

D EXIGE DIGNIDAD ((EXIGE DIGNIDAD))) EXIGE DIGNIDAD EXIGE DIGNIDAD EXIGE DIGNIDAD

DEFICIENCIAS FATALES

LAS BARRERAS A LA SALUD
MATERNA EN PERÚ

LA SALUD MATERNA
ES UN DERECHO HUMANO

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Amnistía Internacional es un movimiento mundial, formado por 2,2 millones de personas de más de 150 países y territorios, que hacen campaña para acabar con los abusos graves contra los derechos humanos. Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos. Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia en gran medida con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



© AMNESTY INTERNATIONAL PUBLICATIONS

Secretariado Internacional
Peter Benenson House
1 Easton Street
London WC1X 0DW
Reino Unido

Edición española a cargo de:
EDITORIAL AMNISTÍA INTERNACIONAL (EDAI)
Valderribas, 13
28007 Madrid. España
Teléfonos: (34) 91 433 41 16 / 91 433 25 20
Fax: (34) 91 433 65 68

www.amnesty.org/es

Índice: AMR 46/008/2009

Impreso por Artes Gráficas ENCO, S. L.
Sallaberry, 75 28019 Madrid, España

Depósito legal: M - - 2009

 Impreso en papel reciclado

© Reservados todos los derechos.

Esta publicación tiene derechos de autor, si bien puede ser reproducida por cualquier medio, sin pago de tasas, con fines educativos o para llevar a cabo acciones de protección y promoción de los derechos humanos, pero no para la venta. Los titulares de los derechos de autor solicitan que se les comuniquen los usos mencionados con el fin de evaluar sus efectos. Para la reproducción de este texto en cualquier otra circunstancia, su uso en otras publicaciones o su traducción o adaptación, deberá obtenerse el permiso previo por escrito de la editorial, y podrá exigirse el pago de una tasa.

Foto de portada: Mujeres indígenas amamantando a sus bebés mientras esperan frente a un puesto de salud de San Juan de Ccarhuacc, provincia de Huancavelica, una de las regiones más pobres de Perú, septiembre de 2008.

© Amnistía Internacional

DEFICIENCIAS FATALES LAS BARRERAS A LA SALUD MATERNA EN PERÚ

ÍNDICE

METODOLOGÍA	4
TERMINOLOGÍA	5
1/INTRODUCCIÓN	7
2/MORTALIDAD MATERNA Y DERECHOS HUMANOS	9
3/CAUSAS Y REMEDIOS	16
4/POBREZA Y DISCRIMINACIÓN	21
5/COSTE Y DESPLAZAMIENTO	25
6/SERVICIOS ADECUADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA CULTURAL	30
7/SEGUIMIENTO Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN	33
8/OMISIONES EN LAS POLÍTICAS	36
9/CONCLUSIONES	40
10/RECOMENDACIONES	42
APÉNDICE	45
NOTAS FINALES	46

© Amnistía Internacional



Criselda y Fortunato,
septiembre de 2008.

FORTUNATO SALAZAR SUTACURU

Fortunato Salazar Sutacuru tiene 21 años y vive en San Juan de Ccarhuacc, provincia de Huancavelica. Contó a Amnistía Internacional el dolor y la angustia que su esposa, Criselda, experimentó por la pérdida de su primer hijo, en 2008. Por entonces, Fortunato se encontraba trabajando en Lima debido a la falta de oportunidades de empleo en Ccarhuacc.

“Tenemos nuestros animalitos, ella ha ido a pastearlos al campo, es ahí donde se había resbalado y caído. Ahí seguro habrá muerto su bebé. Ya en la tarde cuando regresó empezó a tener dolores leves, nada fuertes. Entonces fue a la posta, en la posta le dijeron que el bebé estaba vivo en su vientre [...]. Pasados dos días perdió al bebé muerto.”

Fortunato y Criselda creen que el niño tal vez ya estaba muerto, y que uno de los problemas de las mujeres cuando acceden a los servicios de atención de la salud es la falta de comunicación. “Claro, eso es un problema, por ejemplo aquí hay mujeres que no hablan castellano [...] y ellas no entienden.”

Según Fortunato, otro problema en las zonas rurales es la falta de transporte adecuado: “No hay ambulancia. Cuando se presenta alguna emergencia, para ir de aquí demoramos dos, tres días y a veces en aquí mismo [las mujeres] mueren porque no hay movilidad; tampoco ambulancia”.

Entrevista con Amnistía Internacional, septiembre de 2008

METODOLOGÍA

Una delegación de Amnistía Internacional visitó Perú en julio de 2008. Sus integrantes se reunieron con altos funcionarios del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y el Seguro Integral de Salud (SIS) y con representantes de organizaciones médicas profesionales y organizaciones no gubernamentales nacionales que trabajan sobre el tema de la mortalidad materna. Las entrevistas se centraron en reunir información sobre los avances de las iniciativas de Perú para reducir la mortalidad materna evitable desde la publicación en 2006 del informe de Amnistía Internacional *Perú: Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil* (Índice: AMR 46/004/2006).

Al Reino Unido y Al Perú también visitaron la comunidad de San Juan de Ccarhuacc, situada en la provincia andina de Huancavelica, para hablar con las mujeres, sus familias y los profesionales de la salud sobre las dificultades que encuentran para acceder a la información y los servicios que necesitan a fin de pasar por la experiencia del embarazo y el parto de forma digna y segura. Huancavelica es una de las regiones más pobres de Perú y tiene uno de los ratios de mortalidad materna más elevados del país.

El presente informe se basa en estas entrevistas, así como en los resultados del trabajo de varios organismos nacionales e internacionales, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Defensoría del Pueblo de Perú, y en informes publicados por ONG peruanas e internacionales desde 2006 sobre diversos aspectos del embarazo, la maternidad y la mortalidad materna evitable en Perú.¹

Como en el informe de 2006, en éste Amnistía Internacional examina las iniciativas de Perú para reducir la mortalidad materna a la luz de las normas de derechos humanos y de los resultados de los organismos internacionales de derechos humanos.

Amnistía Internacional desea expresar su satisfacción por la franqueza y la transparencia con que se desarrollaron las reuniones y las entrevistas, tanto con las autoridades responsables de la salud en el ámbito local y nacional como con los profesionales y pacientes en los centros de salud visitados.

TERMINOLOGÍA

Muerte materna	La Organización Mundial de la Salud define la muerte materna como la defunción de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes al término de éste debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o con su atención o agravada por ella, siempre que no se trate de causas accidentales o incidentales.
Tasa de mortalidad materna	Número de muertes maternas por cada 100.000 mujeres en el grupo de edad de los 15 a los 49 años.
Ratio de mortalidad materna	Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.
Seguro Integral de Salud (SIS)	El SIS es el seguro de salud público de Perú, cuyo objetivo es garantizar el acceso a servicios de salud básicos a quienes viven en situación de pobreza y pobreza extrema. Funciona mediante el reembolso del coste de la atención prestada a grupos prioritarios.
Casas de espera maternas	Edificios (normalmente habitaciones) donde las mujeres que viven a gran distancia de los centros de salud pueden alojarse durante el periodo previo al parto. Se supone que están diseñadas para que sean culturalmente adecuadas para las comunidades a las que prestan servicio a fin de que las mujeres se sientan cómodas al utilizarlas.
Parto vertical	Consiste en dar a luz de pie, sentada, de rodillas o en cuclillas. El profesional de la salud permanece delante o detrás de la mujer para ayudarla durante el parto. Las mujeres suelen colgarse de una cuerda mientras dan a luz con este método, y reciben la ayuda física de sus maridos o de un familiar.
Promotores de salud	Hombres y mujeres voluntarios que proporcionan apoyo, información y formación sobre cuestiones de salud a las comunidades pobres, rurales e indígenas de todo Perú.
Preeclampsia o eclampsia	Trastorno propio del embarazo consistente en hipertensión y en la presencia de proteína en la orina (proteinuria); cuando también aparecen convulsiones se convierte en eclampsia.
Quechua	Lengua indígena, que es la lengua materna del 13,2 por ciento de la población de Perú. En las zonas rurales, este porcentaje alcanza el 30 por ciento de la población. ²



Mujeres indígenas amamantando a sus bebés mientras esperan frente a un puesto de salud de San Juan de Ccarhuacc, provincia de Huancavelica, una de las regiones más pobres de Perú, septiembre de 2008.

1/INTRODUCCIÓN

El ratio de mortalidad materna de Perú sigue siendo uno de los más altos de Latinoamérica, a pesar del considerable crecimiento económico del país en los últimos años.³ No hay acuerdo sobre la cifra actual de la mortalidad materna en Perú: mientras que el gobierno la establece en 185 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos,⁴ el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) la eleva a 240.⁵ Sin embargo, aunque la cifra varíe, tanto el gobierno como los expertos con los que ha hablado Amnistía Internacional coinciden en que es demasiado alta.⁶

La mortalidad materna es la mayor causa de muerte entre mujeres en edad fértil en los países en desarrollo. Y la inmensa mayoría de estas muertes son evitables. Los motivos por los que el embarazo y el parto siguen costando la vida a tantas mujeres hay que buscarlos en la violación de derechos humanos. Hay pocos datos precisos sobre la magnitud de la mortalidad y la morbilidad (enfermedad) maternas. Sin embargo, la información de que se dispone muestra que las tasas de mortalidad materna⁷ más elevadas corresponden invariablemente a las mujeres que viven en condiciones de pobreza.⁸ Al negárseles la posibilidad de opinar sobre la asignación de los recursos y el acceso al tipo de atención de la salud con que deben contar, la magnitud del sufrimiento y la muerte de las mujeres que viven en la pobreza es alarmante.

La mortalidad materna evitable es una violación de los derechos humanos de las mujeres.⁹ Viola su derecho a la vida, a no ser discriminadas, al disfrute del más alto nivel posible de salud y a la información. En muchos casos, es consecuencia de violaciones de su derecho a no sufrir violencia de género y a decidir de forma libre y responsable el número de embarazos que desean tener y el intervalo entre ellos. Todos estos derechos están recogidos en tratados de derechos humanos que han sido firmados y ratificados por Perú.

La importancia de reducir y evitar la mortalidad materna ha sido reconocida en el ámbito internacional y nacional. Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la ONU es reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015. En 2008, el gobierno de Perú anunció que la mejora de la salud materno-infantil era uno de los cinco objetivos estratégicos de su política social en 2008, y que esperaba reducir la mortalidad materna a 120 casos por cada 100.000 nacidos vivos para 2015.¹⁰

En 2006, Amnistía Internacional publicó *Perú: Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil*.¹¹ En este informe se abordaban algunos aspectos del cumplimiento por parte de Perú de su obligación, en virtud del derecho internacional de los derechos humanos, de garantizar la atención de la salud reproductiva y materno-infantil. Todo indicaba que, a pesar de los avances logrados, Perú aún no garantizaba la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud reproductiva y materna de forma no discriminatoria a las mujeres de comunidades marginadas o excluidas del resto de la sociedad por la pobreza y la discriminación social.

