

## POLÍTICAS PÚBLICAS, SALUD MATERNA Y DERECHOS FUNDAMENTALES

Marvyn E. Gallo Rojas\*

**SUMARIO:-** Introducción y planteamiento del problema.- Mortalidad materna.- Las políticas públicas como base para salvaguardar derechos fundamentales.- Derecho a la vida, salud, igualdad y libre desarrollo.- Políticas de salud reproductiva y compromisos internacionales.-Conclusiones.- Recomendaciones.- Referencias.

### RESUMEN

*La presente investigación analiza y expone la realidad de nuestra sociedad actual en la cual aún se vulneran derechos fundamentales de la mujer, me refiero en específico a la muerte materna que se da durante el embarazo, parto y post parto y la relación que tiene la misma con la falta de efectividad de Políticas Públicas por parte de las entidades del Estado, quien a pesar de haber firmado y ratificado normas y compromisos internacionales para la erradicación de este mal social, aún presenta severas deficiencias en la implementación de planes estratégicos que ya se han venido dando durante el transcurso de los años, apreciaremos en la presente investigación que los resultados estadísticos refieren que estas muertes pudieron ser evitables y que no han disminuido sino han seguido manteniendo, el tema es un tanto complejo e involucra a muchos actores, sobretodo el compromiso de los mismos de plantear, y ejecutar políticas públicas con un enfoque de Derechos Humanos.*

*Palabras Clave: Muerte Materna, Políticas Públicas de Salud Materna, Derechos Fundamentales.*

### ABSTRACT

*This research analyzes and explains the reality of our society in which fundamental rights of women are still violated, I refer specifically to maternal death that occurs during pregnancy, childbirth and postpartum and the relationship of the same with the ineffectiveness of Public Policy by state agencies, who despite having signed and ratified international standards and commitments to eradicate this social evil, still has severe deficiencies in the implementation of strategic plans already have been occurring over the course of the years, we will appreciate in this investigation that the statistical results refer to these deaths could be avoided and which have not diminished but have continued, the issue is somewhat complex and involves many actors, especially the commitment to raise them, and implement public policies with a focus on Human Rights.*

*Keywords: Maternal death, Maternal Health Public Policy, Fundamental Rights.*

### INTRODUCCIÓN

En países como el nuestro, el ser madre en el presente sigue siendo un riesgo, la mortalidad materna es un mal social de muchos años atrás pero es un evento evitable que vulnera derechos fundamentales de las mujeres y es considerada por diversos organismos de Naciones Unidas como un problema de derechos humanos por el cual los Estados deberían rendir cuentas, cuando una mujer embarazada no es atendida en un hospital o

---

\* Estudiante de la carrera de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Privada del Norte, con estudios en Gestión Pública y Derechos Humanos.

Citar como: Gallo Rojas, M. E. (2016). Políticas Públicas, Salud Materna y Derechos Fundamentales. NOUS, Revista de Investigación Jurídica de Estudiantes. VII (9), pp. 21-51, Cajamarca: UPAGU.

recibe un trato negligente, es un caso que merece rechazo y llamada de atención hacia los Estados. La meta del 5to Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) establece el compromiso de reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015<sup>1</sup>, lo cual nos hace reflexionar sobre qué tan cerca estamos de cumplir con esta meta.

Durante los años 2008 y 2010 la Defensoría del Pueblo monitoreó el funcionamiento de los servicios sobre el derecho a una maternidad segura entre otros<sup>2</sup>, en estos informes la Defensoría constata entre otras la existencia de dificultades para implementar la Norma Técnica de Planificación Familiar, señala además que luego de visitar 130 establecimientos del Ministerio de Salud (Piura, La Libertad, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas y Lambayeque) se identificó que las irregularidades más frecuentes en los servicios de planificación familiar eran “la negativa o restricción en el acceso a métodos anticonceptivos temporales (50 quejas), el desconocimiento de las normas del programa nacional de planificación familiar respecto de la obligatoriedad de entregar el método en el consultorio (37 quejas), cobros indebidos (18 quejas), desabastecimiento de anticoncepción oral de emergencia (cinco quejas), registro irregular de las usuarias de métodos de planificación familiar (dos quejas), entre otras.

En el último estudio de Amnistía Internacional sobre salud materna (Amnistía, 2012), se indica que la incidencia de muerte en mujeres por causas vinculadas al embarazo y parto es alta, señalando que “el 27 por ciento de las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo ocurrieron mientras que la mujer estaba embarazada; el 26 por ciento durante el parto y el 46 por ciento durante las seis semanas siguientes al parto”<sup>3</sup>. Dentro del 27% de muertes de mujeres mientras estaban embarazadas, no se precisa la causa que conlleva a dicho fatídico resultado, entre dichas muertes podrían existir muchas originadas por abortos practicados en condiciones inseguras, lo cual no se evidencia porque no existe un registro que dé cuenta de las causas específicas. Este mismo informe muestra que la primera causa de mortalidad materna es la hemorragia (40,5%), la segunda

---

<sup>1</sup> Objetivos del Milenio: <http://www.unfpa.org.pe/InfoEstadistica/2013/EvolucionIndicadores/obj05.pdf>

<sup>2</sup> Véase: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/Informe-Defensorial-N-138.pdf>

<sup>3</sup> Cifras facilitadas a Amnistía Internacional por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, julio de 2008, para la elaboración de su Informe 2009: Amnistía Internacional. Demoras Fatales. Las barreras a la salud materna en Perú. Madrid: Amnistía Internacional (2009, p. 14).

la preeclamsia (18,9%), la tercera el aborto (6,1%) y la infección (6,1%). Un 26.5% de las muertes fueron por otras causas.

Frente a esta situación el Estado peruano aprobó, mediante la Resolución Ministerial No. 207-2009/MINSA de 27 de marzo del 2009, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015, cuya meta de reducir la mortalidad materna a 66 por 100 mil nacidos vivos al 2015. Para cumplir esta meta se esperaba poder articular el trabajo del sector salud con los tres niveles de gobierno y la sociedad civil.

En cuanto a la mortalidad materna en la región de Cajamarca ésta se encuentra entre los departamentos donde se producen el mayor número de muertes maternas. Al terminar el año 2012 en la Región Cajamarca fueron notificados 43 casos de muertes maternas, de las cuales 30 casos (75%) fueron muertes directas y 10 casos (25%), muertes indirectas, con una razón de 180 x 100000 nacidos vivos, razón similar a la reportada en el 2009 y ligeramente superior a la del 2010 y 2011 (157 y 137 respectivamente)<sup>4</sup>.

