales y militares, y la posterior falta de acceso a servicios de salud, impactaron significativamente a las personas que habían participado en las manifestaciones y a aquellas que acudieron para auxiliar o buscar a sus familiares.

La violencia derivada de la represión de las protestas también afectó a aquellos que, de manera incidental o solidaria, se vieron envueltos en este contexto de crisis y represión:

“No querían atender, estaban botados ahí los heridos. No querían atender fácil cuando ha llegado mi hija (víctima). Mi (otra) hija mayor conversó con los doctores licenciados. Ahí recién dicen que le pusieron la ampolla y ahí me dice mi hija mayor “mami estaba botada mi hermana y cuando llegué recién he conversado con los doctores y (la) empezaron a atender.”²⁶³

De acuerdo con Jennifer, después de darle “la ampolla”, los doctores no continuaron la atención a su hija, debido a la falta de “camas y camillas”, ante la insistencia de ella y su otra hija, la respuesta del personal de salud, en palabras de Jennifer fue: “Anda a tu casa. No hay camas aquí ¿Dónde vas a alquilar?”²⁶⁴ Luego, trató de buscar atención en el hospital regional donde le negaron la atención.

“No la quisieron atender porque no tenía referencia, y me dicen (el personal de salud del hospital): “¿Por qué ha participado en ese paro?” pero mi hija no ha participado en ningún paro mami. Fue a ver a su hermano y ayudar a la gente y ya quería apoyar más bien apoyar a la gente porque veía que se estaban desmayando.”²⁶⁵

A continuación, presentamos el caso de una víctima que tuvo que navegar el proceso de su recuperación entre gastos inesperados y la responsabilidad de cuidar de su familia con limitantes opciones de trabajo.

263 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Jennifer (seudónimo), usuarias del SIS y familiar de una persona herida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

264 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Jennifer (seudónimo), usuarias del SIS y familiar de una persona herida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

265 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Jennifer (seudónimo), usuarias del SIS y familiar de una persona herida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

CASO 3.

DESAFÍOS PERSISTENTES EN MATERIA ECONÓMICA Y DE SALUD TRAS LAS PROTESTAS

Cristian, taxista, sustento de sus abuelos, contó a Amnistía Internacional²⁶⁶ cómo la crisis social afectó su salud y al mismo tiempo impactó en su capacidad para seguir trabajando. El 15 de diciembre él, al vivir y trabajar cerca del aeropuerto, en el distrito de Andrés Bello Cáceres, lugar donde ocurrieron las protestas, acudió para asistir a heridos. Esta es su historia.

“Tengo 28 años, mi profesión es conductor, taxista, vivo con mis abuelos, tienen 70 y tantos, soy el sustento de ellos.

El 15 de diciembre estoy trabajando con un auto alquilado por el aeropuerto, por la avenida Los Ángeles. Me fui a trabajar en la tarde normal y en eso empiezo a escuchar los tiroteos, las balaceras y me doy cuenta que estaba cerca. A partir de las 5:30 PM que descanso, veo mi celular y empiezan a mandar videos de las protestas. Había muertos. A un compañero que también es taxista le cayó un perdigón y se lo llevaron al hospital.

Yo me acerqué para ayudar y se escuchaban los tiroteos en el aeropuerto, a una cuadra. Ayudamos al primer herido, lo llevamos directo a la ambulancia y luego de 15 o 20 minutos fuimos a ayudar a otro herido que vemos que le agarró (un tiro) acá en la espalda. Fuimos entre varios a socorrerlo y en lo que voy, me disparan y me agarró en la pierna.

Cuando llego al hospital, junto con otros heridos, un doctor me dice: “debes entrar a sala, tu operación es grave”. Me comentaron que era una operación riesgosa y que si tocaban una arteria creo me podía quedar ahí. Todo eso me informan y me hicieron firmar un documento que decía que era un 70% que no iba a sobrevivir la operación y me hicieron firmar un documento que soy responsable si fallezco. Entré en la noche y salí como a las 2AM. No cuento con EsSalud, pero el SIS hizo un convenio con el hospital y me cubrieron una parte y yo tuve que pagar otra, como 1,700 o 1,800 soles (USD 453-480), aproximadamente. Este precio también fue porque el doctor me dijo que necesitaban ponerme sangre y como no tengo seguro en una clínica cuesta más caro, así que pague por la sangre que me pusieron en el hospital.

Mi herida es grande, me han disparado a diez metros nada más. Estuve el jueves y el sábado entre otra vez a sala (de emergencias) porque se me estaba infectando la herida. Y así estuve varias veces. Entraba y salía del hospital. El doctor en la tarde me dijo: “¿Sabes qué? No podemos controlar la herida, está infectándose peor, se va a hacer más profunda, tienes que ir a Lima. Hemos conversado para que te trasladen porque allá hay más especialistas, hay máquinas para que controlen la infección y evitemos que te amputen la pierna.” Me fui a Lima en la ambulancia, no conozco a nadie en Lima, sólo familiares lejanos de mis abuelos. Me tuve que quedar tres semanas. Recuerdo que una doctora me dijo: “¿Qué ha pasado? ¿Cómo ha sido?” Me han disparado, le dije. Me respondió: “Ojalá que los haya matado a todos por protestar.” Fue el único caso desagradable, luego me atendieron bien, aunque voy pagando ya cerca de 4000 soles (USD1,050). No me cubren todo. Ahorita yo llevo cada mes un chequeo en el hospital, también voy a una clínica cardiovascular por las venas que tengo, las arterias que he perdido. Entro cada mes a una cámara hiperbárica unos 20 a 45 minutos, me pongo una ampolla también que está 89 soles (USD 23).

Yo ahora normal trabajo, pero ya no es como antes, porque cuando manejo mucho se hincha mi pierna y yo manejo auto mecánico. Se me hincha y empieza a fastidiar y me molesta al caminar y yo tengo que trabajar para pagarme mi tratamiento y debo viajar una vez al mes a Lima por un año que dura lo de mi tratamiento. Tengo que cuidar a mis abuelos y mantener la casa, lo que nos han dado y lo que cubre el seguro no es suficiente, no alcanza y yo no sé si algún día estaré como antes.”