Uno de los factores que impiden que las mujeres de comunidades excluidas o marginadas consigan la atención de salud que necesitan es la desigual distribución de los centros, los bienes y los servicios de salud, y, lo más importante, de la atención obstétrica de urgencia (los denominados Cuidados Obstétricos de Emergencia o COEm). Una parte desproporcionada de los recursos se dirige a los sectores más adinerados e influyentes de la sociedad.¹² En el caso de mujeres pobres o indígenas, estos factores se ven agravados por la discriminación socioeconómica, étnica y de género que sufren para acceder a los servicios de atención de la salud en Perú. Además, las mujeres que viven en la pobreza están casi siempre excluidas de

los procesos de toma de decisiones políticas. Sus voces rara vez se oyen y sus opiniones no suelen influir en las leyes y políticas del Estado, y por tanto estas violaciones de derechos humanos pasan prácticamente inadvertidas para la sociedad y las autoridades.

Desde 2006, el gobierno de Perú, especialmente el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas, ha adoptado varias medidas positivas para reducir la mortalidad materna. En este informe se examinan algunos de los avances logrados y lo que aún queda por hacer. Las mujeres indígenas, sus familias y el personal de atención a la salud de San Juan de Ccarhuacc, en la provincia andina de Huancavelica, contaron a Amnistía Internacional sus experiencias con embarazos y partos. Sus historias reflejan la experiencia de las mujeres que viven en la pobreza en muchas zonas de Perú y ponen de manifiesto la necesidad urgente de que el Estado se ajuste a las normas de derechos humanos que se ha comprometido a respetar y defender. Amnistía Internacional está en deuda con todas las personas que accedieron a compartir experiencias a menudo muy penosas para ellas a fin de contribuir a la lucha en favor de los derechos humanos de las mujeres en Perú.



2/MORTALIDAD MATERNA Y DERECHOS HUMANOS

Cuando las mujeres mueren durante el embarazo o el parto porque un gobierno no aborda las causas prevenibles de muerte materna, ese gobierno está violando su derecho a la vida. A su vez, la muerte y las enfermedades maternas prevenibles tienen su origen en violaciones del derecho de las mujeres al disfrute del más alto nivel posible de salud, que incluye su derecho a acceder a una atención y unos servicios de salud que estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad.

El derecho de las mujeres a la información incluye su derecho a recibir una información sobre la salud sexual, reproductiva y materna que les permita decidir si quedarse embarazadas y cuándo, y dar el consentimiento informado a la contracepción y la atención de la salud sexual, reproductiva y materna.

Cuando a una mujer se le niegan estos derechos por su origen étnico o su situación socioeconómica, por su edad o por su género, también se está violando su derecho a la igualdad y la no discriminación. Cuando las mujeres no pueden decidir en cuestiones relativas a su sexualidad y sus vidas reproductivas sin sufrir coacción, discriminación y violencia, se les están negando sus derechos sexuales y reproductivos.

Todos éstos son derechos humanos y están protegidos en tratados internacionales en los que Perú es Estado Parte, como:

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- La Convención sobre los Derechos del Niño
- La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial
- El Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (Convenio 169 de la OIT)





Mujeres indígenas esperan frente a un puesto de salud de San Juan de Ccarhuacc, provincia de Huancavelica, septiembre de 2008.

- El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)

Estos derechos también están protegidos en las leyes nacionales de Perú, en concreto:

- El artículo 2 de la Constitución sobre el derecho a la vida y a no sufrir discriminación
- El capítulo 2 de la Constitución sobre los derechos sociales y económicos
- La Ley General de Salud

A continuación examinamos algunas normas internacionales clave.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU es responsable de vigilar la aplicación del derecho a la salud consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y publica directrices sobre la interpretación del Pacto. El Comité ha afirmado que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12) debe entenderse como un derecho inclusivo que abarca no sólo la atención de la salud oportuna y apropiada, sino también el derecho a los principales factores determinantes de la salud.¹³ Dicho de otro modo, el derecho a la salud incluye el derecho a disfrutar de toda la gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones necesarios para lograr el más alto nivel posible de salud, como:

- Acceso a agua no contaminada y potable y a condiciones de salubridad adecuadas
- Suministro adecuado de alimentos y nutrientes seguros
- Nivel de vivienda adecuado
- Condiciones de trabajo y medioambientales saludables
- Educación e información relacionada con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva

Otro aspecto importante de este derecho, según el Comité, es la *participación* de la población en todas las decisiones sobre la salud que se tomen en el ámbito comunitario, nacional e internacional.

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

Disponibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud pública y atención de la salud, así como los centros y programas de atención de la salud deben estar disponibles en cantidad suficiente.

Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud, así como la información sobre salud deben ser accesibles sin discriminación. Esto exige la eliminación de todo tipo de

barreras, incluidas las físicas y económicas, que surjan como consecuencia de la discriminación y la falta de información.

Aceptabilidad: los establecimientos, bienes y servicios deben respetar la ética médica y ser culturalmente adecuados y sensibles a las exigencias de género y ciclo vital. Además, deben estar diseñados para respetar la confidencialidad y mejorar la salud de las personas afectadas.

Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser científica y médicamente adecuados y de buena calidad. Esto exige, entre otras cosas, que el personal médico sea especializado, que los medicamentos y el material hospitalario estén científicamente aprobados y no caducados, y que haya agua no contaminada y potable y servicios sanitarios adecuados.

En virtud del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el derecho a la salud, debe lograrse progresivamente, por todos los medios apropiados, mediante la adopción de medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que disponga cada uno de los Estados Partes.

Sin embargo, el Comité ha aclarado varias **obligaciones básicas** de los Estados Partes para garantizar que al menos se dan sin demora los niveles esenciales de cada uno de los derechos recogidos en el Pacto. Incluso en momentos en que existen graves limitaciones en los recursos, los miembros más vulnerables de la sociedad pueden y deben ser protegidos mediante la adopción de programas de relativo bajo costo.¹⁴ El Comité considera que los Estados deberán cumplir las siguientes obligaciones básicas para asegurar el derecho a la salud:¹⁵

- Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud, y el derecho a acceder, sin discriminación, a ellos; proporcionar los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima, a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua no contaminada y potable.
- Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población. La estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente. El proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

El Comité identifica también obligaciones de prioridad comparable, como garantizar la atención a la salud reproductiva¹⁶ y materna (tanto prenatal como posnatal)¹⁷ y velar por la adecuada formación del personal de atención de la salud, incluida educación en salud y derechos humanos.¹⁸

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, responsable de vigilar la aplicación de la Convención, ha afirmado que el derecho a la salud de las mujeres requiere de los gobiernos intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a las mujeres, al igual que respuestas a la violencia contra las mujeres, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva. El Comité ha señalado que, a fin de hacer realidad el derecho a la salud, los gobiernos deben asimismo dar prioridad a la prevención de embarazos no deseados mediante la planificación familiar y la educación sexual, y reducir los ratios de mortalidad materna mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal.¹⁹

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Perú también ha asumido una serie de compromisos políticos en los foros internacionales en relación con el derecho a la salud y, en concreto, en relación con la salud materno-infantil. Uno de estos compromisos concierne a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la ONU, que incluyen el compromiso de reducir la mortalidad materna para 2015. Los ODM son una serie de prioridades de desarrollo acordadas internacionalmente que constituyen un potente programa de trabajo para la movilización para el cambio. Uno de estos objetivos es la reducción de la mortalidad materna y el acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5) y la promoción de la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3).²⁰

OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

REDUCIR EN TRES CUARTAS PARTES, ENTRE 1990 Y 2015, LA MORTALIDAD MATERNA

Indicadores:

- Tasa de mortalidad materna
- Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

LOGRAR, PARA 2015, EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD REPRODUCTIVA

Indicadores:

- 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

Fuente: Naciones Unidas. Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Portada oficial de la ONU para los indicadores de los ODM, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>, consultado el 5 de febrero de 2009.



© Salud sin Límites – Perú

Familia en el exterior de su casa en Occopampa, provincia de Churcampa, en la región de Huancavelica, junio de 2007.

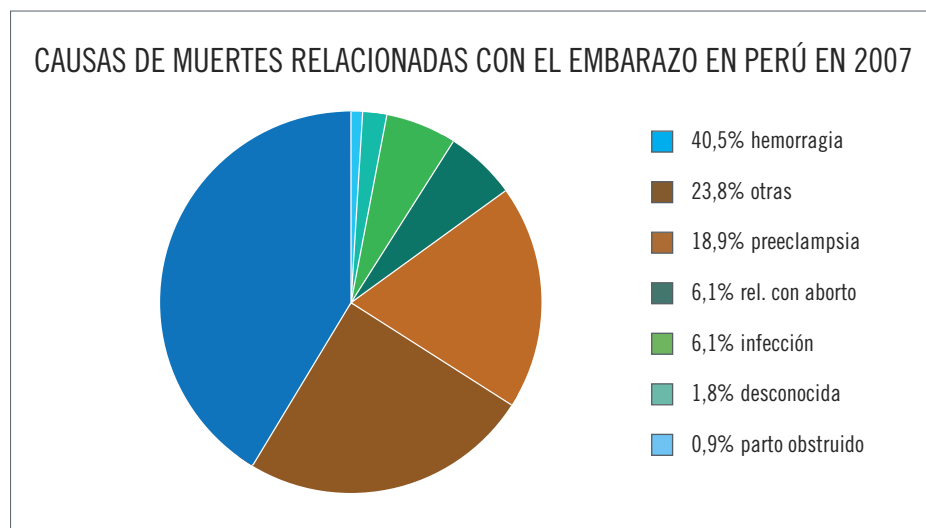
Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), aunque los ratios de mortalidad materna están descendiendo en todo el mundo y en todas las regiones, este descenso es demasiado lento para lograr el ODM 5. Para ello habría sido necesario un descenso anual del 5,5 por ciento, mientras que los descensos han sido de menos de un 1 por ciento.²¹ Además, las cifras recogidas por el UNFPA no muestran en qué segmentos de la población se está dando una reducción en los ratios de mortalidad materna. En septiembre de 2009 está previsto que Perú informe sobre los avances hechos para la consecución de los ODM.

COMPROMISOS DE EL CAIRO

En 2009 se conmemora el 15 aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, Egipto. En la Conferencia se aprobó un Programa de Acción que afirma la importancia de los derechos humanos para la consecución de los objetivos del desarrollo y exhorta a los países a que “se esfuercen por facilitar los servicios de salud reproductiva, mediante el sistema de atención primaria de la salud, a todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015”. Esta atención debería incluir asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos y atención después del parto; aborto hasta donde llegue la legislación de cada país, incluida la gestión de las consecuencias del aborto, e información, educación y asesoramiento en materia de sexualidad, salud reproductiva y paternidad. Los compromisos de El Cairo refuerzan los ODM.

3/CAUSAS Y REMEDIOS

Las estadísticas del gobierno peruano para 2007 muestran que el 27 por ciento de las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo ocurrieron mientras la mujer estaba embarazada; el 26 por ciento, durante el parto; y el 46 por ciento durante las seis semanas siguientes al parto.²² Las cinco principales causas de muertes relacionadas con el embarazo en Perú son: hemorragia, preeclampsia,²³ infección, complicaciones tras un aborto o un parto obstruido.