En la región Cajamarca la mortalidad materna según grupos de edades, se presenta con mayor cantidad en las mujeres entre los 25 a 29 años de edad (25,6 %) del total de madres fallecidas hasta el 2012, en nuestra región el 61.4% de mujeres que han fallecido han tenido entre 20 y 34 años de edad, lo que significa que aproximadamente el 56.3% de madres fallecidas son jóvenes (15 a 29 años de edad). El 0.8% de madres fallecidas son analfabetas, el 23% tuvieron primaria incompleta y solo un 48% primaria completa. El 14% de fallecidas eran madres solteras, el 69% convivientes y solo el 17% casadas. El 26% no vivía con su pareja, el 91% eran amas de casa y el resto eran estudiantes, empleadas del hogar y profesoras.<sup>5</sup>

En la Región Cajamarca la mayoría de muertes maternas durante el año 2012 ocurrieron, en el domicilio (34%) lo que hace suponer que la familia y las gestantes no identifican a los establecimientos de salud como lugar de atención de parto o acuden cuando el mismo se complica y no puede ser resuelto por familiares o parteras, teniendo

---

<sup>4</sup> Esta información fue tomada de la oficina de epidemiología –DIRESA Cajamarca (2012).

<sup>5</sup> Muertes maternas según nivel de Estudio Región Cajamarca, oficina de epidemiología –DIRESA Cajamarca (2012).

posibilidades disminuidas para poder responder ante la emergencia que se presenta. En relación del momento del fallecimiento, para el año 2012, el 37% de muertes maternas se presentaron durante el periodo de gestación, el 26% en el parto y el 37% durante el puerperio<sup>6</sup>.

Al terminar el año 2013 según la Red Nacional de Epidemiología se produjeron 31 muertes maternas y hasta la semana 43 del 2014 ya existen registradas 30 muertes<sup>7</sup>, situación que es alarmante y hace que reflexionemos en el porqué de estos sucesos. Los datos estadísticos señalan un grave problema social y es responsabilidad del Estado evitar más muertes de mujeres, la muerte materna es la expresión más flagrante de las condiciones de desigualdad que afectan principalmente a las mujeres donde muchas de ellas se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social y económica. Las mujeres que mueren por cualquier causa relacionadas al embarazo, el parto, o postparto, son por lo general las mujeres de más bajos ingresos, con menor escolaridad y que afrontan mayores dificultades de distinta índole en el acceso a los servicios de salud reproductiva.

Queda claro que la mortalidad materna es un problema social actual latente, y que para combatirlo se necesita el desarrollo de políticas públicas, pero no solo basta con crear políticas públicas al azar, ni gastar un presupuesto en cosas que aparentemente servirán para combatir este problema, una política pública debe estar bien desarrollada para que después de su ejecución se obtenga resultados positivos, el enfoque de los derechos fundamentales para crear una política pública debe ser la piedra angular de la misma ya que mientras persista el problema se está vulnerando derechos fundamentales de las víctimas, es decir, las madres, si el estado ha estado creando lineamientos y presupuesto para reducir las muertes maternas a través de varios periodos de gobiernos los datos estadísticos deberían reflejar un avance significativo, son varios años ya que aparentemente se intenta erradicar este mal y al parecer aún queda una ardua tarea por hacer, un enfoque intercultural y de derechos humanos al crear y ejecutar políticas de salud es fundamental, sobre todo para que éstas sean eficientes y que coadyuven a la erradicación de este problema.

---

<sup>6</sup> Información tomada de la oficina de epidemiología –DIRESA Cajamarca (2012)

<sup>7</sup> Información tomada de la Red Nacional de Epidemiología – (RENACE) DGE – MINSA (2014)

La problemática expuesta nos lleva a plantear la siguiente pregunta ¿Cuáles son los principales derechos fundamentales de las mujeres que se ven vulnerados como consecuencia de una política pública de salud reproductiva ineficaz para reducir la muerte materna en la Región Cajamarca?

La presente investigación se justifica en la necesidad e importancia de que el Estado respete los derechos fundamentales de mujeres, creando y ejecutando políticas de salud reproductiva eficientes que puedan prever y evitar muertes de mujeres durante el embarazo, parto o postparto y sobre todo que las políticas y gestión pública tenga un enfoque de derechos fundamentales.

## **MORTALIDAD MATERNA**

Antes de continuar es preciso conocer que es la mortalidad materna, sus causas y factores asociados, para orientar, definir y monitorear las políticas públicas para lograr una maternidad segura.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido que Muerte materna es la muerte de la mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada al embarazo, parto o puerperio, señala además que existe una **Muerte materna directa** la cual se produce como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados.

**Muerte materna indirecta:** son aquellas muertes que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo, por mencionar algunas de estas tenemos a una Tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía-bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, rabia, Diabetes mellitus, hipertiroidismo, Cáncer de algún órgano entre Otras patologías como Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, etc.

Existe además la **Muerte materna incidental o accidental** que se produce durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. Este tipo de muerte no se considera para el cálculo de razón o tasa de muertes maternas.

## **LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EFICACES COMO BASE PARA SALVAGUARDAR DERECHOS FUNDAMENTALES**

Es objetivo de la presente investigación instar a que las políticas públicas puedan cumplir con la finalidad por lo que se crearon, además demostrar que al no ser eficaces en su totalidad vulneran directamente derechos fundamentales de las mujeres, no se trata sólo de emitir políticas reaccionarias, sino que debe llevarse todo un proceso desde su formulación hasta su evaluación o control, López & Ayala (2014) Refiere, en su artículo a la política como una ciencia y arte de gobernar que trata de la organización y administración de un Estado en sus asuntos e intereses. *“Una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido”*.

Una política pública es la respuesta que el Estado o poder público otorga a las necesidades de la sociedad, en forma de normas, instituciones, prestaciones, bienes públicos o servicios, en ese sentido, está ligado directamente a la actividad del Estado en tanto ejecutor, es decir, involucra una toma de decisiones y previamente un proceso de análisis y de valorización de dichas necesidades; Dye (2008) define a la política pública “es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer”. Aguilar Villanueva (1996) en tanto, señala que una política pública es “en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en consecuencia, c) los hechos reales que la acción colectiva produce”. (Villanueva, 1996).

Finalmente, Kraft y Furlong (2006) plantean que “una política pública es un curso de acción o de inacción gubernamental, en respuesta a problemas públicos, las políticas públicas reflejan no sólo los valores más importantes de una sociedad, sino que también

el conflicto entre valores. Entonces, tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. Pero mientras la política es un concepto más amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas como manejar los asuntos públicos o situaciones socialmente problemáticas. En este contexto, las políticas públicas se soportan en determinadas posturas políticas, y estas últimas, son factores de viabilidad y factibilidad de la política pública en cuestión.

El fin de las políticas públicas se encuentra anclado en el asunto que se quiere resolver, o sea, la presencia de un problema público, en este caso la muerte de mujeres durante el embarazo, parto o postparto es un problema social latente por lo que es necesario, entonces, realizar el acercamiento a las políticas públicas desde la conceptualización de lo público y de un problema público, se podría definir a lo público como lo que afecta a los demás, lo que es de interés común o colectivo, diferenciándose de lo privado donde el interés individual es lo que prima.

La relación Estado-Sociedad, permite distinguir aquellos componentes políticos en la acción del Estado sobre la sociedad desde las Políticas Públicas: "Esto significa que la "relación estado-sociedad" se concreta a través de sucesivas "tomas de posición" (o políticas) de diferentes actores sociales y estatales frente a cuestiones problemáticas que plantea el propio desarrollo de la sociedad, la gobernabilidad y las políticas públicas se constituyen además en un eje principal e importante para la medición del éxito de un gobierno democrático, basado en el respeto de los derechos humanos y de las instituciones públicas.