266 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Cristian (seudónimo), usuario del SIS y persona herida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

5.2 DISCRIMINACION Y DESCONFIANZA DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Con información recabada entre diciembre 2022 y febrero de 2023, Amnistía Internacional realizó un análisis estadístico comparando el nivel de conflictividad con la composición étnico-racial de los departamentos del Perú. Mientras que en el departamento de Lima- con un porcentaje bajo de la población auto identificada como afrodescendiente o indígena- se registraron casi el triple de actos de protesta (104) que en Ayacucho (37), el número de muertos en este último fue de diez personas mientras que en Lima sólo una persona falleció.²⁶⁷

Además del análisis estadístico realizado por Amnistía Internacional en su informe “Racismo Letal”, en el mismo documento se analiza el discurso estigmatizante contra personas manifestantes, encontrando que diversas expresiones por parte de funcionarios públicos refuerzan la estigmatización contra poblaciones indígenas- particularmente del sur del país. Adicionalmente, la narrativa política contra la protesta se caracteriza por la intersección peligrosa entre dichos factores étnicos y raciales con expresiones estigmatizantes proferidas por las autoridades para referirse a manifestantes pacíficos como “terroristas” o “extremistas.”²⁶⁸

Una familiar de una persona fallecida durante las manifestaciones en Ayacucho contó a Amnistía Internacional la percepción de discriminación y estigma que ha vivido ella y su familia por su origen étnico y social, además por el hecho de ser mujer en un contexto político caracterizado por la tensión entre la población y las fuerzas policiales:

“Aquí hay bastante discriminación aún. Recuerdo que salimos con nuestra voz y lo único que llevamos son tal vez nuestras pancartas y nuestra voz. Nada más, porque nosotros somos pueblo y ellos son gobierno. Nos tratan como a cualquier cosa, nos tratan ni siquiera como a un animal se trata. No les interesa si somos mujeres. A las campesinas, a las mujeres del pueblo, creen que nosotros no sentimos. También sentimos, nos discriminan ¿Cómo tratan a las mujeres? Las arrastran. Mis hermanas han estado en las protestas de Lima, ¿Cómo las han bombardeado con gases lacrimógenos? ¿Cuántas han sido golpeadas? Aquí hay mucha discriminación porque somos de la sierra.”²⁶⁹

La constante presencia militar, no solo durante la crisis política de diciembre del 2022, sino a lo largo de la vida de los entrevistados en Ayacucho, revela un tema profundo de miedo y desconfianza arraigado en la población. Este sentimiento se remonta a los años del conflicto armado interno, donde Ayacucho sufrió significativamente. De acuerdo la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), parte de las razones que explican el grado de conflictividad histórica en Ayacucho es la brutal desigualdad de ingreso existente, una sociedad altamente estratificada, la centralización del poder en Lima y la exclusión política y simbólica de amplias zonas del país.²⁷⁰

267 Amnistía Internacional, *Racismo Letal (Índice AMR 46/6761/2023)*, 25 de mayo 2022 <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/>, página 54.

268 Amnistía Internacional, *Racismo Letal (Índice AMR 46/6761/2023)*, 25 de mayo 2022 <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/>, pp. 57-59.

269 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Viviana (seudónimo), usuaria del SIS y familiar de una persona fallecida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

270 Perú, Comisión de la Verdad y la Reconciliación, *Informe Final de la CVR: Capítulo 1-los periodos de la violencia*, <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf/TOMO%20I/Primera%20Parte%20El%20Proceso-Los%20hechos-Las%20v%EDctimas/Seccion%20Primera-Panorama%20General/1.%20PERIODIZACION.pdf>

Las entrevistas resaltan cómo la presencia militar persistente se percibe como una amenaza constante, generando temor y desconfianza entre las personas afectadas. La historia de violaciones a los derechos humanos protagonizada tanto por grupos terroristas como por militares, según documenta la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), contribuye a la percepción generalizada de que la presencia militar está vinculada a posibles repercusiones y amenazas para la comunidad.²⁷¹

Al respecto, la Corte IDH ha señalado que la participación excepcional de las fuerzas armadas en tareas de mantenimiento del orden público y seguridad ciudadana debe de ser 1) extraordinaria, 2) subordinada y complementaria a las labores de corporaciones civiles, 3) regulada mediante mecanismos legales y protocolos de uso de la fuerza bajo los principios antes señalados, y 4) fiscalizada por órganos civiles competentes, independientes y técnicamente capaces.²⁷²

Esta presencia militar en labores de seguridad fue ampliamente documentada por Amnistía Internacional en su informe “Racismo Letal”, donde da cuenta de la acción y el uso de la fuerza excesivo de las fuerzas militares en el Aeropuerto Nacional Alfredo Mendivil en Ayacucho, teniendo como resultado 10 personas fallecidas e incluso con afectaciones al Hospital Regional de Ayacucho, que reportó un impacto de bala en su tercer piso por proyectil de arma de fuego el día 16 de diciembre.²⁷³

Además de la discriminación social- basada en el concepto de campesino, que son personas que viven en una comunidad ancestral- y racial, una de las barreras que encuentra la población de Ayacucho es la no confianza en las autoridades (incluidos los profesionales de salud) dada la historia de conflictividad en dicho departamento:

“Algunos no han ido al hospital, porque ya lo hemos vivido en los años 80as y 90as. Nuestros abuelos y nuestros padres nos han contado los que lo que les ha pasado. Al menos a mí nadie necesita contar, porque también he vivido esa masacre. Tengo 46 años y, al menos de niña, ya nos dábamos cuenta, porque esos años nosotros madurábamos muy rápido por sobrevivencia. Y es por eso que, ya acá todos los jóvenes también, cuando ha ocurrido lo del terrorismo venía un militar, te llevaba al cuartel y ya no salías, te desaparecían y es por eso que como todos tenían eso en mente no se acercaban al hospital. El hospital estaba rodeado de militares, había militares, policías. ¿Quién podría atenderse? Lo único que hacían era tratar de escapar a su casa para curarse.”²⁷⁴

Una persona herida durante las manifestaciones comentó a Amnistía Internacional que tenía miedo y desconfianza de los militares y las repercusiones que tendría ir a los servicios de salud:

“Tenía miedo de que me llevaran al hospital porque tenía miedo de que me fueran a agarrar. Me dijeron (sus compañeros): ‘no vayas que te van a agarrar ahí’ y fui a la posta nada más. Solamente mandaba a comprar agua oxigenada. Así está bien, así me empecé a atender yo nada más, por miedo.”²⁷⁵

271 Perú, Comisión de la Verdad y la Reconciliación, “Conclusiones generales del informe final de la CVR”, <https://www.cverdad.org.pe/ifinal/conclusiones.php>.