Cifras facilitadas a Amnistía Internacional por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud peruano en julio de 2008.

Es importante señalar que, según estudios recientes sobre la prevalencia de los abortos clandestinos (ilegales) en Perú y sobre el impacto de estos abortos en la salud de las mujeres, se calcula que una de cada siete mujeres que se someten a un aborto es hospitalizada por complicaciones derivadas del aborto. Las razones son variadas: inexistencia de complicaciones, autotratamiento o tratamiento privado y fallecimiento de la mujer antes de llegar al centro médico. Se calcula asimismo una omisión del 10 por ciento de los casos debido a que no se informa o se informa inadecuadamente sobre ellos.²⁴ Por consiguiente, no puede considerarse que el total de muertes por aborto notificadas sea una cifra precisa. Los mismos estudios señalan que el aborto es la tercera causa más importante de muertes maternas en Perú.²⁵

La mayoría de las muertes de causas maternas pueden evitarse. Estudios internacionales han demostrado que las mujeres siguen muriendo por la existencia de una serie de barreras o retrasos que impiden que tengan acceso a los servicios de salud que necesitan y en el momento en que los necesitan.²⁶ Estas barreras afectan desproporcionadamente a ciertos grupos de mujeres, en especial las que viven en la pobreza en zonas rurales y las mujeres indígenas.

EDUARDO LUCAS CRISÓSTOMO

“El principal problema cultural para el acceso a la salud es el idioma. Los principales desacuerdos con la comunidad son en el tema cultural [...]. Anteriormente, de 10 mujeres, sólo 4 o 5 iban a visitarse durante el embarazo. Las mamás y las abuelas se negaban a los controles de sus hijas en el puesto de salud. Ahora, el 98 por ciento de las gestantes se atiende en el puesto de salud. [La razón principal de este avance es] las capacitaciones, las intervenciones de algunas ONG, el programa Reprosalud.²⁷ Se han dado charlas a toda la comunidad, hablando sobre tipos de embarazo, peligros y riesgos. Sobre posibilidades de complicaciones o de muerte en partos complicados. El factor más predisponente que hace que las mujeres no vayan al centro de salud es el miedo, el temor [...]. También el analfabetismo de las mamás. No saben qué tipo de tratamiento dan, cómo es la consulta [...]. Si las madres fueran educadas, instruidas, sería mejor.

[El principal problema para la buena atención] es el transporte. En toda la jurisdicción, con siete establecimientos de salud, tenemos una sola ambulancia. A veces, hay dos o tres emergencias en el mismo momento. Sacamos a los pacientes con nuestros recursos, alquilando carros particulares, con todos sus riesgos que implica, por tratar de salvar una vida. A la ambulancia técnicamente le faltan muchas cosas. Más que nada, para atender emergencias, las ambulancias tienen que tener un equipo completo. La de acá sirve como transporte, pero no para resolver emergencias [...].

[Otra cosa que ayudaría a mejorar la situación es] [...] que apoye con más personal a las zonas más alejadas y en extrema pobreza. Lo que queremos es apoyo en recursos humanos.”

Eduardo Lucas Crisóstomo, técnico de salud en el puesto de salud de San Juan de Ccarhuacc, provincia de Huancavelica, septiembre de 2008

Estas barreras son con mucha frecuencia consecuencia de la actuación o la inacción del gobierno, y por consiguiente pueden superarse. Las soluciones –en el ámbito de la reforma jurídica, la salud pública y el empoderamiento de las mujeres, entre otros– son bien conocidas y han demostrado funcionar en la práctica. Son pluridisciplinarias y exigen una actuación integral del gobierno en relación con la condición y la toma de decisiones de las mujeres y su acceso a la atención de la salud.

Muchos expertos han señalado la gran importancia del acceso a atención obstétrica de urgencia: “Tras muchos debates, toma forma un enfoque mucho más centrado de la reducción de las muertes maternas. Diferentes grupos se centran en diferentes aspectos –atención obstétrica de urgencia, atención especializada por personal especializado, necesidades obstétricas no cubiertas–, pero todos se basan en el reconocimiento de que, si no hay capacidad para tratar a las mujeres con complicaciones obstétricas, no es posible reducir sustancialmente la mortalidad materna”.²⁸

La falta de acceso a esta atención viola el derecho humano de las mujeres al disfrute del más alto nivel posible de salud. En la práctica, el derecho a la salud implica el reconocimiento y la aplicación del derecho de las mujeres a la atención de la salud, que debe estar disponible y ser accesible, adecuada y de buena calidad.

La negación del **acceso** es una de las barreras fundamentales que impide reducir las muertes y las enfermedades maternas: el acceso a un centro de salud o a un profesional de la salud, o al equipo y las medicinas necesarias para el tratamiento de una enfermedad concreta; el acceso al transporte para llegar a los centros de salud, regresar desde ellos al propio domicilio o ser derivada a un centro de nivel superior donde pueda prestarse un tratamiento más complejo; y el acceso a la información sobre los problemas de salud y sus síntomas, las opciones de tratamiento y la disponibilidad y accesibilidad de la atención de la salud.

Muchas mujeres peruanas del ámbito rural viven demasiado lejos de un centro de salud o en zonas en las que no hay carreteras ni medios de transporte adecuados para desplazarse hasta estos centros en caso de emergencia. A menudo el centro de salud más cercano no dispone del equipo o de los medicamentos adecuados, o carece de profesionales formados para dar a las mujeres el tratamiento que necesitan, especialmente en casos de emergencia. Esta falta de **disponibilidad** es también una barrera para el acceso a la atención de la salud.

Incluso cuando la atención de la salud está disponible, la falta de información conlleva que muchas mujeres no sepan a qué atención pueden acceder o a qué síntomas deben estar alertas. Los 71 grupos étnicos de Perú utilizan muchos idiomas diferentes, y una importante proporción de la población tiene el español como segunda lengua o no lo habla en absoluto.²⁹ Esto afecta especialmente a las mujeres indígenas, que es menos probable que hablen español que los hombres, ya que no suelen viajar fuera de sus comunidades. A pesar de esta variada y compleja herencia lingüística, la información sobre la atención de la salud sigue dándose prácticamente toda en español y no es fácil conseguir intérpretes. Muchos profesionales de la salud de zonas rurales sólo hablan español y pueden no entender a las mujeres a las que tratan.

Otra importante barrera a la que se enfrentan muchas mujeres indígenas es que la atención de salud disponible no se les presta de una forma que les resulte **aceptable**. En otras palabras, no se sienten cómodas o seguras utilizando los servicios que se ofrecen y prefieren no recurrir a ellos. Algunas de las mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional informaron haber sido tratadas mal o irrespetuosamente por ser pobres o indígenas, y dijeron que ese trato era la experiencia habitual en sus comunidades. Además, los centros de salud y las técnicas que se utilizan para dar a luz pueden ser perturbadoras e incluso aterradoras para mujeres acostumbradas a otros procedimientos tradicionales de dar a luz. A consecuencia de ello muchas mujeres prefieren un riesgo real y conocido –dar a luz en la comunidad– antes que otro posible y desconocido –ser tratadas en un entorno que temen y de una forma que consideran ajena a su cultura.

El gobierno de Perú tiene que superar estas barreras si quiere que sus políticas de reducción de la mortalidad materna sean eficaces. No son barreras insuperables, pero es preciso reconocer su existencia para que se tomen las medidas adecuadas a fin de reducirlas y eliminarlas.

Hay medidas que son clave para reducir la mortalidad materna, como el acceso a personal capacitado de atención al parto y a atención obstétrica de urgencia.



Una doctora trata a una mujer embarazada en el puesto de salud de San Juan de Ccarhuacc, provincia de Huancavelica, septiembre de 2008.

El acceso a personal capacitado de atención a la salud durante el parto tiene un efecto importante en la mortalidad materna y es uno de los indicadores de los ODM: “La asistencia de personal debidamente capacitado, con adecuados equipos y opciones de traslado en caso de complicaciones tendría que ser el procedimiento normal en los partos para que se lograra una reducción significativa de las muertes maternas”.³⁰ Las cifras oficiales de Perú indican que más de la mitad de los nacimientos en las zonas rurales aún no son atendidos por un profesional de la salud.³¹ Aunque en el mundo muchas mujeres dan a luz sin que las atienda un profesional de la salud, se reconoce ampliamente que el acceso a personas capacitadas durante el parto es uno de los factores clave para garantizar un parto seguro. Este acceso es fundamental cuando surgen complicaciones durante el parto.

La mayoría de las complicaciones obstétricas se producen de forma imprevista en torno al momento del parto, y afectan a aproximadamente el 15 por ciento de las embarazadas.³² La atención obstétrica de urgencia es, por tanto, también un factor clave para evitar y reducir la mortalidad y la morbilidad maternas. En 1997, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) adoptaron los Indicadores de Proceso de la ONU para los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm), que recomiendan niveles para la distribución y la calidad de los centros y servicios y la medida en que los utilizan las mujeres que los necesitan. Los datos conseguidos sirven como puntos de referencia para evaluar las iniciativas de los gobiernos (véase el apéndice).³³

Según un informe publicado por la Defensoría del Pueblo de Perú en 2008, la mayor parte de los centros de salud con capacidad para atender urgencias obstétricas las 24 horas se hallaban situados en zonas urbanas. La mayoría de las zonas rurales no contaban con centros de salud que pudieran proporcionar atención de urgencia.³⁴

En los últimos años, el gobierno peruano ha tomado medidas para resolver algunas de estas desigualdades y reducir las barreras que las mujeres pobres, indígenas y campesinas deben superar para acceder a la atención a la salud materna, unas barreras inexistentes para las mujeres que no sufren pobreza o marginación. Entre estas medidas figura aumentar el número de establecimientos concebidos para acercar a las mujeres de comunidades rurales a los centros de salud, fomentar el uso de técnicas de dar a luz culturalmente adecuadas, dar clases de idiomas a los profesionales de la salud y presupuestar las políticas de salud de una forma más orientada hacia los fines que pretenden lograr. Los siguientes capítulos examinan el efecto de algunas de estas iniciativas sobre la protección y la promoción de los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, el parto y las primeras semanas de maternidad.

4/POBREZA Y DISCRIMINACIÓN

“[Otra cosa que ayudaría a mejorar la situación es] [...] que apoye con más personal a las zonas más alejadas y en extrema pobreza. Lo que queremos es apoyo en recursos humanos. Dos personas no son suficientes [para atender un puesto de salud].

La pobreza es una condicionante, una predisposición. La economía influye para que una mujer pueda ser trasladada y atendida en centros de salud más grandes, en Huancavelica. La decisión del marido [de buscar un medio de transporte o atención de salud en otros centros], en función de su economía, es muy importante.”