Ya hablamos sobre mortalidad como problema público, política como una toma de decisión de poder general, política pública como la decisión para solucionar un problema público en específico, ahora hablemos sobre calidad, entendido como aquel proceso de desarrollo permanente, sostenido y monitoreado que permite contar por ejemplo con personal preparado, medicamentos no vencidos y disponibilidad de los equipos para hospitales, agua potable y segura entre otros, incluye además la protección de los derechos y el compromiso del Estado de garantizar que frente a una violación, el ciudadano(a) cuente con un mecanismo sencillo, breve y efectivo que resuelva, indemnice y de ser el caso sancione al infractor, la calidad entendida como tal se debe de extender al brindar un servicio público entonces para combatir el problema social de muerte materna se deben

de tomar decisiones políticas específicas que combatan el problema brindando un servicio de salud reproductiva de calidad y así no vulnerar derechos de mujeres.

Como dice (Lasswell, 1994) Esta valiosa herramienta de gestión pública debe tener una justificación necesaria y suficiente, tiene que ser indispensable para llegar a la solución del problema, estas decisiones garantizarán que los beneficiarios reciban la atención a sus demandas, expresando con claridad los objetivos y funcionalidad de los instrumentos, aplicando indicadores para medir los resultados de las acciones, con los principios de eficacia y eficiencia. Solo así se logrará el impacto deseado por el Estado y la sociedad.

Para poder llegar a la eficacia de una política pública, ésta en su desarrollo atraviesa varias etapas que configuran todo un ciclo. El ciclo, se “cierra” con un proceso de retroalimentación, entonces como dice (Godoy, 2009, pág. 5) La política pública no se extingue con la evaluación de sus resultados, sino que ésta puede dar lugar a una nueva definición del problema que inició el ciclo. Las principales fases del ciclo de las políticas públicas pueden darse de la siguiente forma: la identificación y definición de problemas; la formulación de políticas; la adopción de la decisión; la implantación y la evaluación.

Las etapas antes mencionadas tendrían que tener un mecanismo de control en el seno de las administraciones públicas que aseguren la legalidad de la acción pública en cualquiera de las fases previamente identificadas, El control de gestión se ocupa de la eficiencia interna, Según las teorías de la organización, control es “verificar si todo se da de conformidad con el programa adoptado, las órdenes dadas y los principios admitidos”.

La eficacia de la política pública tiene que ver con el logro de los objetivos establecidos previamente en la fase de formulación. Valorar la eficacia externa de la acción pública es una preocupación típica de la fase de evaluación de políticas. Se comparan los efectos o impactos observados con los objetivos de las políticas. En lo que respecta a la ineficacia en las políticas puede deberse a que no eran adecuadas, eran insuficientes, el comportamiento de los afectados o los ejecutores no era el adecuado o porque las circunstancias ya han cambiado



La eficacia de las políticas públicas deben ser la base para protección de los derechos fundamentales por lo que desde su planteamiento hasta la evaluación se debe tener en consideración condiciones tales como alcanzar un respaldo jurídico en el cual se explicita el reconocimiento de los derechos específicos del grupo de personas que lo demandan, se establezcan mecanismos pertinentes de exigibilidad y las regulaciones necesarias para garantizar la obligatoriedad de la ley, una segunda condición es que esta política debe tener una cobertura universal, ya que los derechos humanos son un reconocimiento universal de acceso a ciertos bienes y servicios, tratos y garantías de protección.

Las políticas establecidas deben de estar orientadas a fortalecer la equidad, como un instrumento que permita garantizar dicha universalidad, es decir, la inclusión de todas las personas sin ningún tipo de discriminación, como tercera condición es que debe incorporar de manera explícita y diáfana mecanismos que garanticen la participación activa de las personas individual u organizadamente.

Una cuarta condición consiste en que debe propiciar de manera manifiesta una serie de mecanismos de carácter técnico, político y cultural dirigidos a la atención, promoción y protección de tales derechos con el objeto de que se resguarde el principio de que la persona humana se encuentra por encima de cualquier consideración técnica o política.

Se observa pues que la política pública con enfoque de derechos va más allá de lo estatal así como amplía lo público fuera de los límites que establece el sistema político-administrativo formal. Su implementación tiene como imperativo organizar y orientar las acciones que realizan los diversos sectores sociales involucrados (las personas, de las comunidades, de los sectores empresariales, las organizaciones sociales y las organizaciones no gubernamentales) en redes que articulen lo local y lo nacional, lo privado y lo público en torno a la efectiva observancia de los principios éticos y morales que respaldan los derechos humanos.

En resumen, podríamos decir que reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna a tres cuartas partes, no será posible si el Estado peruano no impulsa su cumplimiento en el marco interpretativo de los instrumentos y conferencias de derechos humanos ya suscritos y/o ratificados. La realización de la maternidad segura y saludable está relacionada con el derecho humano a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la no discriminación, a la salud,

a la educación, al trabajo, a la libertad de conciencia y opinión; todo ello debe traducirse en políticas públicas y en un sistema de monitoreo y evaluación, que tenga en cuenta la nueva realidad del proceso de descentralización y que incorpore las prioridades nacionales y subnacionales, así como las desigualdades subyacentes, especialmente las de género e interculturalidad, determinantes de la salud de las mujeres.

## **DERECHOS FUNDAMENTAL A LA VIDA, SALUD, IGUALDAD & LIBRE DESARROLLO.**

A continuación haremos un recordaris de estos derechos los cuales creemos que son los principales que se vulneran cuando una política de salud reproductiva no alcanza en su totalidad los objetivos planteados o su ejecución es muy lenta.

### **Derecho fundamental a la Vida**

El derecho a la vida es uno de los Derechos Humanos Universales recogido y aceptado en todas las Constituciones Políticas y demás normas legales de los diferentes países del mundo, así como en los Instrumentos Internacionales. El Derecho Internacional obliga a proteger la vida humana, desde la concepción, es decir, tanto antes como después del nacimiento. Pues la evolución de la internacionalización de los derechos humanos alcanza mayor fuerza día a día y aceptación a nivel mundial.

Es justamente el Derecho Internacional uno de los principales promotores de los derechos humanos y de la protección de los individuos. El derecho a la vida constituye un valor supremo cuya titularidad corresponde a todos los individuos de la especie humana y cuya violación es de carácter irreversible, ya que desaparece el titular de dicho derecho.

### **Derecho fundamental a la Salud**

Correa, Praeli, & Ballesteros (2010, pág. 73) Refieren que “*el derecho a la salud no ha sido reconocido expresamente en la constitución como derecho fundamental, porque la mención constitucional a él está fuera del artículo 2*”, Sin embargo el Tribunal constitucional ha reconocido a este como derecho fundamental por su vinculación con la vida y con la integridad humana.