272 Corte IDH, Caso Alvarado Espinoza y otros Vs. México, Fondo Reparaciones y Costas, sentencia de 28 de noviembre de 2018. Serie C Num. 370, párrafo 182.

273 Amnesty International, *Racismo Letal* (Índice AMR 46/6761/2023), 25 de mayo 2022, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/>, página 20.

274 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Viviana (seudónimo), usuaria del SIS y familiar de una persona fallecida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

275 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Arturo (seudónimo), usuario del SIS y persona herida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

Estos testimonios no solo ilustran los efectos negativos de la discriminación y desconfianza en las autoridades en el acceso a la salud. La presencia militar constante ha dejado una huella profunda en la comunidad, generando desafíos continuos para acceder a servicios de salud adecuados, así como para reconstruir las vidas afectadas por este clima de intimidación.

5.3 PERCEPCIONES SOBRE EL PERSONAL DE SALUD SOBRE DISCRIMINACIÓN EN EL CONTEXTO DE LAS PROTESTAS SOCIALES

Desde las experiencias compartidas por proveedores de salud y brigadistas que participaron activamente durante las protestas, se destaca de manera significativa el tema de la desigualdad y discriminación en el acceso a la atención médica, que se manifestó en un evidente trato diferenciado hacia distintos grupos de personas. Según algunos testimonios recabados por Amnistía Internacional, el racismo y discriminación no son necesariamente explícitos (como fue en el caso de Jennifer) sino implícitos:

“Es un tema porque nunca ha sido algo explícito, no es que digan: “no, en este hospital no se aceptan personas de las marchas”. Eso nunca vi, a todos se les atiende por igual, pero esa discriminación ha sido clarísima en todos los detalles. En un momento ves que le gritan (a un paciente herido) el mismo personal de salud que es su culpa por estar en marcha, estar herido, el tener un policía gritándole al costado y sin la presencia de la Fiscalía, y sabiendo que estás en un momento en el que no se puede confiar en las autoridades, en las instituciones. O sea, es una presión que nunca en mi vida había sentido.”²⁷⁶

Sobre el tipo de personas discriminadas por su estatus socioeconómico y que habían participado en las protestas, Ruth continúa:

“Yo creo que los casos de mayor discriminación y maltrato los hemos visto en personas que eran claramente personas campesinas,²⁷⁷ pero claro, también lo hemos visto con chicos que no se podría diferenciar si son de una provincia o viven en Lima, familias migrantes. Pero en muchos de los casos han sido personas que se nota que no son de la ciudad. He visto un caso particular donde a un grupo se le ha negado rápida atención. O sea, a los que se leía claramente que no eran de la ciudad, ni siquiera se les dejaba deambular por la camilla. Entonces estaban sentados en un parque esperando en lista. Eran tratados como campesinos terrucos,²⁷⁸ era una humillación pública.”²⁷⁹

276 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Ruth (seudónimo), personal de salud y brigadista médica durante las protestas sociales, Lima, abril 2023.

277 Un campesino es una persona que pertenece a una comunidad campesina, definida por su pertenencia a un territorio ancestral y una población que se identifica como colectivo. el Ministerio de Cultura de Perú, gran parte de los pueblos indígenas y originarios del Perú se organizan en comunidades campesinas, aunque estos conceptos no son sinónimos, ya que existen comunidades indígenas en otros centros urbanos, o comunidades campesinas que no se identifican como indígenas. Para más informar ver: Ministerio de Cultura. Base de Datos de Pueblos Indígenas y Originarios. Preguntas frecuentes. Disponible en <https://bdpi.cultura.gob.pe/preguntas-frecuentes> (Consultado el 28 de mayo de 2024)

278 Terruco es una expresión que se usa como insulto denigrante para referirse a terroristas. Esta expresión fue utilizada comúnmente durante los años 80s en el contexto del conflicto con Sendero Luminoso.

279 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Ruth (seudónimo), personal de salud y brigadista médica durante las protestas sociales, Lima, abril 2023.

Los testimonios tanto del personal voluntario de salud durante las marchas como de las personas directamente afectadas coinciden en que la respuesta de los heridos de no ir a los centros de salud es algo entendible:

“Ha habido desconfianza. ¿Cómo puedes confiar en ir a un lugar en donde están los que te están asesinando, los que están masacrando? Es como decir ándate al cuartel. No. Ahí está masacrando y ya no podían entrar ahí, la mayoría se han retirado y se han atendido en sus casas, algunos inclusive han escapado del mismo hospital.”²⁸⁰

Sobre el miedo y la discriminación, Ruth comenta que parecen ser dos fenómenos ligados:

“Hubo enfrentamientos y no es la primera ni única vez. Ha habido más veces así, abuso a los familiares que están afuera de los hospitales y amedrantamiento también, incluso la gente que está afuerita esperando. Como digo, me parece que es racializado porque no se podría ver si son parte de la marcha y ha llegado la policía así, abiertamente, con sus varas a decir que se retiren.”²⁸¹

Los diversos testimonios recopilados por Amnistía Internacional muestran cómo este miedo y desconfianza están directamente asociados a una discriminación por percepciones generalizadas que vienen de un contexto histórico:

“Tal vez ellos (los militares) piensan que nosotros llevamos esa sangre del terrorismo. Tal vez piensan que somos así, pero eso no es ahora, no tenemos nada que ver, no estaríamos acá, estaríamos en otros lados. Empezaron a decir, el vicepresidente creo, que comenzó a decir eso [que los manifestantes eran terroristas] y no tiene nada que ver con eso.”²⁸²

5.4 EFECTOS DE LA FALTA DE ACCESO A LA SALUD EN INGRESO Y MEDIOS DE VIDA

Las personas afectadas durante las protestas a causa del uso de la fuerza por parte de las fuerzas policiales y militares manifestaron que las trayectorias educativas y medios de vidas de sus familiares o propias se han visto truncados o anulados en algunos casos debido a la falta de atención en salud. Asimismo, el ingreso económico familiar se vio perjudicado por la paralización de actividades económicas de las personas heridas o fallecidas y, al mismo tiempo, por la inversión económica que representa el cuidado de su salud.