Eduardo Lucas Crisóstomo, técnico de salud en el puesto de salud de San Juan de Ccarhuacc, provincia de Huancavelica, septiembre de 2008

En Perú, la mayoría de las mujeres pobres y marginadas viven en comunidades rurales o indígenas. Según las cifras oficiales de 2008, el 57,7 por ciento de la pobreza se concentra en la población rural, pese a que ésta sólo representa poco más de un tercio de la población total. Ocho de cada 10 personas que viven en situación de extrema pobreza residen en zonas rurales del país.³⁵ La pobreza es un factor determinante de la supervivencia de una mujer al embarazo. La inmensa mayoría de las mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo en todo el mundo proceden de entornos pobres y marginados.³⁶

Las cifras facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática ponen de manifiesto graves desigualdades en la prestación de servicios de salud a mujeres que viven en la pobreza. Las cifras del INEI señalan que, en 2007, sólo el 36,1 por ciento de las mujeres pertenecientes a los segmentos más pobres de la sociedad que dieron a luz entre 2002 y 2007 afirmaron que su último parto había sido en un centro de salud, comparado con el 98,4 por ciento de las pertenecientes a los segmentos más ricos de la sociedad. Igualmente, en el mismo periodo de cinco años, sólo el 35,9 por ciento de las mujeres de los segmentos más pobres de la sociedad habían sido atendidas por un profesional de la salud durante su último parto, frente al 99,2 por ciento del segmento más adinerado.³⁷ El vínculo entre pobreza y mortalidad materna en Perú se ha demostrado claramente, la última vez en un informe de la Defensoría del Pueblo que pone de manifiesto el hecho de que las regiones más pobres del país son también aquellas que tienen una cifra más elevada de muertes por causas relacionadas con el embarazo.³⁸



El derecho internacional prohíbe toda forma de discriminación, sea intencional o de hecho.³⁹ Cuando la atención de la salud u otros servicios públicos se prestan de una forma que tiene un impacto desproporcionado sobre uno o varios grupos concretos, el Estado viola su obligación de no discriminar.

Las prácticas de discriminación racial, étnica y de género que impiden en la actualidad a las mujeres acceder a la atención de la salud tienen una larga historia, en parte documentada en el Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), publicado en agosto de 2003. La Comisión fue creada en 2001 con el mandato de determinar las circunstancias que rodearon los graves y numerosos abusos contra los derechos humanos perpetrados durante los 20 años de conflicto armado interno de Perú, que terminó en noviembre de 2000. El Informe Final de la Comisión documenta miles de casos de graves abusos contra los derechos humanos perpetrados tanto por los grupos armados de oposición Sendero Luminoso y Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA) como por las fuerzas de seguridad del Estado.⁴⁰ El informe concluye que en ocasiones estos abusos constituyeron crímenes contra la humanidad y detalla abusos que fueron específicos de género, pues sólo afectaron a las mujeres, por ejemplo, los casos de esterilización forzada.⁴¹

Aunque en los últimos años se han tomado medidas para resolver algunos de los abusos expuestos por la Comisión de la Verdad, las prácticas de discriminación racial, étnica y de género que el informe describe aún persisten. Actualmente, como en el pasado, la discriminación, las privaciones y la exclusión niegan a miles de personas sus derechos humanos.

Por ejemplo, muchas personas aún no tienen documentos de identidad. Esto es en parte consecuencia del periodo de conflicto armado interno, en el que fueron destruidos muchos documentos. Sin embargo, la situación se ha perpetuado por el hecho de que las



Todas las fotos © Salud sin Límites – Perú



Occopampa, provincia de Churcampa en la región de Huancavelica, junio de 2007.

Izquierda: Dar al luz en posición vertical es un método tradicional empleado en el Perú andino. En 2005, el Ministerio de Salud publicó unas directrices sobre el uso de este método para garantizar que los profesionales de la salud ofrecen esta posibilidad a las mujeres.

Centro: Antes y después del nacimiento, las mujeres pueden descansar acompañadas de su familia en casas de espera maternas cercanas al centro de salud.

Derecha: Una familia abandona el centro de salud de Occopampa con su bebé recién nacido.

personas que viven en la pobreza no tienen acceso a los procesos administrativos que les permitirían conseguir documentos de identidad legales. La falta de documentos oficiales se traduce en la práctica en la restricción del disfrute de derechos civiles y políticos, como el derecho al voto. También niega los derechos sociales y económicos. Por ejemplo, limita el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS), el programa de salud pública que permite a las mujeres que viven en la pobreza acceder a servicios gratuitos de atención de la salud materna, porque para inscribirse en el SIS son necesarios documentos de identidad. Según el censo de comunidades indígenas de 2007, el 14,9 de la población mayor de 18 años censada no tenía documentos de identidad peruanos. Este porcentaje era superior en el caso de las mujeres (18,1 por ciento) que en el de los hombres (12,2 por ciento).⁴²

El legado de graves y numerosos abusos durante el conflicto armado continúa afectando a las vidas de las mujeres en la actualidad. Muchas se han quejado de problemas de salud mental y física, incluidos problemas de salud reproductiva, consecuencia de la violencia a la que fueron sometidas. Sólo comprendiendo este legado pueden comenzar a entenderse la desconfianza y los temores que sienten las mujeres indígenas y campesinas ante las autoridades y las personas ajenas a su comunidad. Y también en relación con él debe juzgarse el fracaso de las autoridades a la hora de proporcionar una atención de la salud que esté disponible y sea accesible, aceptable y de buena calidad.

Según el censo nacional de comunidades indígenas de 2007, el 59,1 por ciento de las comunidades censadas no tenía ningún establecimiento de salud y en el 40,9 restante se trataba de un botiquín (45,4 por ciento) o de un puesto de salud (43,3 por ciento), una de las instalaciones de salud más básicas. Sólo el 10,9 por ciento tenía acceso a un centro de salud (un tipo de establecimiento que va un lugar por delante del puesto de salud en cuanto a equipamiento).⁴³

Con demasiada frecuencia, la muerte de una mujer durante el embarazo o el parto, junto con la falta de políticas sociales adecuadas, sumerge a su familia aún más en la pobreza. Los estudios han demostrado que los efectos que tiene la muerte de una mujer en el parto sobre su familia y su comunidad pueden ser profundos y duraderos. La carga de cuidar del resto de los hijos y de compensar la pérdida de uno de los principales sostenes de la familia suele recaer sobre los hijos más mayores o sobre otros miembros de la familia, y esto les impide continuar con su formación, limitando así sus oportunidades en el futuro. Sin acceso a la educación, los niños que viven en la pobreza se convertirán probablemente en adultos que viven en la pobreza... y continuarán el ciclo.

JOSÉ MENESES SALAZAR

José Meneses Salazar, de 24 años, natural de San Juan de Ccarhuacc, provincia de Huancavelica, es el mayor de nueve hermanos. Contó a Amnistía Internacional que su madre había muerto de parto en 1999, cuando él tenía 15 años. La mujer no había querido ir a las revisiones del centro de salud por temor a que el personal no la tratara bien. Cuando se puso de parto, la obstetra (comadrona) del puesto de salud de San Juan de Ccarhuacc estaba de permiso, motivo por el cual el padre de José y otros familiares atendieron solos el parto. Sin embargo, tras dar a luz a una niña, la madre no expulsó la placenta y no supieron qué hacer. Dos horas después, la madre de José murió. La niña sobrevivió.

José describió el enorme impacto que tuvo la muerte de su madre sobre la familia. Su padre los abandonó y él tuvo que hacerse responsable de la familia y de su pequeña parcela, lo cual le supuso tener que dejar los estudios. Su hermana también tuvo que dejar el colegio para ayudar, y por eso es casi analfabeta.

José vive ahora con tres de sus hermanos, su esposa y dos hijos. Por la experiencia vivida con su madre, ha apoyado la asistencia de su esposa a las revisiones prenatales y la ha llevado a la casa de espera materna antes de dar a luz. José contó a Amnistía Internacional que el centro de salud necesita con urgencia más personal y equipo, especialmente un escáner para ver el desarrollo del feto y predecir con más exactitud la fecha del nacimiento. Espera que consigan profesionales de la salud que se queden en la

comunidad. También espera que se resuelva mejor el transporte de las mujeres a otros centros de salud en los casos de urgencia.



© Amnistía Internacional

5/COSTE Y DESPLAZAMIENTO

El coste del tratamiento y la dificultad de los trayectos hasta los centros de salud son dos importantes barreras para la atención de la salud de personas que viven en zonas rurales pobres. Como dijo a Amnistía Internacional una promotora de salud: “[...] no hay movilidad. Las mujeres llegan enmantadas [en camillas muy rudimentarias de cañas y manta]. Esto debe mejorar. Debe haber moto, carro o ambulancia. Hay casos que mientras trasladan a la gestante en labores de parto a la casa de espera, a mitad del camino da a luz. Y esto es muy peligroso”. Cuando se presentan complicaciones obstétricas, estas barreras pueden resultar fatales.

En Perú existe atención gratuita de la salud materno-infantil y ayuda al pago de gastos médicos para las personas que viven en la pobreza. En ciertas zonas, los niveles de pobreza son tan extremos que toda la comunidad tiene derecho a recibir la atención médica gratuita que proporciona el SIS. Por ley, las personas que pueden acogerse al programa de salud pública sólo deben pagar 1 nuevo sol (0,30 dólares estadounidenses) para entrar en el programa. No debe pedírseles ningún otro pago. El SIS es la base del modelo de “Seguro Universal de Salud” que ahora se propone. Por consiguiente, es fundamental que se identifiquen y resuelvan las dificultades existentes sobre ámbito, cobertura y accesibilidad para evitar en el futuro falta de cobertura, mala gestión y abusos.

En 2006, Amnistía Internacional señaló las barreras económicas que las mujeres que viven en la pobreza afrontan a la hora de acceder a la atención de la salud materna. Para 2008 todo apuntaba a que el número de personas cubiertas por el SIS había aumentado significativamente.⁴⁴ Sin embargo, según los informes, algunos proveedores de ayuda seguían diciendo a las mujeres, en contra de la política oficial, que “[la cobertura que proporciona] el SIS es sólo una vez al mes. Si vienen ustedes por segunda vez, tienen que pagar”. Además, según el censo de comunidades indígenas de 2007, el 46,5 por ciento de la población censada no estaba cubierta por ningún tipo de seguro de salud.⁴⁵

La oficina del SIS ha informado de la creación de su propia Defensoría del Pueblo para recibir denuncias sobre la prestación y la cobertura del seguro. Se trata de una iniciativa relativamente reciente por parte del SIS. Amnistía Internacional no sabe de ningún resultado o informe oficial de la oficina.

Los costes informales del transporte –el coste del transporte a y desde los centros de salud– también pueden actuar como barrera para el acceso a la atención de la salud materna. Aun cuando las familias puedan costear este gasto, a menudo no hay un autobús o una ambulancia que las traslade, ni siquiera carretera para hacerlo. En las zonas rurales se invierte poco en infraestructuras, y esto afecta directamente al acceso de las mujeres a la atención de la salud. Teóricamente, los gastos de transporte de las mujeres que tienen derecho a cobertura son pagados por el SIS mediante la asignación de fondos a los





Mujer embarazada en una casa de espera materna de Huancarani, a las afueras de Cuzco, marzo de 2008.