*El derecho a la salud y su relación inseparable con el derecho a la vida (...) 26. Actualmente, la noción de Estado social y democrático de derecho concreta los postulados que tienden a asegurar el mínimo de posibilidades que tornan digna la vida y, en esas circunstancias, se impone principalmente a los poderes públicos la promoción de estas condiciones. La vida, entonces, ya no pueden entenderse tan solo como un límite al ejercicio del poder, sino fundamentalmente como un objetivo que guía la actuación positiva del Estado.*

*Dichos postulados propenden la realización de la justicia que avala los principios de dignidad humana y solidaridad y traspasa el reducido marco de la legalidad con el que se identificaba la noción clásica del Estado de derecho. Ahora el Estado está comprometido a invertir los recursos indispensables para desarrollar las tareas necesarias que le permitan cumplir con el encargo social de garantizar el derecho a la vida, la libertad, la seguridad y la propiedad privada.<sup>8</sup>(...)*

La vulneración al derecho de la vida se ve reflejada en las muertes maternas directas que existen, y que muchas de ellas pudieron ser evitadas.

## **EL DERECHO DE IGUALDAD**

Este derecho fue conquistado por primera vez en el marco de la Revolución Francesa y reconocimiento en la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano de 1789, y en el Perú parcialmente con la Independencia en 1821 y reconocido en forma expresa y por primera vez en la Constitución de 1826 (art 142). (Los Derechos Fundamentales en el Perú. Víctor Julio Ortecho Villena)

En Perú se estableció este derecho como igualdad civil es decir únicamente ante la ley, esto significa que rigen las mismas leyes para todas las personas, se debe de interpretar en un “trato igual para todos”.

En nuestras legislaciones anteriores no se hacía mención al derecho de no discriminación, existió un avance en la constitución de 1839 en el art 178° se equipara por primera vez a los extranjeros con los peruanos en el goce de los derechos civiles, siempre y cuando se sometan a las mismas cargas y pensiones que estos, esto fue un paso muy importante ya que se reconoce derechos a todas las personas y no solo a los nacionales.

---

<sup>8</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional emitida el 20 de abril de 2004 en el Exp\_2945\_2003\_AA\_TC sobre acción de amparo interpuesta por doña Azanca Alhelí Meza García contra el Estado Peruano, representado en este caso por el Ministerio de Salud.

En la Constitución de 1933 en el artículo 23 la constitución y las leyes protegen y obligan igualmente a todos los habitantes de la Republica. Podrán expedirse leyes especiales por que lo exigía la naturaleza de las cosas pero no por la diferencia de personas.

## **ANTECEDENTES EN LA CONSTITUCIÓN DE 1979**

**Artículo 2. Toda persona tiene derecho:** ...2. A la igualdad ante la ley, sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, religión, opinión o idioma.

El varón y la mujer tienen iguales oportunidades y responsabilidades. La ley reconoce a la mujer derechos no menores que al varón...

En esta norma ya se configura una redacción global, protegen la igualdad ante la ley se podría decir de una forma integral, pero a su vez añade una clausula general que prohíbe la discriminación de cualquier otra índole, que es una norma hermenéutica positiva aunque de difícil aplicación por su amplísima generalidad.

Nuestra constitución reconoce, promueve, garantiza y asegura de que todas las personas sean tratados con igualdad para el buen vivir, sin distinción, para de esta manera de respete íntegramente a la persona humana.

Los instrumentos internacionales ratificados por el Perú se ocupan de la igualdad. La Declaración Universal de los Derechos Humanos dice: *“Artículo 1: todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”*.

Este artículo hace énfasis a los derechos de la persona humana con una visión integral, existe una percepción iusnaturalista según la cual los derechos existen antes del Derecho y solo con reconocidos por él.

Analizando otras dimensiones de la igualdad, muy necesarias en el mundo que vivimos por la diversidad de las desigualdades y las discriminaciones existentes la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas añade en su artículo 2º (...) *Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción*

*alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.*

En este artículo se reafirma que la persona como parte de la humanidad es igual a cada una de las demás.

Para el tribunal Constitucional el derecho a la igualdad y a la no discriminación contenida en el artículo 2º inciso 2 de la Constitución, es un principio de organización de la vida constitucional de la sociedad.

La igualdad debe ser percibida en dos planos: Primero: aparece como un principio rector de la organización y actuación del Estado, esto quiere decir que implica una proposición con sentido y proyección normativa o deontológica, que constituye parte del núcleo del sistema constitucional de fundamento democrática. Y Segundo: se presenta como un derecho fundamental de la persona, derivada de su naturaleza que consiste en ser tratada por igual que los demás en relación a hechos. (Evitar los privilegios y las desigualdades).

Estos dos planos nos muestra que el derecho a la igualdad puede ser exigido en cualquier recodo de la organización del Estado, porque cada persona y cada funcionario deben cumplirla no solo en sus quehaceres oficiales, sino en su trato cotidiano con los demás. Ya que en un país como el nuestro, en el cual la discriminación aún está muy marcada, el derecho a la igualdad dentro de nuestro sistema es un rato a cumplir.

El derecho de igualdad supone la abstención del Estado de decisiones o conductas que conduzcan a la diferenciación arbitraria, no razonable o no proporcional, la igualdad tiene que ver con las condiciones reales de existencia de las personas. La realidad es una de las dimensiones con las que hay que analizar lo objetivo, razonable y proporcional de las reglas de igualdad. Es por ello que el Estado debe hacer acción positiva, buscando la igualdad de oportunidades de las diversas personas a través de la promoción de los menos capaces para que puedan adquirir lo que les falta para estar en igualdad de condiciones con los demás para obtener los mismos bienes y servicios.

La igualdad se debe de manifestar en el Derecho tanto en la norma como la aplicación de la norma,

## **APLICACIONES ESPECÍFICAS DEL DERECHO A LA IGUALDAD**

El tribunal constitucional ha señalado temas fundamentales para la igualdad en sus sentencias, Así por ejemplo:

*(...)Constitucionalmente el derecho a la igualdad tiene dos facetas: igualdad ante la ley e igualdad en la ley. La primera de ellas quiere decir que la norma debe ser aplicable por igual a todos los que se encuentren en la situación descrita en el supuesto de la norma; mientras que la segunda implica que un mismo órgano no puede modificar arbitrariamente el sentido de sus decisiones en casos sustancialmente iguales , y que cuando el órgano en cuestión considere que debe apartarse de sus precedentes , tiene que ofrecer para ello una fundamentación suficiente y razonable (Sentencia del Tribunal Constitucional, emitida el 29 de agosto de 2007 en el Exp.0009-207-PL-TC)*

He tenido a bien considerar este derecho para hacer alusión básicamente al enfoque de interculturalidad el cual ha sido aplicado en algunos establecimientos de salud, mayoritariamente para atención tradicional del parto, lo que incluye la implementación de casas de espera, el parto vertical, En el caso del Perú, la homogeneidad nacional es parte de una realidad supuesta, donde coexisten muchos otros colocados en la marginalidad, justamente por su diferencia cultural con la tradición hegemónica, no es suficiente con resumir la mortalidad materna en una expresión global como una tasa o razón, pues al interior de ésta existen brechas que marcan las diferencias entre las mujeres, evidenciándose que quienes están más expuestas son las mujeres pobres, rurales, de comunidades nativas y también las adolescentes, estas últimas como grupo étnico están comprendidas en todas las otras dimensiones de la discriminación y exclusión.