280 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Ruth (seudónimo), personal de salud y brigadista médica durante las protestas sociales, Lima, abril 2023.

281 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Ruth (seudónimo), personal de salud y brigadista médica durante las protestas sociales, Lima, abril 2023.

282 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Arturo (seudónimo), usuario del SIS y persona herida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

Estos efectos pueden tener consecuencias de largo plazo en términos de educación y generación de ingresos de un hogar:

“Me dicen que espere de seis a siete meses para la tomografía, pero no hay plata. Más me cuesta porque yo soy madre y padre para cuatro niños y trabajo para comida nada más. Mis hijas estudian (...), mi hija estaba sana, me ayudaba, las dos me ayudaban. Trabajaban así, en cualquier cosa, estudiando, me acuerdo que aportaban también para la casa. Ella (su hija herida) es bien activa y alegre antes de que pasara todo ese accidente, pero ahorita no puede. No puede hacer muchas cosas porque su cabeza empieza a doler. Pero yo quiero que me la hagan pasar siquiera para que le tomen una tomografía.”²⁸³

Testimonios del personal de salud recogidos por Amnistía Internacional también observaron las secuelas en los heridos durante las manifestaciones en Lima:

“Hay bastantes pacientes que han quedado con secuelas físicas o psicológicas, motoras incluso, y cuya principal fuente de ingresos era su cuerpo. Bastante gente no puede caminar o han perdido la movilidad de las manos o el brazo, con dolores crónicos en la espalda.”²⁸⁴

Ante estas realidades, las personas entrevistadas por Amnistía Internacional manifiestan estar afligidas por el maltrato y la desigualdad en el acceso a salud y la repercusión de esto en sus vidas. Acceder a justicia por sus víctimas, fallecidos a veces se traduce en un pedido para acceder eficientemente a una atención, recibir un trato prioritario validado por marcos políticos e institucionales, como, por ejemplo, el acceso a un carnet de atención que beneficie a los heridos de las manifestaciones, ya que muchos de ellos tienen aún secuelas de grave consideración.

Otro testimonio recabado por Amnistía Internacional cuenta sobre el impacto económico en el hogar de su familiar, que fue herido en las protestas en Ayacucho:

“Ahora su hijo ya no estudia, ha regresado a la ciudad de Ayacucho. El señor ya no puede trabajar, la señora está vendiendo papas vendiendo el pan para solventar esas cosas de los gastos de salud.”²⁸⁵

Derivado de estas afectaciones, Amnistía Internacional entrevistó a una de las personas afectadas, quien habló sobre las barreras estructurales en materia de disponibilidad quien además comentó la necesidad de servicios de salud eficaces para los afectados por las protestas sin necesidad de tener una referencia, que normalmente implica tiempos de espera mayores:

283 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Jennifer (seudónimo), usuarias del SIS y familiar de una persona herida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

284 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Ruth (seudónimo), personal de salud y brigadista médica durante las protestas sociales, Lima, abril 2023.

285 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Viviana (seudónimo), usuaria del SIS y familiar de una persona fallecida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

“Sí, nosotros pedimos que MINSA nos dé un carnet para todos (los afectados), para que así podamos atenderlos (a sus familiares) directamente. Por ejemplo, cuando acá para que tú vayas a un lugar tienes que pedir referencia, tras referencia, tras referencia. No sé qué cosas nos piden, primero tienes que ir a tu posta o a tu centro de salud de tu centro de salud, te van a transferir al hospital del hospital, te van a transferir, ¿Cuánto tiempo puede pasar?”²⁸⁶

Amnistía Internacional entrevistó a personal de salud brigadista y personal administrativo del SIS de la ciudad de Ayacucho, quienes expresaron que la responsabilidad de estos atentados recae en el gobierno y sus autoridades. Para Ruth (voluntaria durante las protestas de Lima), el Estado cometió violaciones graves de derechos humanos que pudieran tener impactos de largo plazo en los afectados, incluidos niños:

“Hemos visto cosas como 15 policías golpeando a un señor delante de sus hijos. Hemos atendido a familias traumatizadas, los niños no podían hablar, de ver que lo que le hacían sus padres.”²⁸⁷

A pesar de las barreras encontradas en materia de acceso a la salud, personal de salud de Ayacucho entrevistado por Amnistía Internacional comenta que se les han apoyado en algunos gastos a las familias de los fallecidos, aunque han existido barreras institucionales para lograrlo. Jazmín (personal administrativo del SIS en Ayacucho), señala:

“Se ha dado cobertura del 100%. Nosotros hemos tenido una crisis social del 15 de diciembre. Los hemos cubierto al 100%. A todos los fallecidos el SIS tiene subsidio de sepelio para los familiares, que es por 1000 soles (USD267). En un inicio queríamos un subsidio hasta de 2500 soles (USD 666) porque tenían circunstancias especiales, porque entendíamos que esto era un daño que el Estado les estaba haciendo y de alguna manera teníamos que enmendarlo, pero no se aceptó. Sin embargo, la cobertura fue completa, hasta ahora siguen sus tratamientos, algunos de ellos, pero nos falta por trabajar el tema a la familia, el acompañamiento por esos fallecidos.”²⁸⁸

Amnistía Internacional ha señalado recientemente²⁸⁹ que las víctimas de la represión en Perú continúan exigiendo verdad, justicia y reparación. Ayacucho fue el epicentro de la represión y registraron un porcentaje significativo de las muertes durante las protestas.

286 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Viviana (seudónimo), usuaria del SIS y familiar de una persona fallecida durante las protestas sociales, Ayacucho, septiembre 2023.

287 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Ruth (seudónimo), personal de salud y brigadista médica durante las protestas sociales, Lima, abril 2023.

288 Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Jazmín (seudónimo), personal administrativo del SIS, Ayacucho, septiembre 2023.