© Salud sin Límites - Perú

Muchas mujeres de zonas rurales de Perú tienen que realizar desplazamientos difíciles para acudir a los centros de salud, bien porque no existe un medio de transporte, por las malas condiciones de las carreteras o por la falta de dinero para pagar el transporte.

establecimientos de salud, aunque en la práctica esto no parece solucionar el problema del acceso al transporte de las comunidades pobres y rurales. Las casas de espera maternas,⁴⁶ una iniciativa promovida por el gobierno, pueden considerarse un buen intento de resolver el problema, siempre que se establezcan adecuadamente. Sin embargo, también presentan dificultades, como el transporte para llegar a ellas y la falta de servicios que ofrecen (véase el capítulo 6). Una evaluación realizada en 2007 por el Ministerio de Salud de un proyecto financiado por una entidad donante señalaba que uno de los principales retos era llegar a acuerdos entre los diferentes sectores del Estado para mejorar la infraestructura de los transportes y las carreteras y asignar más recursos.⁴⁷

Según el INEI, los datos recogidos en marzo de 2007 y de nuevo en marzo de 2008 muestran un descenso, entre la población en general, del número de personas que señalan el coste como motivo para no acudir a un centro de salud. La cifra bajó del 24,5 por ciento en marzo de 2007 al 19,9 por ciento en marzo de 2008. Por otro lado, en las mismas fechas, el número de personas que afirman que no acudieron a un centro de salud debido a la distancia, la falta de confianza en los servicios de salud o los retrasos en recibir el tratamiento, ascendió del 11,8 por ciento al 12,7 por ciento.⁴⁸

La realidad es que cualquiera de estas barreras es suficiente para impedir que las mujeres accedan a la atención de la salud materna, especialmente en casos de urgencias obstétricas, donde el establecimiento de salud más cercano tal vez no ofrezca el nivel de atención necesaria. Si la atención de la salud es gratuita o las mujeres pueden cubrir sus costes, pero no pueden conseguir medios de transporte, no obtendrán los servicios y la atención que necesitan. Por otro lado, si consiguen medios de transporte, pero no pueden costear la atención de la salud o cosas básicas como la comida, también se les estará negando la atención que necesitan.

YOLANDA SOLIER TAIPE

Yolanda Solier Taipei tiene 33 años y está embarazada de su séptimo hijo. Vive a aproximadamente una hora del puesto de salud (posta médica) de Ccarhuacc por un camino intransitable para automóviles.

“La principal dificultad que tengo es la distancia que existe entre mi vivienda y la posta médica, tengo que caminar cerro arriba para ir a realizar mi atención y control de embarazo [...]. Otra dificultad es que no me puedo desplazar con rapidez, sino [que] lo realizo lentamente, despacio [...]. Sí, señorita, no camino rápido, camino más contrario despacio, ésa es mi dificultad, además que mi vivienda no cuenta con carreteras y tengo que caminar mucho, más bien les pediría a ustedes [que] nos apoyen con la construcción de carreteras y enviando esta petición a nuestras autoridades.

[...] Allí [en la casa de espera materna] tuve a mis demás hijos, a todos. Fui caminando hasta allí, pero allí no tenemos nada: ni comida ni un lugar para prepararnos nuestros alimentos ni podemos quedarnos nosotras las mujeres que vamos desde lejos [...]. Sirve sólo para alumbrar y no brinda las demás atenciones de cuidado posparto.”

Entrevista con Amnistía Internacional, septiembre de 2008

6/SERVICIOS ADECUADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA CULTURAL

En sus conversaciones con Amnistía Internacional en julio de 2008, las autoridades del Ministerio de Salud, incluido el entonces ministro, destacaron las siguientes medidas como políticas clave concebidas para aumentar el acceso de mujeres pobres e indígenas a la atención de la salud materna:⁴⁹

- Aumentar la creación y el uso de las casas de espera maternas;⁵⁰
- Aumentar la promoción del método del parto vertical, con publicación de directrices al respecto;⁵¹
- Programa de enseñanza del quechua a los profesionales de la salud.

Las mujeres dijeron a Amnistía Internacional que las casas de espera maternas, aunque eran bienvenidas, no siempre cubrían sus necesidades. Casimira Taipe Sutacur, promotora de salud comunitaria de San Juan de Ccarhuacc, provincia de Huancavelica, dijo a Amnistía Internacional: “A veces el esposo hace de padre y madre durante este periodo: cocina para los hijos, para la esposa que está en la posta, y tiene que caminar dos o tres horas para llevarle la comida allí. Y la comida llega fría y esto sienta mal. La mujer se enferma [...]. En la casa de espera no dan comida ni hay cocina para preparar ahí caliente”.

Según cifras oficiales, el número de casas de espera de Perú ha pasado de 99 en 2000 a 390 en 2008.⁵² Sin embargo, la distribución de estas casas sigue sin ser uniforme y no es adecuada para facilitar el acceso de las mujeres a la atención de la salud materna y la atención obstétrica de urgencia que necesitan. Una investigación realizada por la Defensoría del Pueblo en 2008 puso de manifiesto el hecho de que gran número de casas de espera maternas se habían construido cerca de establecimientos de salud que no prestaban los servicios de atención de la salud materna necesarios (parto con internamiento). Al recabar información para su estudio, la Defensoría visitó 92 centros de salud que, según la clasificación peruana de los establecimientos de salud, estarían en condiciones de proporcionar el nivel de atención de la salud materna necesario durante el parto, y por tanto deberían participar de la gestión de una casa de espera adyacente. Sólo algo más del 30 por ciento estaban en zonas rurales, aunque los de mayor nivel desde el punto de vista técnico –como los hospitales regionales– estaban todos en zonas urbanas. De los 92 centros de salud, sólo 17 (el 18,5 por ciento) tenían una casa de espera adjunta, y sólo 8 de ellas estaban en zonas rurales. Esto significa, por tanto, que 21 de los establecimientos de salud situados en zonas rurales no tenían una casa de espera adjunta, aunque tuvieran suficiente capacidad técnica para la prestación integral de servicios de atención de la salud materna.

La conclusión del informe de la Defensoría fue que no sólo debían hacerse esfuerzos para mejorar el nivel técnico de los establecimientos de salud en las zonas rurales, sino que también era necesario efectuar una reevaluación de la ubicación actual de las casas de espera. El estudio halló también que, aunque todos los profesionales de la salud debían promover activamente el uso de las casas de espera, sólo el 24 por ciento de los entrevistados lo hacían.⁵³

Una evaluación de la dotación de las casas de espera maternas realizada en 2007 por el Ministerio de Salud reconoció que una importante dificultad estribaba en el peligro de que se las considerara establecimientos de salud de nivel intermedio. El estudio señaló la necesidad de definir con más claridad la función de estas casas para evitar confusiones y concretar responsabilidades.⁵⁴ Según los resultados de Amnistía Internacional, esto es lo que ocurre de hecho en comunidades como San Juan de Ccarhuacc, donde las mujeres suponen que van a dar a luz en la propia casa de espera y donde el puesto de salud del que ésta depende no tiene el nivel suficiente para prestarle apoyo, y tampoco dispone de los recursos necesarios para ocuparse de casos que presentan complicaciones obstétricas.

Respecto al método de parto vertical,⁵⁵ el informe de 2008 de la Defensoría afirmó que el 80 por ciento de los centros de salud rurales visitados que estaban obligados a proporcionar instalaciones para parto vertical las ofrecían. Esto demostraba un avance en la adaptación cultural de los establecimientos de salud públicos. Sin embargo, los profesionales de la salud y las organizaciones no gubernamentales dijeron a Amnistía Internacional que la formación en esta técnica aún no está suficientemente extendida. El informe de la Defensoría señalaba asimismo que el 13,8 por ciento del personal entrevistado que debería haber conocido esta técnica no estaba al tanto de las directrices sobre parto vertical, y que más del 45 por ciento afirmó no haber recibido ninguna formación para aplicarla.⁵⁶



Folleto editado por la Defensoría del Pueblo y dirigido a los profesionales de la salud en el que se les informa de los derechos de las usuarias y cómo interactuar con eficacia de manera que se reduzca la mortalidad materna.

Una doctora entrevistada por Amnistía Internacional se hizo eco de estas preocupaciones: “Las pacientes dan a luz casi en cuclillas. El esposo las agarra. Yo casi estoy arrodillada, con las manos debajo de la falda [...]. El parto vertical es una costumbre ancestral. Es más rápido y fácil para las mujeres [...]. Hubiera ayudado si hubiera tenido mayor información antes de llegar a Ccarhuacc sobre la situación y sobre los expedientes de las mujeres. Sería muy bueno que hubiera una capacitación sobre parto vertical”.

Aunque ha habido iniciativas gubernamentales para proporcionar formación en el idioma quechua a los profesionales de la salud, su uso no está muy extendido. La discriminación que sufren las mujeres que no pueden hacerse entender por la persona que las atiende cuando sienten dolor o no pueden entender los consejos e instrucciones del médico o el técnico de salud es un problema aún por resolver.

Rosa Quichca Vargas tiene 24 años y está embarazada de su quinto hijo. Dos de los anteriores murieron, uno durante el parto y otro a los pocos días de nacer, probablemente de neumonía. Vive a casi una hora a pie del puesto de salud de Ccarhuacc, por una carretera intransitable para cualquier vehículo excepto tal vez una moto.

“En la primera vez ella [la doctora] no ha entendido lo que le dicho y he vuelto a ir y tampoco me ha entendido, en la tercera vez me ha pedido mi tarjeta de control de planificación familiar y he regresado llevando [la tarjeta] [...]. No he podido hablar [con ella] [...]. Cuando fuimos con mi esposo ya le ha hecho entender a la doctora [que estaba embarazada].”

“Tenemos miedo cuando nos hablan en castellano y no podemos contestar [...] empiezo a transpirar por el miedo y no puedo hablar en castellano [...]. Qué le voy a contestar, si no entiendo castellano [...]. Estaría muy bien [si pudieran hablar en quechua]. Mi esposo cuando viaja a Lima me deja con las promotoras de salud para que me acompañen, me hagan controlar y hablen con la doctora.”

Entrevista con Amnistía Internacional, septiembre de 2008

7/SEGUIMIENTO Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La información sobre la mortalidad materna en Perú sigue siendo insuficiente e incompleta. Cuando se dispone de datos, éstos no están lo suficientemente desglosados como para poder realizar un análisis del impacto de la pobreza sobre la mortalidad materna. Como consecuencia, existe una lógica preocupación de que los esfuerzos del gobierno para reducir la mortalidad materna sigan estando poco centrados en la realidad de las mujeres en diferentes localidades y comunidades, no respondan adecuadamente a ella y no logren el máximo impacto para solucionar las deficiencias actuales del sistema de atención de salud.

La responsabilidad de la medición de los ratios de mortalidad materna recae sobre los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal, conocidos como Comités de Muerte Materna, que deben existir en todas las circunscripciones locales y regionales de salud.⁵⁷ Todas las muertes maternas que se producen en los centros de salud deben notificarse a estos Comités, que a su vez informan al Ministerio de Salud. Sin embargo, organizaciones no gubernamentales, profesionales de la salud y el entonces ministro de Salud⁵⁸ dijeron a Amnistía Internacional en julio del 2008 que en la práctica este procedimiento no parece funcionar tan coherente ni eficazmente como debiera.