## **DERECHO AL LIBRE DESARROLLO**

Este Derecho se encuentra declarado en el Art 2º inciso 1 de la constitución “*artículo 2. Toda persona tiene derecho: 1.A... su libre desarrollo y bienestar.*”

Su antecedente estaba en la constitución de 1979 “*Artículo 2. Toda persona tiene derecho.- 1... Al libre desenvolvimiento de su personalidad (...)*”

Carlos Mesía ha definido así este derecho

*El libre desarrollo de la persona significa la plena realización como ser humano. Supone, como afirma García Toma, el ejercicio de una facultad que reconoce a cada persona la posibilidad de hacer uso de todas sus potencialidades físicas intelectuales y morales en su propio beneficio, con la finalidad de alcanzar un nivel de vida cualitativamente mejor. Es el derecho de todo ser humano a lograr la realización de su personalísimo proyecto de vida, lo que es de imposible concreción si no se goza de los bienes materiales y espirituales indispensables para una existencia digna y compatible con la condición humana (2004, p. 100).*

El derecho al libre desarrollo consiste en la posibilidad de que debe tener cada humano de desarrollar todas sus potencialidades y que, en conjunto, son irrepetibles en otro ser humano. En otras palabras, el libre desarrollo de la persona no es sino lo que en términos de antropología filosófica se llama su Realización como ser humano. Es un derecho que se ejecuta necesariamente en el devenir, del presente hacia el futuro, para sentirnos realizados como seres válidos para nosotros mismos.

Este derecho protege a la persona en dos aspectos complementarios: el primero en mantener sus potencialidades como tales, es decir, establece el derecho de que no se le cierren posibilidades de desarrollo desde hoy en adelante dentro de la sociedad.

El segundo, en tomar las acciones que la conduzcan a desarrollarse dentro del cumplimiento de sus deberes y los límites que imponen las leyes.

El tribunal Constitucional ha dicho que el derecho al libre desarrollo pertenece a todos, al igual que otros derechos mencionados en la sentencia.

*Que, el principio de igualdad plasmado en la Constitución no solo exige, para el tratamiento desigual en la aplicación de la ley a las personas, que la finalidad legislativa sea legítima, sino que los que reciban el trato desigual sean en verdad desiguales, que los derechos personales a la dignidad, a la integridad física, psíquica y moral, al libre desarrollo y bienestar, al honor y buena reputación, a la vida en paz, al goce de un ambiente adecuado, al desarrollo de la vida y a no ser víctima de violencia no sometido a tratos humillantes, son derechos constitucionales aplicables a todo ser humano sin que interese su grado de educación, sus costumbres su conducta o su identidad cultural.*

*En lo que respecta a estos derechos fundamentales, todas las personas son iguales, y no debe admitirse, en algunas personas y en otras no, la violación de estos derechos (Sentencia del Tribunal Constitucional emitida el 29 de abril de 1997 en el Exp 0018-96-I-TC sobre acción de inconstitucionalidad interpuesta por el Defensor del Pueblo, don Jorge Vicente Sebastián de Noriega, contra el Art. 337° del Código Civil.)*

En otras palabras el libre desarrollo de la persona es la realización como ser humano, al ser todas las personas iguales no debe de admitirse en lagunas personas y en otras no la violación de estos derechos.

El libre desarrollo es una libertad de poder realizarse en todos los aspectos de la personalidad. Esto quiere decir que cada persona tiene la libertad de elegir los más diversos detalles de su vida su libre albedrío. Esto incluye aspectos específicos que el Tribunal ha vinculado a este derecho a través de la jurisprudencia:

El derecho de casarse libremente, donde se analizó y se señaló que se reconozca en la Norma Fundamental, siempre y cuando se encuentre en el ámbito de protección al derecho al libre desarrollo de la persona, reconocido en el art 2 de la Constitución inciso 1. (Sentencia del Tribunal Constitucional emitida el 24 de noviembre de 2004 en el Exp\_2868\_2004\_AA\_TC sobre acción de amparo interpuesta por José Antonio Álvarez Rojas contra el ministerio del interior.)

El párrafo de la jurisprudencia da una aproximación a la definición del libre desarrollo “el Derecho al libre desarrollo garantiza una libertad general de actuación del ser humano en relación con cada esfera de desarrollo de la personalidad. Es decir, de parcelas de libertad natural en determinados ámbitos de la vida, cuyo ejercicio y reconocimiento se vinculan con el concepto constitucional de persona como ser espiritual, dotada de autonomía y dignidad, y en su condición de miembro de una comunidad de seres libres “. Sentencia del Tribunal Constitucional emitida el 29 de abril de 1997 en el EPX-0018-96-I-TC, sobre acción inconstitucional.

Carlos Mesía (2004 p. 100) sostiene que El derecho al bienestar consiste en lograr la satisfacción de las necesidades de la persona dentro de un concepto de realización integral en la vida “

En este caso lo que el Estado debe buscar para la persona humana es que todas las personas sin ningún tipo de discriminación deben alcanzar un estado de bienestar, cubriendo con mayor eficiencia las necesidades, de acorde con la realidad vivida, es así que se podría lograr un alto grado de bienestar permitiendo el desarrollo de todas las



personas. El estado debe revisar todo los indicadores que permitan complementar nuestra legislación actual.

En síntesis, el derecho de libre desarrollo consiste en la posibilidad que debe de tener cada ser humano de desarrollar todas sus potencialidades y que en conjunto son irrepetibles en otro ser humano, ejercitando su libertad y realizándose como persona.

El derecho al bienestar consiste en lograr la satisfacción de las necesidades de la persona dentro de un concepto de realización integral a lo largo de la vida.

### **COMPROMISOS INTERNACIONALES RATIFICADOS POR EL PERÚ**

El artículo 12° de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, señala que “los Estados partes garantizarán a la mujer ser vicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando ser vicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

La política Décimo Tercera del Acuerdo Nacional, Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social, establece “la promoción de la maternidad saludable, con ser vicios de planificación familiar, libre elección de métodos y sin coerción, el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado, así como el incremento progresivo del porcentaje del presupuesto del sector salud”.

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

La obligación de los Estados de garantizar el derecho a la salud de todas las personas está reconocido tanto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece: “(...) *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales(...)* como en distintos instrumentos internacionales de derechos humanos que Perú se ha comprometido a respetar a través de su suscripción y ratificación como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, El Artículo 12° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Perú en abril de 1978, establece: “1. *Los Estados Partes ... reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, El Artículo 12° de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, ratificado por Perú en 1982, establece: “1. *Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia*”.

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

El Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales, de la Organización Internacional del Trabajo. El Artículo 25 del Convenio 169, ratificado por Perú en 1994, establece:

*“1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”.*

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

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

4. *La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país”. Además el derecho a la salud está protegido por instrumentos regionales de derechos humanos de los cuales Perú es Estado parte, como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". El Artículo 9 del “Protocolo de San Salvador”, ratificado por Perú en 1995, establece: “1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*

### **Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena (1993)**

El 25 de junio de 1993, representantes de 171 Estados aprobaron por consenso el documento Declaración y Programa de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, La Declaración de Viena hace hincapié además en la necesidad de que los demás instrumentos de derechos humanos sean ratificados con rapidez. "Al aprobar la Declaración", dijo el Sr. Fall en su discurso final ante la conferencia, "los Estados Miembros de las Naciones Unidas han prometido solemnemente respetar los derechos humanos y las libertades fundamentales, y emprender individual y colectivamente acciones y programas para lograr que el disfrute de los derechos humanos sea una realidad para todos los seres humanos”.