289 Amnistía Internacional, *Solidarízate con las víctimas de la represión en Perú*, <https://www.amnesty.org/es/petition/solidarizate-con-las-victimas-de-la-represion-en-peru/> (Consultado el 28 de mayo de 2024)

5.5 CONCLUSIONES GENERALES DEL CAPÍTULO

En síntesis, de acuerdo con los testimonios y evidencia recabada por Amnistía Internacional sobre las barreras enfrentadas por las personas durante las protestas de 2022 y 2023 a su acceso efectivo a la salud, existe evidencia de que el Estado no respetó el principio de no discriminación en el tratamiento de los pacientes heridos por motivos de afiliación política, clase social, lugar de residencia (Ayacucho), e identidad étnico racial.

Con la información disponible a la fecha, a pesar de que existía una estigmatización por parte de los doctores, no se encuentra suficiente evidencia como para poder aseverar que hubo instrucciones directas desde el Estado para negar el servicio. Sin embargo, la presencia de militares y policías en los hospitales tuvo un efecto disuasivo importante para que muchos heridos no asistieran, dado un contexto histórico específico en Ayacucho que no sólo genera desconfianza, sino que tiene un componente discriminatorio racista; esto constituye una barrera al acceso efectivo en términos de aceptabilidad y calidad.

Finalmente, en términos de afectaciones, se muestra en las diversas entrevistas y estudios de caso que existieron afectaciones no sólo en términos de gasto de bolsillo, sino en niveles de ingreso, medios de vida a largo plazo e incluso trayectorias profesionales y educativas. Aunque existe evidencia de que se han tomado acciones para dar apoyos económicos²⁹⁰ a los deudos de los fallecidos o personas con heridas de gravedad durante las protestas, El reciente Informe de Amnistía Internacional *¿Quién disparó la orden?* señala que “estos apoyos económicos no constituirían una reparación integral, que debe incluir asistencia médica integral y rehabilitación continua, atención psicológica especializada y otras medidas de protección de derechos a la educación y al trabajo. De igual manera, Amnistía Internacional ha insistido en que la reparación integral debe incluir medidas individuales y comunitarias, como indemnizaciones, rehabilitación, medidas de satisfacción, y garantías de no repetición.”²⁹¹

Otro aspecto para resaltar es analizar la pertinencia en el monto y periodicidad de los apoyos económicos, ya que muchos de los hogares que tuvieron personas fallecidas o heridas han perdido los medios de vida necesarios para garantizar no sólo su acceso a otros derechos, sino a un trabajo que pueda generar ingresos suficientes para su subsistencia. La Corte IDH ha establecido en su jurisprudencia medidas muy claras de cómo deben ser las compensaciones económicas, tales como daños emergentes -pagar por horas laborales o ingresos perdidos por dichas violaciones, costos de traslado, daño moral o psicológico así como otras afectaciones en el núcleo familiar- o el lucro cesante -pagar, por ejemplo, cuando se tiene una discapacidad total o parcial, el valor monetarios de los salarios o ingresos percibidos durante el resto del ciclo de vida tomando en cuenta la expectativa de vida del país.²⁹²

290 Perú, *Decreto de Urgencia que autoriza el otorgamiento de un apoyo económico, de manera excepcional y por única vez, a los deudos de las personas fallecidas y heridos de gravedad, civiles y policiales, en las movilizaciones realizadas entre el 08 de diciembre de 2022 y el 10 de febrero de 2023*, 21 de febrero de 2023.

291 Amnesty International, *¿Quién Disparó la orden?* (Índice AMR 46/8249/2024), 18 de julio 2024, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8249/2024/es/>, página 79.

292 Corte IDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras, Reparaciones y Costas*, sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C Num. 7.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Aunque Perú ha tomado diversas medidas en los últimos para lograr una cobertura universal de salud, persisten fallas y retos importantes en su diseño e implementación para poder brindar servicios de salud con enfoque de derechos humanos. El modelo actual es fragmentado y segmentado en diversos fondos, seguros, proveedores, con poblaciones distintas. A pesar de los esfuerzos del MINSA por integrar redes de atención entre proveedores, siguen existiendo procesos largos para obtener referencias, falta de intercambio de información entre instituciones sobre los pacientes y brechas en el financiamiento. Ello ha tenido como resultado una alta tasa de automedicación, una mayor demanda de servicios en farmacias y un sector privado cuyas clínicas y hospitales tienen como principales clientes no a personas con seguro privado sino a asegurados del SIS y EsSalud que tienen que recurrir a esos servicios con sus ingresos propios, como medida de emergencia. Estas barreras estructurales no sólo son injustas sino ineficientes.

Analizando las dimensiones del derecho a la salud, se encuentran diferentes problemas tanto a nivel nacional como departamental en los dos departamentos de interés.

En materia de disponibilidad, de acuerdo con indicadores utilizados a nivel internacional por la OMS, Amnistía Internacional encontró que Perú está por debajo de países similares en niveles de desarrollo en materia de disponibilidad de camas y personal médico. A nivel geográfico, se encontraron brechas regionales significativas en la disponibilidad de instalaciones de segundo y tercer nivel de atención, casi todas concentradas en Lima. Estos datos se complementaron con los testimonios de personas usuarias que relatan ineficiencias y saturación en el abasto de medicina y las referencias entre centros de salud. En materia de accesibilidad, Amnistía Internacional determinó que las inasistencias a servicios de salud por razones de distancia o transporte es mayor en localidades rurales. Esto implica que el Estado no ha tomado todas las medidas para asegurar el cumplimiento de su obligación de cumplir con lo estipulado en la Observación General 14 del Comité DESC de “adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental.”²⁹³

Además, se desprendió de los datos analizados que existen disparidades departamentales importantes: un mayor porcentaje de mujeres en Ayacucho tienen obstáculos para recibir servicios de salud que en Lima. Además, la organización pudo concluir que la accesibilidad económica de la salud en Perú no sigue el principio de equidad; es decir: el gasto de bolsillo representa un porcentaje mayor del ingreso en los hogares más pobres en comparación con los más ricos, tanto en Ayacucho como en Lima, contraviniendo el principio de equidad estipulado en la Observación General 14.²⁹⁴ Además, otro aspecto preocupante respecto de la accesibilidad de los servicios de salud en Perú es que muchos de los gastos de bolsillo son parte del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, debiendo ser gratuitos en teoría, pero en la práctica no hay abasto por saturación e ineficiencias.