Un problema fundamental a la hora de evaluar el ratio de mortalidad materna en Perú es que no se informa sobre todos los casos de muertes maternas. Muchas de las personas con las que Amnistía Internacional habló en 2008 destacaron este hecho, que las autoridades –incluido el entonces ministro de Salud– confirmaron, y que puede deberse a varios factores:

- No siempre se informa de las muertes o las causas de muerte de mujeres que fallecen fuera de un establecimiento de salud;
- No siempre se realiza un análisis preciso de las causas de muerte de mujeres que fallecen en establecimientos de salud;
- No siempre hay coordinación entre los diferentes organismos de seguimiento, como el Instituto Nacional de Estadística e Informática y el Ministerio de Salud, en lo que respecta a la recogida y la comparación de los datos;
- Los proveedores de atención de la salud pueden temer que haya consecuencias negativas si informan de una muerte materna;
- Los proveedores de salud no siempre tienen incentivo o ven cuál es el objetivo de informar sobre las muertes maternas;

- No siempre hay una exigencia de responsabilidades ni una vigilancia de la información que dan los proveedores de servicios de salud sobre las muertes maternas.

La mayoría de los expertos coinciden en que medir los ratios de mortalidad materna, y especialmente hacerlo con frecuencia y de manera desglosada, puede ser sumamente difícil. Sin embargo, hay otros marcos de indicadores considerados fiables que también pueden utilizarse para medir los avances en la reducción de la mortalidad materna, como los Indicadores de Proceso de la ONU para los Cuidados Obstétricos de Emergencia, mencionados *supra*.

En 2007, el Ministerio de Economía y Finanzas comenzó a poner en práctica el Presupuesto por Resultados, cuyo plazo de aplicación se extiende hasta 2011. Esta metodología fue adoptada por ley en 2004 y se centra en medir el impacto de las políticas, no sólo los productos que han generado.⁵⁹ En 2008 se crearon cinco Programas Estratégicos, que incluyen indicadores y objetivos a medio y largo plazo. Uno de estos programas es el de Salud Materno Neonatal. El presupuesto asignado es responsabilidad conjunta del Ministerio de Salud, el SIS y las autoridades regionales. El Programa de Salud Materno Neonatal aborda muchos de los factores clave para reducir la mortalidad materna.

Los objetivos fundamentales del Programa son:

ANTES DEL EMBARAZO

Incrementar la población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar, a través de:

- Constituir municipios, comunidades, escuelas y familias saludables que promuevan la salud sexual y reproductiva.
- Incrementar la disponibilidad y acceso a consejerías en salud sexual y reproductiva y a métodos de planificación familiar.

DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

- Incrementar el acceso de las gestantes a servicios de atención prenatal de calidad, el cual incluye también el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones que se presentan durante el embarazo como la anemia, las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones urinarias.
- Incrementar la atención del parto por profesionales de salud calificados.
- Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias obstétricas básicas, esenciales y las intensivas.
- Incrementar el acceso a la red de centros de hemoterapia.
- Fortalecer el sistema de referencia en cuanto a su organización, operación y financiamiento.

DURANTE EL PERIODO NEONATAL (PRIMEROS 28 DÍAS DEL RECIÉN NACIDO)

Reducir la morbilidad y mortalidad neonatal a través de:

- Incrementar el acceso a la atención del parto por profesionales de salud calificados.
- Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias neonatales básicas, esenciales y las intensivas.⁶⁰

Es preciso asegurar la vinculación de este Programa con otras iniciativas del gobierno para reducir la mortalidad infantil, como el recién aprobado Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal (de abril de 2009).⁶¹ Es fundamental que el Programa siga contando con la financiación, la aplicación y el seguimiento adecuados para conseguir que tenga impacto sobre la reducción de la mortalidad materna.

Un elemento clave para que las autoridades responsables rindan cuentas es la creación de sólidos mecanismos de seguimiento que aseguren la participación de las comunidades locales y garanticen que se tienen en cuenta sus puntos de vista en la elaboración de políticas. Organismos como la Defensoría del Pueblo, y los informes que elaboran, son esenciales para el seguimiento y la revisión de las políticas del gobierno. En los últimos años se han promovido en Perú otras iniciativas de este tipo entre el gobierno local y nacional y la sociedad civil, con intención de efectuar el seguimiento de las políticas sociales: la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza,⁶² las defensorías comunitarias y los consejos comunitarios locales.

8/OMISIONES EN LAS POLÍTICAS

Hay varias áreas importantes en Perú en las que las leyes o las políticas del gobierno siguen siendo inadecuadas para reducir la mortalidad materna.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La existencia de una información accesible y disponible es vital para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Una de las áreas clave en las que la información ha demostrado tener un impacto significativo sobre la mortalidad materna es la planificación familiar. La importancia de la planificación familiar en la reducción de la mortalidad materna se puso de relieve cuando se añadió, en 2005, un nuevo criterio para la consecución del ODM 5: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, cuyos indicadores son la tasa de uso de anticonceptivos y las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar (véase el texto del ODM 5 en el capítulo 2).

El acceso a la información sobre planificación familiar capacita a las mujeres para tomar decisiones informadas sobre el número de embarazos que desean tener y el intervalo entre ellos, reduciendo posibles riesgos y maximizando las posibilidades de tener embarazos seguros y niños sanos. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el uso de métodos de planificación familiar sigue siendo más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales, y la tasa de embarazos entre adolescentes sigue siendo mayor en las zonas rurales y entre mujeres y niñas con menor nivel educativo.⁶³ El INEI afirma también que hay un número significativamente mayor de mujeres con necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar en las zonas más pobres y rurales de Perú. Las estadísticas oficiales calculan que, en total, el 10,2 por ciento de las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar. Desglosada geográficamente, la cifra desciende al 8,7 por ciento en el caso de las mujeres de zonas urbanas frente al 13,3 por ciento de las mujeres de zonas rurales. Estas mismas cifras muestran que, en el quintil de la sociedad correspondiente a la mayor riqueza socioeconómica, el porcentaje de necesidad insatisfecha de planificación familiar es del 7,4 por ciento, mientras que en el quintil de mayor pobreza es del 19,2 por ciento.⁶⁴

ABORTO TERAPÉUTICO

Cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la vida o la salud de una mujer, es fundamental el acceso a un aborto seguro y legal. El artículo 119 del Código Penal de Perú permite el aborto cuando es practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal y cuando es la única forma de salvar la vida de la madre o de evitar en su salud un mal grave y permanente. Sin embargo, a muchas mujeres que tienen derecho por ley a acceder a los servicios de interrupción del embarazo se les niega el acceso sin demora a un aborto terapéutico.⁶⁵

Las autoridades de salud de la provincia de Arequipa fueron las únicas que establecieron directrices para ayudar a los profesionales médicos a decidir en qué circunstancias está recomendado un aborto terapéutico. Estas directrices fueron retiradas posteriormente debido a la presión de grupos contrarios a la prestación de servicios de interrupción del embarazo a las mujeres. El entonces ministro de Salud dijo a los delegados de Amnistía Internacional en julio de 2008 que se oponía a estas directrices porque consideraba que debía haber unas directrices nacionales, no varias provinciales. Sin embargo, hasta la fecha no se ha elaborado ninguna directriz nacional para regular el aborto terapéutico que sirva de fundamento a las decisiones tomadas por las mujeres o al asesoramiento de los profesionales de la salud. A consecuencia de ello, las mujeres siguen en peligro de morir debido a embarazos que los profesionales de la salud consideran que suponen un grave peligro para su salud.

Al no existir protocolos pertinentes, Perú no ha respondido de forma adecuada y oportuna a la conclusión de noviembre de 2005 del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas respecto al caso de una muchacha de 17 años que fue obligada a llevar a término el embarazo de un feto anencefálico (la anencefalia es un trastorno fetal que ocasiona la ausencia de una gran porción del cerebro, así como del cráneo y el cuero cabelludo que lo recubren). El Comité concluyó que el gobierno había violado los derechos de la muchacha a no ser víctima de trato cruel, inhumano y degradante, a la intimidad y a la protección especial que deben recibir las personas menores de edad, y declaró que el gobierno peruano debía reparar la falta de un recurso efectivo en casos en los que se niega a las mujeres el acceso al aborto legal y tomar medidas para asegurarse de que en el futuro no vuelve a violarse su derecho a acceder a un aborto legal.⁶⁶

EDAD DE LIBRE CONSENTIMIENTO

Los proveedores de servicios de salud, así como las organizaciones no gubernamentales con las que ha hablado Amnistía Internacional, han planteado su preocupación por el efecto del cambio en la ley en 2006, que elevó la edad de libre consentimiento para las relaciones sexuales de los 14 a los 18 años. Todos reconocieron que el motivo de este cambio en la legislación fue la preocupación por evitar y responder adecuadamente a los abusos sexuales contra menores de edad. Sin embargo, se cree que su aplicación ha tenido consecuencias negativas para la salud materna de las niñas menores de 18 años.

Según las cifras oficiales, en 2007 nacieron en Perú 183.017 niños y niñas cuyas madres tenían entre 15 y 19 años.⁶⁷ Según el censo nacional de comunidades indígenas de 2007, el 55,6 por ciento de las mujeres censadas habían tenido su primer hijo entre los 15 y los 19 años.⁶⁸ Se cree que la verdadera cifra es mayor, porque ésta no incluye a las muchachas que, debido al estigma y la presión consecuencia de la reforma legal respecto a la edad de libre consentimiento, no van a los centros de salud por temor a que las obliguen a desvelar la identidad del padre del niño. Tampoco se sabe cuántas menores de edad se someten a abortos clandestinos. Asimismo preocupa que la ley de 2006 pueda disuadir a las niñas de someterse a exámenes prenatales y dar a luz en un centro de salud por temor a que se tomen las medidas legales contra el padre recogidas en la ley reformada.

El embarazo a edad temprana aumenta significativamente los peligros para la salud, tanto durante la gestación como durante el parto. Para garantizar que las niñas y mujeres jóvenes embarazadas tienen acceso a la información y los servicios sobre salud sexual, reproductiva y materna que necesitan para tomar decisiones informadas y proteger su salud y sus vidas, el gobierno está obligado a resolver los efectos colaterales negativos de la ley sobre la edad de libre consentimiento.

CONDICIONES LABORALES DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Muchos profesionales de la salud informaron a Amnistía Internacional durante su investigación para el informe de 2006 y para éste que, dadas las condiciones en las que trabajan, a menudo les resulta difícil proporcionar el nivel de atención necesario, y que con frecuencia les supone un gran coste personal o profesional. Entre los problemas mencionados está la falta de seguridad en el empleo a causa de los contratos temporales. Los enfermeros y técnicos de salud, que a su vez no siempre están cubiertos por un seguro de salud, sufren una situación de inseguridad en su trabajo debido al tipo de contratos que han firmado. Otra dificultad es la falta de apoyo del gobierno para garantizar el contacto con la familia a los profesionales de la salud destinados en zonas rurales remotas. También se mencionan obstáculos como la falta de formación o de preparación en técnicas médicas desconocidas, como el parto vertical, o la dificultad para trabajar con personas que no hablan español. Como consecuencia de las difíciles condiciones de trabajo, muchos profesionales de la salud abandonan la prestación de servicios públicos. Esto a su vez lleva a una falta de continuidad del personal de centros de salud remotos, lo que agrava el problema de la desconfianza de las mujeres en el sistema de salud.