### **Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (1994)**

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo de 1994 se rompe con el esquema de las conferencias anteriores de priorizar las preguntas de cuántos somos y dónde estamos. Las conferencias anteriores sobre población, Bucarest 1974 y México 1984, centraban la discusión en el tema de la población mundial y los procesos migratorios.

La Conferencia de El Cairo centra el debate en el desarrollo de los grupos sociales y de los sujetos individuales como eje de la dinámica de población. Reconoce que si bien hombres y mujeres tienen realidades y necesidades comunes, las instituciones sociales

perpetúan una posición de desventaja de las mujeres con relación a los hombres. Es por ello que en la conferencia se realiza el empoderamiento de la mujer y la mejora de la situación de las niñas, conjuntamente con el derecho a la salud sexual y reproductiva, como estrategia importante para la reducción de la pobreza, mejora de la salud y la calidad de vida.

Bien se podría decir que el programa de acción (PA) que se discutió y acordó en la Conferencia de El Cairo, asumió lo acordado en conferencias previas, como el Programa 21 y la Declaración de Río de 1992 de la aprobado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medioambiente y el Desarrollo; los acuerdos de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia en 1990, y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena de 1993.

En la conferencia, además, quedaron sentadas algunas definiciones importantes. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y otorguen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

### **Conferencia de la Mujer en Beijing (1995)**

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer renovó el compromiso de la comunidad internacional con los objetivos de la igualdad entre los géneros, el desarrollo y la paz para todas las mujeres e hizo que el tema del adelanto de la mujer entrara en el siglo XXI.

## **ODM Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, Declaración y Programa de Acción del Foro del Milenio (Nueva York 2000)**

Los ocho objetivos de desarrollo del Milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el año 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial. Los objetivos han galvanizado esfuerzos sin precedentes para ayudar a los más pobres del mundo.

### **Objetivo 5: Mejorar la salud materna**

Este objetivo pretende reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna y tiene como indicadores la tasa de mortalidad materna, proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado, tasa de uso de anticonceptivos, tasa de natalidad entre las adolescentes, cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas), necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

## **POLÍTICAS DE SALUD MATERNA**

El sector salud se comprende por el espacio social de confluencia de personas, organizaciones y entidades, que realizan actividades (todas o algunas de ellas) relacionadas directamente con la salud pública e individual en el país, o que repercuten indirectamente en ella.

Está constituido por: El Ministerio de Salud, Prestadores de Servicios, Compradores o Financiadores Institucionales de Servicios, Entidades formadoras de Recursos Humanos en Salud, Entidades productoras de otros recursos en salud, Agencias o dependencias de otros Sectores del Estado con actividades de impacto sobre la salud o sus factores determinantes

La legislación peruana reconoce el derecho a la protección de la salud, en el capítulo segundo de la Constitución de 1993 referente a los Derechos Sociales y Económicos. El Artículo 7 de la Constitución peruana establece: *“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de*

*una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.*

Los Artículos 9 y 11 incluyen las obligaciones del Estado en materia de salud: *“el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud” (Artículo 9). “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento” (Artículo 11).*

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

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

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

a través de una evaluación del caso que realice el Servicio Social, eximiendo a las personas indigentes.

La Ley del Ministerio de Salud (Ley No 27657), de enero de 2002, creó el organismo descentralizado Seguro Integral de Salud (SIS) con el fin de asegurar el acceso de las personas en situación de pobreza y pobreza extrema a servicios de salud básicos<sup>9</sup>. Entre los distintos planes de atención que ofrece este Seguro están: el plan A orientado a niños y niñas de 0 a 4 años, que incluye atención preventiva de enfermedades, atención y tratamiento de enfermedades, atención de nacidos con VIH/SIDA, traslados de emergencia y cobertura de gastos de sepelio; y el plan C que focaliza en las mujeres gestantes e incluye control prenatal, atención del parto normal y de alto riesgo, atención del puerperio, atención de otros problemas de salud, traslados de emergencia y gastos de sepelio.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) de Perú<sup>10</sup>, la pobreza es la condición en la cual una o más personas no tienen sus necesidades básicas de alimentación satisfechas. En este sentido el INEI define: Pobreza total: Comprende a las personas cuyos hogares tienen ingresos o consumo per cápita inferiores al costo de una canasta total de bienes y servicios mínimos esenciales. Las canastas mínimas de consumo alimentario se obtienen ajustando los consumos promedio reales de cada región hasta alcanzar las 2.318 kilocalorías por día.

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

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

---

<sup>9</sup> Decreto Supremo No 003-2002-SA, del 25 de mayo de 2002

<sup>10</sup> Metodología para la Medición de la Pobreza en el Perú, INEI, Enero de 2000

Además, en diciembre de 2005, el Estado peruano adoptó el primer Plan Nacional de Derechos Humanos. Si bien este Plan no es aún operativo, el mismo incluye prioridades para garantizar el derecho a la salud, entre ellas: garantizar el ejercicio del derecho a la información en salud, con especial énfasis en la población de comunidades rurales e indígenas, con respeto de las diferencias culturales; fortalecer la política de recursos humanos orientada a mejorar las competencias y condiciones de empleo de los trabajadores del sector salud, tanto en el desempeño de sus funciones, como en la promoción y protección del derecho a la salud; profundizar los avances en la atención de calidad en los servicios de salud, y su adecuación cultural; y ampliar los mecanismos de financiamiento que garanticen el acceso y cuidado integral de la salud de la población de menores ingresos.

Sin embargo, a pesar de los compromisos legales y políticos que Perú ha asumido, de acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Salud de Perú, el 25 por ciento de la población del país, es decir cerca de 6.500.000 personas, no tiene acceso a la atención primaria de la salud<sup>11</sup>.

Los índices oficiales de mortalidad materna en Perú están entre los más altos de la región, según informes, la mayoría de las muertes maternas en Perú podrían ser evitadas si se implementan medidas y la debida atención médica. Por ejemplo, entre las principales causas de mortalidad materna, serían la hemorragia posparto, las infecciones, la hipertensión inducida por el embarazo, y causas derivadas de complicaciones durante abortos<sup>12</sup>.

Estos riesgos, además, se incrementan en mujeres gestantes que tienen desnutrición y anemia, entre las que se encuentran mayoritariamente las mujeres de poblaciones marginales. De acuerdo al Ministerio de Salud, en Perú el 32 por ciento de las mujeres en edad fértil tendrían anemia y el 13 por ciento mostrarían signos de desnutrición crónica. En el caso de los niños y niñas menores de 5 años, el 25 por ciento tendrían desnutrición

---

<sup>11</sup> Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 Ministerio de Salud (julio de 2002, p. 14)

<sup>12</sup> Iniciativa para mejorar la salud de la madre y del niño en zonas críticas del Perú, OPS/OMS – MINSa, Octubre 2004.



crónica, cifra que se eleva a 75 y 80 por ciento en zonas rurales, y el 50 por ciento en estas mismas zonas tendría anemia<sup>13</sup>.