En materia de aceptabilidad y no discriminación, Amnistía Internacional identificó la ausencia de una estrategia de atención basada en las necesidades de las personas. Asimismo, se dejó en evidencia fue la falta de perspectiva de género del personal de salud y la consecuente discriminación en contra de las mujeres, así como de una discriminación por motivos étnico-raciales y de clase social hacia la población de Ayacucho en el contexto de la protesta social.

293 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 52.

294 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso b).

En materia de respetar, proteger y garantizar el acceso a la salud durante las protestas, se recopilaron testimonios consistentes que dan cuenta de cómo se empleó lenguaje discriminatorio en contra de las personas campesinas heridas, que pudieran indicar motivaciones racistas, políticos y sociales; también cómo las autoridades limitaron el acceso a los centros de salud y cómo propiciaron un clima de desconfianza de la población, obstaculizando que se prestaran servicios de salud acordes a las obligaciones internacionales. Existen testimonios y denuncias de la presencia de militares y policías en los hospitales y/o sus alrededores que, combinados con un contexto histórico de conflicto en la región, indicarían y explicarían el miedo y desconfianza que tuvieron muchas personas, con consecuencias fatales en las familias afectadas.

Como resultado del análisis presentado en este reporte, Amnistía Internacional propone las siguientes recomendaciones:

1. Adoptar las medidas presupuestarias adecuadas para la plena realización del derecho a la salud, en línea con lo establecido en la Observación General 14 del Comité DESC de asegurar la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado.²⁹⁵ De acuerdo con la OMS y OPS, el nivel de atención primaria debería de poder atender cerca del 80% de los problemas de salud de los pacientes. Actualmente, las postas y clínicas se encuentran saturadas, sin medicamentos, citas ni especialistas. Se recomienda al Poder Ejecutivo- a través del Ministerio de Economía y Finanzas- y al Poder Legislativo, a tomar las medidas presupuestarias y fiscales necesarias para poder incrementar el gasto público en la atención primaria para aumentar la disponibilidad de médicos permanentes y servicios de hospitalización. Esto tendría impactos significativos en reducir el gasto de bolsillo, descongestionar la infraestructura centralizada en Lima, y reducir ineficiencias en las referencias.
2. En consonancia lo estipulado en la Observación General 14 del Comité DESC en materia de accesibilidad,²⁹⁶ garantizar que los servicios médicos y los factores determinantes de la salud estén al alcance físico de los grupos marginados y sean accesibles a ellos sin discriminación, especialmente para las mujeres, las poblaciones indígenas o racializadas y las personas mayores, entre otros. Uno de los problemas más comunes del presente reporte es la centralización de servicios, especialistas y tratamientos en Lima. Por ello, se recomienda al Poder Ejecutivo- a través del Ministerio de Salud- a tomar las acciones pertinentes para desarrollar una estrategia de mediano plazo de inversión pública a nivel departamental en zonas estratégicas que puedan dar servicio especializado (particularmente nivel III-E) a varios departamentos. Incrementar y fortalecer los convenios de colaboración entre los principales seguros, SIS y EsSalud, para poder integrar gradualmente la demanda de los pacientes y su referenciación en zonas rurales o con altos niveles de pobreza y marginación.
3. Detección y atención de enfermedades crónico-degenerativas con enfoque de género. Uno de los problemas más recurrentes en las entrevistas realizadas por Amnistía Internacional fue la falta de aceptabilidad en el tratamiento de enfermedades como el cáncer de cuello uterino. Por ello, se recomienda al Poder Ejecutivo- a través del Ministerio de Salud- establecer a nivel nacional acciones para mejorar la accesibilidad y disponibilidad de servicios de detección del cáncer, particularmente en mujeres, de acuerdo con lo señalado en la Observación General 22 del Comité DESC en materia de aceptabilidad y calidad.²⁹⁷
4. Acceso económico con equidad. Uno de los principales problemas de acceso fue la falta de disponibilidad de medicamentos en las clínicas del SIS y EsSalud y el subsecuente gasto de bolsillo. Como resultado de ello, los hogares de menores ingresos tienen un gasto de bolsillo como porcentaje de su ingreso mayor que los hogares de mayores ingresos, contraviniendo lo establecido en materia de accesibilidad económica en la Observación General 14 del Comité DESC.²⁹⁸ Por ello, se recomienda al Poder Ejecutivo- a través del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía y Finanzas- tomar las medidas programáticas, presupuestarias y fiscales pertinentes para reducir la carga desproporcionada de gasto de bolsillo en los hogares más pobres y facilitar el acceso las medicinas, tratamientos y estudios contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

295 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 32.

296 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso b).

297 Comité DESC, Observación General 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (citado previamente), párrafos 20 y 21.

298 Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 12 inciso b).

5. Capacitación del personal médico en materia de no discriminación. Se recomienda al Poder Ejecutivo- a través del Ministerio de Salud- revisar los programas y protocolos de capacitación del personal de salud del SIS y EsSalud, en materia de diseño como de implementación, para asegurar que la calidad en poblaciones específicas como mujeres, población indígena, campesina y del medio rural esté basada en las necesidades del paciente. En línea con lo establecido en la Observación General 14 y 22 del Comité DESC, es obligación del Estado proveer capacitación apropiada para el personal de salud en materia de derechos humanos²⁹⁹ y capacitación de los proveedores de servicios de salud en materia de derechos sexuales y reproductivos.
6. Garantizar una reparación integral a las víctimas de violaciones a los derechos humanos y a sus familias, derivados de los sucesos ocurridos durante las protestas de 2022 y 2023 y a sus familias, con perspectiva de DDHH. Se recomienda al Poder Ejecutivo: implementar las medidas necesarias para asegurar una reparación proporcional a la gravedad de las violaciones y perjuicios sufridos. Esta reparación debe incluir compensaciones monetarias, atención psicológica especializada, asistencia médica integral, rehabilitación, y medidas de protección de derechos a la educación y al trabajo. La reparación integral debe ser inmediata, aun cuando no se hayan concluido las investigaciones sobre los hechos.

²⁹⁹ Comité DESC, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (citado previamente), párrafo 44 inciso e).