Otro motivo de preocupación es la situación de las personas voluntarias promotoras de salud, que ofrecen generosamente su tiempo sin recibir remuneración alguna, visitan a las usuarias desplazándose por toda la zona que tienen asignada y por lo general proceden de entornos tan empobrecidos como los de las mujeres a las que visitan. Las comunidades rurales y pobres valoran mucho el trabajo de estas personas, pero aunque las motiva una pasión genuina por ayudar a los demás, algunas dijeron a Amnistía Internacional que las condiciones en que realizan su trabajo son difíciles y que sus familiares no suelen comprender por qué lo hacen. Si recibieran más apoyo para realizar su labor y el reconocimiento de la importante función que desempeñan apoyando a las mujeres durante el parto y fomentando los vínculos entre los profesionales de la salud y las comunidades, su situación mejoraría sin duda mucho.

“Yo no sé nada, leer ni una línea. Se dificulta. Hay que andar casa por casa. Hablar con las mamás. Sin luz, con velitas. Ya me he retirado ahora, porque tengo trabajo en casa con mis hijos.

No hay nada, ni para que comas ni nada [se refiere a que el trabajo de promotora no es remunerado]. Tenemos voluntad de trabajar. Es como un don poder ayudar a otras mujeres de la comunidad. A pesar de las dificultades, he estado trabajando en todos los programas para diferentes ONG o para la defensoría comunitaria. Pero no recibo nada a cambio de este trabajo. No pagan. Esto es un problema con el esposo, que siente que están robando el tiempo, sin recibir nada a cambio.

Si ganara algo de dinero, esto facilitaría el trabajo. Porque no tendría que afrontar el problema. Algunas mujeres todavía esperan recibir algo a cambio.

Yo acepto las condiciones del voluntariado, pero no mis familiares.”

Teodora Salazar Huanca, de 54 años, promotora de salud de San Juan de Ccarhuacc, septiembre de 2008



© Amnistía Internacional

Teodora Salazar Huanca a las puertas del puesto de salud de San Juan de Ccarhuacc, septiembre de 2008.

9/CONCLUSIONES

En el ámbito nacional se han dado importantes pasos para introducir políticas gubernamentales centradas en la reducción de la mortalidad materna evitable en Perú. Entre ellos está la promoción oficial de métodos de dar a luz culturalmente adaptados, el enorme aumento del número de casas de espera maternas, el incremento de la cobertura de las poblaciones rurales por el SIS y la introducción de un sistema presupuestario orientado hacia objetivos y centrado en los resultados obtenidos en el área clave de la salud materna.

Sin embargo, al no haber un plan de acción con plenos recursos y total rendición de cuentas y en el que estén incluidos todos los ministerios y las autoridades locales pertinentes, es muy difícil evaluar en qué medida Perú está cumpliendo sus obligaciones de derechos humanos hacia las mujeres. Además, aunque determinados organismos, como la Defensoría del Pueblo y el Instituto Nacional de Estadística e Informática, han hecho importantes esfuerzos para recopilar información sobre la atención de la salud materna y la aplicación de la política del gobierno, sigue habiendo una evidente falta de datos desglosados sobre mortalidad materna.

Tratando de obtener una imagen más nítida de cuáles han sido los resultados concretos de estas políticas, Amnistía Internacional ha hallado que siguen existiendo varias deficiencias e importantes lagunas que impiden la eliminación de las barreras con que se encuentran las mujeres en su acceso a una atención de la salud materna esencial para eliminar las muertes maternas evitables. Las más preocupantes son: la evidente falta de **coordinación** entre las diferentes políticas e iniciativas gubernamentales; la falta de una adecuada **aplicación y seguimiento** de estas políticas e iniciativas y, relacionado con ello, la falta de claridad sobre la **responsabilidad** y la **rendición de cuentas** en lo que se refiere a la dotación de recursos y la aplicación de estas políticas e iniciativas.

Siguen existiendo marcadas disparidades entre los sectores más ricos y más pobres de la sociedad, incluidas las comunidades indígenas. En Perú, como en muchos países del mundo, son los derechos humanos de las mujeres –especialmente de las que viven en la pobreza– los que están en juego, y la pobreza suele coincidir en la mayoría de los casos con las poblaciones rurales o indígenas. En ningún otro aspecto se demuestra esto con más claridad que en la falta de acceso a la atención de la salud.

Para que se mantenga y se refuerce el impulso hacia la reducción de los ratios de mortalidad materna en Perú, es preciso resolver urgentemente estos obstáculos, lo cual sólo puede hacerse con voluntad y compromiso políticos, especialmente en estos tiempos de incertidumbre económica donde es sumamente fácil que las voces de las personas y las comunidades marginadas sean ignoradas por quienes tienen poder para tomar decisiones. Y sobre todo es necesario que exista el compromiso político de responder a las preocupaciones que señalan las mujeres –especialmente las que viven en la pobreza en comunidades campesinas e indígenas que llevan largo tiempo excluidas del proceso de elaboración de

políticas– y conseguir su participación en la elaboración de fórmulas para mejorar el acceso a la salud materna.

En abril de 2009, el gobierno peruano aprobó un nuevo plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna. En septiembre de 2009, Perú deberá informar sobre sus avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, en el pasado ha habido muchos de estos planes y, como puede verse por los acuerdos que el gobierno ha suscrito a nivel nacional e internacional, el país ya está comprometido con la reducción de la mortalidad materna. Lo que está por ver es si las medidas sobre el papel pueden aplicarse eficazmente en la práctica y producen una verdadera reducción en el número de mujeres que mueren innecesariamente cada año de muertes maternas evitables. Sólo entonces quedará claro que Perú se toma en serio el respeto de **todos** los derechos humanos para **toda** su población.

10/RECOMENDACIONES

AMNISTÍA INTERNACIONAL FORMULA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES AL GOBIERNO DE PERÚ:

El gobierno peruano debe coordinar las iniciativas existentes para la prevención y la reducción de la mortalidad materna, englobándolas en un plan de acción con plena dotación de recursos y total rendición de cuentas que incluya a todos los ministerios y las autoridades locales pertinentes. El plan debe:

1) Dotar de recursos adecuados a la atención de la salud materna y reproductiva, dando prioridad a las regiones más pobres y con mayores ratios de mortalidad materna, y en concreto proporcionando:

- Financiación suficiente para aplicar todas las políticas nacionales para reducir la mortalidad materna;
- Recursos económicos y técnicos para apoyar a las autoridades regionales en el cumplimiento de las responsabilidades que les asignan todas las políticas gubernamentales para reducir la mortalidad materna;
- Adecuada dotación de recursos a todos los establecimientos de salud y casas de espera maternas, según sus respectivas finalidades;
- Aumento del número de centros con atención obstétrica de urgencia las 24 horas y del personal capacitado de atención al parto en zonas de mortalidad materna elevada;
- Mayor disponibilidad de artículos y servicios de planificación familiar, tanto para mujeres como para hombres, en zonas de mortalidad materna elevada;
- Aumento de la inversión en transportes y medios de comunicación adecuados en zonas de elevada mortalidad materna.

2) Reducir sistemáticamente las barreras económicas, físicas y culturales que impiden que las mujeres pobres del medio rural y las mujeres indígenas accedan a servicios de atención de la salud reproductiva y materna que pueden salvar sus vidas:

- Garantizando que las mujeres del medio rural y otras incluidas en la cobertura del SIS pueden llegar hasta establecimientos de salud equipados para cubrir sus necesidades de atención de la salud materna;

- Aumentando la formación de los profesionales de la salud, especialmente en prácticas de parto tradicionales, a fin de dar cumplimiento a las normas del gobierno que exigen respeto y apoyo clínico para estas prácticas;
- Proporcionando ayuda con el idioma en todos los establecimientos de salud a los que acuden mujeres indígenas y sus familias, por ejemplo proporcionando intérpretes profesionales u ofreciendo formación a los miembros bilingües de la comunidad para que ayuden como intérpretes;
- Publicando y garantizando la aplicación de un protocolo normativo para el personal de salud sobre el uso del aborto terapéutico;
- Garantizando que todas las políticas de salud del gobierno para la reducción de la mortalidad materna evitable garantizan los derechos laborales de quienes prestan servicios de salud para que puedan prestar estos servicios al máximo de su capacidad.

3) Garantizar una participación significativa de las mujeres en las decisiones sobre atención de la salud materna y en la evaluación y el seguimiento de los procesos en curso:

- Garantizando que todas las mujeres tienen documentos de identidad para votar y participar en foros públicos de debate y toma de decisiones;
- Consiguiendo la participación de las mujeres –especialmente de las mujeres indígenas y de las que viven en el medio rural– en la evaluación de sus establecimientos de salud locales y la identificación de problemas relacionados con la atención de la salud materna en sus comunidades, en particular aquellos que tienen que ver con el acceso a la atención al parto por personal capacitado y la atención obstétrica de urgencia (o COEm), y consiguiendo también que participen en la búsqueda de soluciones a estos problemas;
- Garantizando que sus opiniones se canalizan y entran a formar parte del proceso de elaboración de políticas.

4) Proporcionar a las mujeres información accesible sobre sus derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud:

- Distribuyendo información accesible y clara, en los idiomas y formatos pertinentes, sobre los derechos de las personas usuarias de servicios de salud y en particular sobre los gastos y los servicios que cubre el SIS y dónde presentar denuncias sobre su aplicación;
- Distribuyendo información accesible y clara, en los idiomas y formatos pertinentes, sobre la disponibilidad de servicios de planificación familiar y atención de la salud materna;
- Garantizando que a todas las mujeres, a sus familias y a sus comunidades se les facilita información adecuada y accesible sobre los diferentes tipos de procedimientos obstétricos de urgencia para reducir su temor y aumentar su confianza en estos procedimientos;

- Garantizando que las mujeres, sus familias y sus comunidades están plenamente informadas de las señales de peligro que advierten de complicaciones obstétricas, tanto antes como después del nacimiento, y de cómo responder a ellas adecuadamente;
- Garantizando que a todos los profesionales de la salud se les facilita información adecuada con respecto a sus derechos laborales, así como a sus responsabilidades hacia las personas usuarias de los servicios de salud.