Según la Defensoría del Pueblo, un 25 por ciento de la población nacional (6.8 millones) no cuenta con servicio de agua potable. Asimismo, algo más del 42 por ciento (11.5 millones) no cuenta con servicios de desagüe. La población que más sufre la falta de acceso a los servicios de agua y saneamiento son las poblaciones rurales (cerca del 40 por ciento sin agua y 70 por ciento sin alcantarillado sanitario)<sup>14</sup>.

De acuerdo a las estadísticas oficiales, la atención prenatal por profesionales de la salud y el parto en centros de salud se da en menor medida entre mujeres sin educación o con educación primaria, situación que afecta especialmente a las mujeres de origen indígena, entre las que se calcula que más del 40 por ciento no tiene acceso a la educación, ni siquiera al nivel básico.

## **EL PRESUPUESTO DEL SECTOR PÚBLICO PARA EL SECTOR SALUD**

El presupuesto del Sector Público, de forma similar al presupuesto de cualquier empresa o familia, está sujeto a una restricción impuesta por la cantidad limitada de recursos disponibles para gastar. Este límite, en el caso del Estado, se determina por la capacidad de recaudar ingresos permanentes principalmente a través de los distintos impuestos, gravámenes, contribuciones, y tasas que los ciudadanos pagamos.

Para definir dichos límites o “techos” presupuestales, se formula todos los años el Marco Macroeconómico Multianual, documento elaborado por el Ministerio de Economía y Finanzas y aprobado por el Consejo de Ministros, que contiene los supuestos y las metas de la política fiscal en forma agregada, para el año en que se formula el presupuesto, y para los dos siguientes años (con la finalidad de tener una visión multianual). Así, el Presupuesto es elaborado en base a la meta de gasto impuesta en el mencionado Marco, y tomando en consideración el cumplimiento de las reglas fiscales vigentes y un nivel de endeudamiento moderado para no recargar su costo para futuras administraciones y generaciones.

<sup>13</sup> Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012, Ministerio de Salud (julio de 2002, p. 12).

<sup>14</sup> Véase Informe Defensorial N° 94 Ciudadanos sin agua: análisis de un derecho vulnerado, p. 80.

Para el año 2014, los supuestos macroeconómicos que sustentan el Proyecto de Presupuesto del Sector Público fueron establecidos en el Marco Macroeconómico Multianual Revisado 2014-2016 que prevé cuentas fiscales equilibradas y un crecimiento de la producción de 6,0%. Los recursos del Proyecto de Presupuesto del Sector Público del año 2014 ascienden a S/. 118,9 mil millones y crecen 9,7% con relación al previsto para el año 2013. Cabe indicar que una política de disciplina fiscal y estabilidad macroeconómica como la aplicada en el Perú no ha impedido un aumento sustancial del gasto público en los últimos años. El Presupuesto del Sector Público se ha casi triplicado en términos nominales entre el 2004 y el 2014.

La salud desempeña un papel fundamental en el desarrollo humano, al tener un impacto en la calidad de vida futura de las personas y en su capacidad de generación de ingresos, contribuyendo de esta manera al desarrollo económico sostenido del país. Actualmente El Proyecto de Presupuesto en salud para el 2014 asciende a S/. 11 180 millones, aumentando en S/. 1 240 millones (12%) respecto al 2013, que se destinarán principalmente a mejorar los servicios de salud a través del fortaleciendo de los recursos humanos, el incremento de la cobertura, y el mejoramiento de los principales programas que buscan reducir la incidencia de enfermedades y universalizar sus prestaciones.

## **LINEAMIENTOS NACIONALES DE POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SALUD.**

### **El Plan Nacional Concertado de Salud**

Establece Los Lineamientos de Política de Salud 2007 – 2020 y CEPLAN Perú hacia 2021. Los cuales son la atención Integral de Salud a la Mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención, vigilancia prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, aseguramiento Universal, descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local, mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad, desarrollo de los Recursos Humanos, medicamentos de calidad para todos/as, financiamiento en función de resultados, desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud, participación Ciudadana en Salud, mejora de los otros determinantes de la Salud.

### **Política de Aseguramiento Universal en Salud**

El Aseguramiento Universal en Salud es el derecho que tiene todo peruano a la atención en salud con calidad y en forma oportuna desde el nacimiento hasta la muerte. Este no estaba consagrado en el país y se realiza a través de la promulgación de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Para su cumplimiento se han definido tres ejes estratégicos: Extender la cobertura de asegurados a nivel nacional, principalmente en los segmentos de bajos ingresos, Ampliar la cobertura de beneficios, es decir expandir los beneficios actuales en salud de acuerdo al perfil demográfico y epidemiológico de la población y con un enfoque integral de la atención. Para estos fines, el MINSA ha elaborado y validado clínicamente una propuesta de Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, en el cual se explicitan las condiciones asegurables y los procedimientos clínicos que cómo mínimo deberán ser financiados por cualquier tipo de institución aseguradora y Garantizar la calidad de la atención, mediante la introducción de garantías explícitas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud respecto de la oportunidad (tiempos de espera) y la calidad de la prestación de los servicios mediante estándares auditables.

### **Lineamientos Institucionales Nacional Según Plan Bicentenario Hacia 2021.**

Estos lineamientos tienen como objetivo: Garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el aseguramiento universal en salud, Descentralizar los servicios de salud y garantizar el acceso universal a la atención de salud y la seguridad social y a los servicios de agua potable y saneamiento básico, priorizando a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad y adoptando un enfoque de interculturalidad, Garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y priorizar las acciones para reducir la mortalidad materna y de niños entre 0 a 5 años, Fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, mentales y de drogadicción.

Establecer la normativa para proteger la salud ambiental y fiscalizar su cumplimiento, Promover la ampliación de la cobertura de la seguridad social en materia previsional a nivel nacional.

### **Lineamiento Institucional Región Cajamarca.**

El Plan de Desarrollo Regional Concertado 2021, aprobada según Ordenanza Regional N° 016-2010, pone en conocimiento los Lineamientos de Política de salud:

- Fortalecimiento de la capacidad resolutoria para la atención integral de salud prioritariamente en las Poblaciones dispersas y excluidas.
- Promover la atención integral mediante la extensión y universalización de la seguridad social (Sistema Integral de Salud).
- Facilitar la gestión sanitaria, recursos humanos, suministro y uso racional de medicamentos orientada a Solucionar problemas y la atención oportuna de los servicios de salud.
- Priorización y participación compartida entre el estado y la sociedad civil en las acciones de promoción y Prevención de la salud.
- Promoción de los servicios de salud con énfasis en la interculturalidad.
- Financiamiento y mejoramiento progresivo de infraestructura y equipamiento para brindar servicios de salud con calidad, en función a la demanda, respetando su idiosincrasia.
- Fortalecimiento del rol rector del Hospital Regional de Cajamarca.
- Reorientación de la cooperación externa acorde a la política nacional y regional.
- Promover conductas y estilos de vida saludables en todos los grupos etéreos de la población.