ANEXO 1: GUÍAS DE ENTREVISTAS

GUÍA DE ENTREVISTA A PACIENTES

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	• Identidad de género • Edad • Identidad étnico-racial (hablante de lengua indígena / no hablante de lengua indígena) • ¿Cuántas personas viven en su hogar? • ¿Es su hogar propio o alquilado?
PERFIL ECONÓMICO Y LABORAL	• ¿A qué se dedica? ¿Cuál es su profesión? • ¿Tiene usted prestaciones formales en su trabajo? (Detallar: vacaciones, vales, seguros, etc.) • ¿Cómo distribuye los ingresos de su hogar?
SITUACIÓN DE AFILIACIÓN Y PRESTACIONES MÉDICAS	• ¿Tiene usted acceso a algún sistema de salud? ¿A cuál/cuáles? • ¿Qué tan frecuentemente acude usted a un establecimiento de salud caso de enfermedad? • ¿En qué situaciones asiste usted a un establecimiento de salud o hace uso de su seguro? • ¿Sabe usted qué tratamientos y servicios cubre el esquema médico en el cual está inscrito? • ¿Por qué eligió usted este sistema de salud en particular? ¿Existe otro sistema de salud que pueda atenderle? • ¿Su seguro o sistema de salud al que pertenece cubre sus expectativas y necesidades? • En caso de tener acceso a seguro de salud tanto público como privado o poder acceder a servicios de salud privados, ¿En qué se basan sus decisiones para hacer uso de uno u otro? ¿Cómo organiza usted el uso de ambos servicios si así fuese el caso?

ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD Y CALIDAD	• ¿Qué tan cerca de su domicilio se encuentra el establecimiento de salud más cercana al cual puede acudir? • ¿Cuál es su percepción sobre la atención y el servicio que le ofrecen? • ¿Cuál fue su percepción sobre el equipamiento y personal del centro de salud? ¿Contaba con los médicos, enfermeras y especialistas necesarios para poderle atender? • ¿Cuáles serían sus recomendaciones para mejorar algunas deficiencias que ha podido identificar? (si fuera el caso) • En caso de haber asistido a algún establecimiento de salud en los últimos 24 meses ¿Cuál fue el tiempo que tuvo que esperar para poder ser atendida? • En caso de haber asistido un establecimiento de salud en los últimos 24 meses ¿Se le pidió pagar una cuota o tarifa extraordinaria para recibir el servicio? • ¿A dónde acude si tiene alguna emergencia? ¿A dónde acude si tiene alguna enfermedad sin complicaciones? (resfrío, dolor leve, lesión leve, etc.) ¿Por qué?
ACCESO A SALUD Y PANDEMIA	• ¿Usted o algún miembro de su familia se contagió de COVID-19? ¿Cómo afrontó esta situación? • Si experimentó situaciones de hospitalización, ¿Cuál fue el proceso para poder acceder a la hospitalización? (flujos de atención, papeleos, burocracias, gastos, etc.). • ¿Usted o alguna persona de su familia alguna condición o enfermedad que requiere atención continua o permanente? • ¿Cuál fue el efecto económico individual y familiar de esta experiencia? • En caso de comorbilidades, ¿Cuáles fueron las principales barreras de atención que usted experimentó durante la pandemia? • ¿Cuáles fueron las estrategias y alternativas para enfrentar diversas enfermedades o malestares durante la pandemia? (en el caso de no acceder a atenciones en establecimientos de salud) • ¿Cuáles son los principales desafíos que usted enfrenta para atenderse en el servicio público de salud desde antes de la pandemia y cuáles los que enfrentó ahora?

BATERÍA EXTRAORDINARIA PARA PERSONAS AFECTADAS POR LA CRISIS SOCIAL	
CRISIS SOCIALES (MANIFESTANTES)	• ¿Nos puede contar su encuentro con los servicios de salud al momento de necesitar asistencia médica durante las manifestaciones? • ¿Cómo considera fue usted atendido (a) en ese momento? • ¿Experimentó algún tipo de discriminación? ¿nos podría explicar un poco más? • ¿Cuáles fueron los espacios o personas que apoyaron a los manifestantes en relación a emergencias o aspectos de salud en general? • ¿Usted o alguien de su entorno y que haya participado en las manifestaciones, se vio afectado económicamente a causa de gastos en su salud a consecuencia de accidentes e incidentes durante las protestas?
DISCRIMINACIÓN Y DESIGUALDAD	• ¿Qué entiende por discriminación? • ¿Alguna vez le han negado el servicio o recibido malos tratos por parte de autoridades de salud? ¿Cuál fue la razón por la cual no fue atendida? ¿Nos podría compartir su experiencia? • ¿Cree que la experiencia que nos comparte está relacionado a acciones discriminatorias? ¿Cuáles? • ¿Le ha sido negado algún servicio de salud por identidad de género o identificación étnica? Ha encontrado alguna dificultad para recibir algún tratamiento médico relacionado a su identidad de género • En caso de haber recibido un mal tratamiento, tenido una mala experiencia, o no haber sido recibido en un establecimiento de salud ¿Conoce usted algún mecanismo de queja o centro de atención para poder exigir a las autoridades de salud alguna reparación o solución en el servicio?
TRAYECTORIA DE ENFERMEDAD	• En el sistema de salud público: ¿Cuáles es la trayectoria que debe recorrer desde un diagnóstico hasta un tratamiento? (se pueden enumerar algunas enfermedades en particular).

RESULTADOS: GASTO DE BOLSILLO E IMPACTOS EN LA SALUD	• Aproximadamente, ¿cuánto invierte en su salud mensualmente? • Cuando usted o alguien de su familia se enferma de algún padecimiento que requiera hospitalización o tratamiento médico ¿Recibe de manera gratuita medicamentos por parte del sistema público de salud? En caso contrario ¿Cuánto gasta en promedio de sus propios ingresos? • En caso de que usted o su familia hayan experimentado alguna emergencia médica (incluyendo COVID-19) ¿Han tenido que usar sus ahorros o vender algún activo suyo (autos, casa, terrenos, joyas, etc) para solventar los gastos médicos (honorarios, hospital, medicinas, servicios de enfermería)? • ¿Ha tenido usted alguna complicación o consecuencia negativa a nivel laboral, de salud o emocional producto de una mala atención en materia de salud? • ¿Qué enfermedad o padecimiento no ha podido hacer atendido por su sistema de salud? ¿por qué? ¿Cómo enfrenta esta situación?
CIERRE	• ¿Algo más que quisiera agregar?

GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL Y AUTORIDADES DE SALUD

DATOS GENERALES	• Ocupación • Lugar de trabajo • Cargo • Tiempo de desempeño en el cargo
PROBLEMÁTICAS ACTUALES DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO	• ¿Cuáles son los principales desafíos del sistema de salud público nacional? • ¿Cuáles son las principales barreras de las entidades de salud para poder satisfacer las necesidades de la población? • ¿Cuáles son las principales necesidades en materia de infraestructura, recursos humanos o presupuestarios? • ¿Qué brechas de desigualdad persisten en el acceso a la salud?
FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO	• ¿Cuáles considera que son los principales logros del sector en los últimos 24 meses? • ¿Cuáles son los aspectos que usted resaltaría como ejemplares del sistema de salud público?
FLUJOS DE ATENCIÓN- BUROCRACIAS ESTATALES	• ¿Cuáles es la trayectoria que un paciente debe recorrer desde un diagnóstico hasta un tratamiento? (se pueden enumerar algunas enfermedades en particular). • ¿Cuánto tiempo en promedio toma en que una persona reciba diagnóstico, sea referida y se le proporcione tratamiento?
DIAGNÓSTICOS SITUACIONALES, ESTUDIOS, DATA	• ¿En que se basa la toma de decisiones en salud? (compras de medicamentos, manejo de seguros, intervenciones en salud, promoción de la salud, atenciones médicas, ensayos médicos, etc). • ¿Nos podría comentar sobre el uso y generación de evidencia nacional?
CRISIS GLOBALES Y LOCALES	• ¿Cuáles son los principales desafíos durante la pandemia? • ¿Cómo se han manejado las atenciones a pacientes con comorbilidades? • ¿Cuál considera han sido el efecto en la salud física, mental y económica de la población? • Ante situaciones como la viruela del mono o rebrote de dengue y aun los casos elevados de TBC. ¿Cuál es la estrategia de atención por parte de las entidades públicas de salud? • Ante las recientes manifestaciones y conflictos sociales en el país, ¿cuál fue la respuesta del sector salud frente al riesgo que vive la población, los accidentes y muertes registradas? • ¿Se han creado protocolos de atención o algún otro mecanismo de acción de respuesta? ¿Cuáles? ¿Cuál sería su sugerencia para manejar estos conflictos desde el sector salud?

PARA PERSONAL SANITARIO Y ASISTENCIAL	
PERFIL DEL PACIENTE	• ¿Qué tipo de pacientes atienden en este centro de salud? • ¿Qué condiciones sociales o personales de lxs pacientes contribuyen a generar las emergencias o la necesidad de atención en salud?
CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONALES	• ¿Cuáles son los servicios que ofrece el establecimiento de salud en el cual usted trabaja? • ¿Cuáles son las emergencias más recurrentes? • ¿Cuáles son las ocasiones o situaciones en las que no puede atender a pacientes? (abordar temas de recursos, limitaciones del servicio, etc.)
PERFIL DEL PROVEEDOR DE SALUD	• ¿Cuál es su situación laboral con el establecimiento de salud? (abordar temas de rotación de personal) • ¿Cuáles son los desafíos profesionales mas resaltantes que usted encuentra en su establecimiento de salud?
CRISIS GLOBALES Y LOCALES	• ¿Cuáles son los principales desafíos durante la pandemia? • ¿Cómo se han manejo las atenciones a pacientes con comorbilidades? • ¿Cuál considera han sido el efecto en la salud física, mental y económica de la población? • Ante las recientes manifestaciones y conflictos sociales en el país, ¿cuál fue la respuesta del sector salud frente al riesgo que vive la población, los accidentes y muertes registradas? • ¿Se han creado protocolos de atención o algún otro mecanismo de acción de respuesta? ¿Cuáles? ¿Cuál sería su sugerencia para manejar estos conflictos desde el sector salud?
CIERRE	• ¿Algo más que quisiera agregar?

**AMNISTÍA INTERNACIONAL
ES UN MOVIMIENTO
GLOBAL QUE TRABAJA EN
DEFENSA DE LOS DERECHOS
HUMANOS.**

**LAS INJUSTICIAS QUE
AFECTAN A UNA SOLA
PERSONA NOS AFECTAN A
TODAS LAS DEMÁS.**

CONTÁCTANOS



info@amnesty.org



+44 (0)20 7413 5500

ÚNETE A LA CONVERSACIÓN



www.facebook.com/AmnistiaAmericas



[@AmnistiaOnline](https://twitter.com/AmnistiaOnline)

DERECHO A LA SALUD, PRIVILEGIO DE POCOS

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD EN PERÚ DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

“Derecho a la salud, privilegio de pocos” analiza la situación del derecho a la salud desde el marco internacional de los derechos humanos en Perú, con énfasis en dos departamentos- Lima y Ayacucho- para evaluar en qué medida el país cumple con sus obligaciones de garantizar el derecho a la salud de las personas cubiertas por diferentes esquemas de acceso a la salud; analizar el efecto de las barreras estructurales de acceso a la salud, y las afectaciones derivadas de la represión durante las protestas sociales que sucedieron entre diciembre de 2022 y el primer trimestre de 2023.

A través de evidencia cuantitativa y cualitativa, se analizan los principales problemas estructurales de salud en el marco de las dimensiones del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad y calidad. Utilizando las recomendaciones y referencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales, se realizan estimaciones de diversos indicadores de salud a nivel internacional, nacional, por departamento, por tipo de seguro médico, entre otros.

Amnistía Internacional también realizó una serie de entrevistas a usuarias y prestadoras de servicios de salud, sistematizando las experiencias de las personas en materia de sus gastos en salud, el trato recibido por el personal de salud, las barreras que reportan dentro del sistema y las consecuencias en sus medios de vida. Además, Amnistía Internacional analizó las experiencias de discriminación en ambos casos con el fin de poder determinar en qué medida las protestas sociales y la reacción del Estado a ellas tuvo un efecto en el acceso efectivo a servicios de salud.