### **POLITICA DE EMERGENCIA EN CAJAMARCA**

#### **ALERTA N° 005-2012/GR-DRSC**

Desde el 30 de octubre del 2012 y con una duración indeterminada, a fin de implementar y ejecutar acciones con el propósito de asegurar la captación oportuna, y la atención médica de emergencias a toda gestante, responsabilidad de todo el personal que labora en establecimientos de salud, se dispuso lo siguiente:

- Permanencia del personal de salud en sus establecimientos.
- Evaluación exhaustiva de cada gestante como si fuera de riesgo para identificar tempranamente signos de alarma.
- Comunicación e intervención oportuna por niveles de complejidad de respuesta y administrativa para dar solución a la emergencia obstétrica.

- Fortalecimiento del trabajo comunitario: partera, promotor y autoridades locales, para la solución del problema presentado.
- Evaluación de la capacitación y de las réplicas permanentemente en el personal de los establecimientos sobre emergencias obstétricas.
- Se reconocerá el esfuerzo de los equipos de trabajo por las muertes evitadas.
- Toda muerte materna será auditada para identificar problemas en el proceso y determinar responsabilidades.
- Se aplicarán sanciones SEVERAS al personal de salud que incumpla sus funciones en el correcto manejo de la atención a las gestantes.

## **CONCLUSIONES**

De todo lo mencionado y visto las cifras estadísticas, se observa que existen incongruencias de parte del gobierno en el desarrollo de Planes y Programas de salud referentes a las mujeres ya que por un lado se crean Programas de protección que dicen apoyar la salud de las mujeres, y por el otro se incumplen acuerdos internacionales de parte del Gobierno Peruano y lo colocan como violador de derechos y acuerdos, esto reflejado en los últimos índices de muerte materna a nivel nacional.

Resulta preocupante y grave la situación a la que nos conducen la inadecuada implementación y control de las políticas públicas de salud materna, no podemos excusar que no hay presupuesto para implementación de buenas políticas de salud, lo criticable aquí es que no hay una buena distribución ni ejecución de gasto público, ni mucho menos un control eficaz que determine una verdadera rendición de cuentas.

Las políticas de salud imperantes en el país son inadecuadas e ineficientes. Esto se aprecia con mayor frecuencia en zonas rurales, pues en las políticas no se contemplan las diferencias culturales, geográficas, clima, ni los principales problemas de salud de la comunidad y de las mujeres.

Si bien el Estado ha estado implementando políticas de salud materna se observa que la tasa de mortalidad materna no ha variado mucho desde que suscribieron los objetivos del milenio por lo que es de vital importancia considerar para el diseño de las políticas públicas la elaboración de todo el ciclo de creación de las mismas, que permita identificar y acabar con el problema, pues en la mayoría de los casos no identifica de forma clara el

problema o necesidad que pretenden atender y esto se debe precisamente a que los diseñadores de políticas públicas no lo contemplan y surgen problemas con la ejecución de las mismas.

Si bien el Estado peruano ha implementado políticas para facilitar el acceso a la salud materno-infantil para las personas de bajos recursos, aún existen barreras económicas que limitan el acceso de muchas mujeres, de bajo ingresos a los servicios de salud.

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

Las autoridades deben monitorear y evaluar el funcionamiento del Seguro Integral de Salud y adoptar iniciativas para mejorar su eficiencia y adecuarlo a la realidad y las necesidades de las diferentes comunidades, especialmente en las zonas rurales.

## **RECOMENDACIONES**

Es recomendable que el Estado elabore e implemente en unos 100% políticas públicas con un enfoque intercultural y de género, que permitan reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio evitando con ello muerte de mujeres.

El Ministerio de Salud debe asegurar que se garantice una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud; protegiendo el derecho de acceso sin discriminación; y eliminando las barreras tanto económicas como culturales.

Se debe de implementar la legislación ya vigente, revisándola continuamente para mejorarla y garantizar que se eliminen las barreras que limitan el acceso de los grupos vulnerables a la salud materna.

## REFERENCIAS

- Amnistía, I. (2012). *Hacer Realidad Los Derechos Sexuales y Reproductivos Maco de Derechos Humanos*. Madrid, España: Editorial Amnistía Internacional (EDAI).
- Barrientos, M. R. (2003). *El derecho humano a la salud: Marco Constitucional y Legal*. Foro salud.
- Bazúa, F., & Valienti, G. (s.f.). Políticas Públicas. *Revista de Administración Pública*, 25-57.
- Bunge, M. (2009). *Filosofía Política, Solidaridad, Cooperación y Democracia Integral*. Barcelona: GEDISA Editorial SA.
- Carbonell, J. C. (204). *La Corte Interamericana de Derechos Humanos, Estructuram Funcionamiento y Jurisprudencia*. Lima: IDEMSA.
- Correa, M. R., Praeli, F. E., & Ballesteros, E. B. (2010). *Los Derechos Fundamentales en la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Godoy, L. D. (2009). *Las políticas públicas. El ciclo de las políticas públicas. Clases de políticas públicas. Eficacia, legalidad y control. Indicadores de Gestión*. La Mancha: Junta de comunidades de Castilla La mancha.
- Leal Zavala, R. S. (2013). *Situación Salud de la Mujer Región Cajamarca*. Cajamarca: Foro Salud.
- López, D. R., & Ayala, C. E. (5 de junio de 2014). *IUS Revista Jurídica-Universidad Latina de América*. Obtenido de ¿QUÉ ES UNA POLÍTICA PÚBLICA?: <http://www.unla.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20UNA%20POLITICA%20PUBLICA%20web.htm>
- Parada, E. L. (2004). *Introducción a las Políticas Públicas*. Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Personas, D. G. (2009). *Documento Técnico: Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015*. Lima: ARTPRINT.
- Rebaza, L. K., Mori, F. M., & Reyes, M. G. (2010). Mortalidad materna: factores determinantes modificables mediante políticas públicas en la región La Libertad. (U. C. Vallejo, Ed.) *Scientia - Revista Científica de la Universidad Cesar Vallejo*, 2(1), 22-33.
- Riestra, J. V., Pons, J. M., & Gonzales, F. A. (2008). *Manual de los Derechos Humanos*. Lima, Perú: Ediciones Jurídicas.
- Salazar, M. P. (2009). Necesidades, Derechos y Políticas Públicas: Una Mirada desde la Teoría Económica. *Revista Económica Institucional*, 253-269.
- Varas, T. I. (2012). *La reducción de la mortalidad materna y su relación con factores sociosanitarios asociados Perú 2001 – 2010*. Lima.
- Villanueva, L. F. (2007). *El estudio de las Políticas Públicas*. Mexico DF, Mexico: Porrúa.

---

**Correspondencia:** Universidad Privada del Norte. Av. Vía de Evitamiento C. 15, Cajamarca, Perú.

**Recibido:** 15/01/2016

**Aprobado:** 15/06/2016