5) Garantizar un seguimiento adecuado de la política del gobierno para la reducción de la mortalidad materna a fin de promover una planificación y una rendición de cuentas eficaces:

- Utilizando indicadores claramente definidos, como los Indicadores de Proceso de la ONU para los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm) para realizar el seguimiento del efecto de las políticas e iniciativas del gobierno encaminadas a reducir la mortalidad materna evitable;
- Asegurando que los datos recogidos sobre ratios de mortalidad materna se desglosan según criterios geográficos y socioeconómicos;
- Proporcionando mecanismos eficaces para recibir e investigar informes y denuncias de usuarios de servicios de salud y de prestadores de estos servicios sobre violaciones de sus derechos;
- Garantizando que el desarrollo de la política de salud responde al asesoramiento de los profesionales de la salud y la sociedad civil;
- Dando a conocer públicamente la información recogida por la Defensoría del SIS sobre cómo está funcionando dicho servicio;
- Realizando el seguimiento y garantizando que los gobiernos regionales incorporan las políticas del gobierno nacional sobre reducción de la mortalidad materna como prioridad en sus planes.

APÉNDICE

LOS SEIS INDICADORES DE PROCESO DE LA ONU Y LOS NIVELES RECOMENDADOS⁶⁹

INDICADOR DE PROCESO DE LAS NACIONES UNIDAS	DEFINICIÓN	NIVEL RECOMENDADO
1. Cantidad disponible de servicios COEm	Número de establecimientos que suministran COEm	Mínimo: 1 establecimiento completo de COEm por cada 500.000 personas + 4 establecimientos COEm básicos por cada 500.000 personas
2. Distribución geográfica de los establecimientos COEm	Establecimientos que suministran COEm bien distribuidos al nivel subnacional	Mínimo: 100% de las zonas subnacionales tienen el número mínimo aceptable de establecimientos COEm básicos y completos
3. Proporción de todos los nacimientos en establecimientos COEm	Proporción de todos los nacimientos entre la población que tienen lugar en los establecimientos COEm	Mínimo: 15%
4. Necesidad satisfecha de los servicios COEm	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas en los establecimientos COEm	Al menos 100% [Estimado en 15% de los nacimientos esperados.]
5. Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos	Partos por cesárea como proporción de todos los nacimientos entre la población	Mínimo: 5% Máximo: 15%
6. Tasa de letalidad	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas a un establecimiento que mueren	Máximo: 1%

NOTAS FINALES

1 Physicians for Human Rights, *Demoras fatales: Mortalidad materna en el Perú*, 2007; Human Rights Watch, *Tengo derechos, y tengo derecho a saber: La falta de acceso al aborto terapéutico en el Perú*, julio de 2008.

2 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), *Perfil sociodemográfico del Perú. Censos 2007*, julio de 2008.

3 Según el INEI, el PIB subió del 7,6 por ciento en 2006 al 9,5 por ciento en 2008. Véase <http://www1.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-eco/pro001.htm>, consultado el 5 de febrero de 2009.

4 Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), *Presupuesto por Resultados. Conceptos y Líneas de Acción*, diciembre de 2008, http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/GEN/Conceptos_lineas_accion_08_09.pdf, consultado el 5 de febrero de 2009.

5 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Estado de la población mundial 2008*, <http://www.unfpa.org/swp/2008/presskit/docs/sp-swop08-report.pdf>, consultado el 15 de enero de 2009.

6 MEF, *Presupuesto por Resultados. Conceptos y Líneas de Acción*, diciembre de 2008.

7 Véase el apartado *Terminología*.

8 *Maternal Mortality in 2005 - Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank*, 2007, <http://www.unfpa.org/public/global/pid/389>, consultado el 5 de febrero de 2009.

9 La mortalidad materna evitable se produce “cuando no se hacen efectivos los derechos de las mujeres a la salud, la igualdad y la no discriminación. La mortalidad materna evitable a menudo representa también una violación del derecho a la vida de una mujer”. Paul Hunt y Judith Bueno De Mesquita, *Reducing Maternal Mortality: The contribution of the right to the highest attainable standard of health*, UNFPA y University of Essex, 2007, p. 3.

10 MEF, *Documento de Trabajo del Equipo de Presupuesto por Resultados, 2008*, reproducido por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01217.pdf, consultado el 10 de abril de 2009.

11 Amnistía Internacional, *Perú: Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil* (Índice: AMR 46/004/2006).

12 Amnistía Internacional, *Perú: Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil* (Índice: AMR 46/004/2006).

13 Véase documento de la ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

14 Véase documento de la ONU HRI/GEN/1/Rev.7, Observación general N° 3, párr. 12.

15 Véase documento de la ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

16 La salud reproductiva significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

17 En las estadísticas médicas, el término “prenatal” se refiere al período que comienza una vez transcurridas las 28 semanas de gestación y termina, según las distintas definiciones, entre una y cuatro semanas antes del nacimiento, mientras que el término “postnatal” se refiere al período posterior al nacimiento.

18 Si desean más información, consulten Amnistía Internacional, *Perú: Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil* (Índice: AMR 46/004/2006).

19 Recomendación general 24, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1999, <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/Sgeneral24.htm>, consultado el 5 de febrero de 2009.

20 Asamblea General de la ONU, Resolución A/55/L.2, 8 de septiembre de 2000, párr. 19.

21 UNFPA, *Estado de la Población Mundial 2008*, capítulo 4.

22 Cifras facilitadas a Amnistía Internacional por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, julio de 2008.

23 Véase el apartado *Terminología*.

24 Según las conclusiones del estudio, los motivos son: diagnóstico incorrecto, muerte sin registrar, muerte registrada localmente sin trasladar la información a las autoridades de salud regionales (Direcciones de Salud, DISAs).

- 25 Delicia Ferrando, *El aborto clandestino en el Perú. Revisión*, diciembre de 2006.
- 26 Paul Hunt y Judith Bueno De Mesquita, *Reducing Maternal Mortality: The contribution of the right to the highest attainable standard of health*, UNFPA y University of Essex, 2007.
- 27 El proyecto de salud reproductiva en la comunidad ReproSalud, dirigido por la ONG Manuela Ramos y financiado por la USAID, trabajaba con mujeres en sus comunidades proporcionándoles información sobre salud sexual y reproductiva. Durante diez años de trabajo y utilizando el análisis reflexivo y técnicas culturalmente adecuadas, ReproSalud contribuyó al empoderamiento de las mujeres del ámbito rural de cinco regiones de Perú.
- 28 Allan Rosenfield, Deborah Maine, Lynn Freedman, "Meeting MDG-5: an impossible dream?", *The Lancet*, Volumen 368, N° 9542, pp. 1133-1135, 30 de septiembre de 2006.
- 29 Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afro Peruanos (INDEPA), Mapa Etnolingüístico, 2009.
- 30 Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008*.
- 31 UNICEF y Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, *Reporte de Seguimiento Concertado: Programas Presupuestales Estratégicos para la Reducción de la Pobreza y la Protección de la Niñez*, octubre de 2008 (cifras extraídas de la *Línea de Base de Resultados 2008 de los Programas Presupuestales Estratégicos*, MEF, http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/general/gen_01237.pdf).
- 32 Proyecto del Milenio de la ONU, *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. Summary version of the report of the Task Force on Child Health and Maternal Health*, PNUD, 2005, <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF4Childandmaternalhealth.pdf>.
- 33 UNICEF, OMS, UNFPA, *Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos*, agosto de 1997.
- 34 Defensoría del Pueblo, *Informe Defensorial 138: Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA*, 2008.
- 35 INEI, *Informe Técnico: Situación de la pobreza en el 2008*, p. 32.
- 36 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2009*, diciembre de 2008.
- 37 INEI, MEF, Measure DHS, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Indicadores de resultado identificados en los programas Estratégicos: ENDES Línea de Base*, agosto de 2008.
- 38 Defensoría del Pueblo, *Informe Defensorial 138: Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA*, 2008.
- 39 Véase, por ejemplo, Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observación general n° 18: No discriminación, párr. 7; Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general 14: Definición de discriminación racial, párrs. 1-2.
- 40 Sendero Luminoso lanzó su ofensiva armada en 1980. Según los informes, en años recientes ha actuado esporádicamente en la zona del valle del río Apurímac-Ene, en la selva amazónica. El MRTA comenzó su campaña armada en 1984 y actualmente no está operativa.
- 41 Si desean más información sobre la esterilización sin consentimiento o contra la voluntad de la persona afectada, consulten Amnistía Internacional, *Perú: La Comisión de la Verdad y Reconciliación. Un primer paso hacia un país sin injusticias* (Índice: AMR 46/003/2004/s).
- 42 INEI, *Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Resultados definitivos de comunidades indígenas*, diciembre de 2008.
- 43 INEI, *II Censo de comunidades indígenas de la amazonía peruana 2007. Resultados definitivos*, INEI, diciembre de 2008.
- 44 Desde 2006, el SIS ha incrementado progresivamente su cobertura. Según las cifras del INEI, el porcentaje de personas afiliadas únicamente al SIS creció de un 17,3 por ciento en marzo de 2007 y a un 29,1 por ciento en marzo de 2008 (cifras extraídas de *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida en el Perú*, marzo de 2008).
- 45 INEI, *Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Resultados definitivos de comunidades indígenas*, diciembre de 2008.
- 46 Véase el apartado *Terminología*.
- 47 Ministerio de Salud (MINSA), *Tan cerca... tan lejos: Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú*, 2007.

48 INEI, *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida en el Perú*. Marzo 2008: Informe Técnico N° 2, junio de 2008.

49 Reunión con la delegación de Amnistía Internacional.

50 Véase el apartado *Terminología*.

51 MINSA, *Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural*, NT N° 033-MINSA/DGSP-V.01, 2005.

52 Véanse, por ejemplo, Defensoría del Pueblo, *Informe Defensorial 138: Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA*, 2008; y MINSA, *Tan cerca... tan lejos: Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú*, 2007.

53 Defensoría del Pueblo, *Informe Defensorial 138: Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA*, 2008.

54 MINSA, *Tan cerca... tan lejos: Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú*, 2007.

55 Véase el apartado *Terminología*.

56 Defensoría del Pueblo, *Informe Defensorial 138: Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA*, 2008.

57 Véase MINSA, Resolución N° 453-2006/MINSA.

58 Entrevistas realizadas por Amnistía Internacional en julio de 2008.

59 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, Ley N° 28411, <http://www.mef.gob.pe/DNPP/leyes/2005/LeyGeneralDelSistemaNacionaldePresupuesto.pdf>.

60 MEF, Documento de Trabajo del Equipo de Presupuesto por Resultados, 2008, reproducido por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01217.pdf, consultado el 10 de abril de 2009.

61 MINSA, *Documento Técnico: Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal*, 2009-2015, Resolución Ministerial N° 207-209/MINSA, 27 de marzo de 2009.

62 Véase el sitio web de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza para más información: <http://www.mesadeconcertacion.org.pe/contenido.php?pid=83>.

63 INEI, Planificación Familiar y Salud Materna, ENDES, 2007, <http://www1.inei.gob.pe/web/Endes/>, consultado el 5 de febrero de 2009.

64 INEI, MEF, Measure DHS, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Indicadores de resultado identificados en los Programas Estratégicos: ENDES Línea de Base*, agosto de 2008.

65 Human Rights Watch, *Tengo derechos, y tengo derecho a saber: La falta de acceso al aborto terapéutico en el Perú*, 2008.

66 Karen Noelia Llantoy Huamán v. Perú, Comunicación N° 1153/2003, Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005), [http://www.red-alas.org/CCPR-C-85-D-1153-2003-Spanish_Clean_%20_1_%20\(2\).pdf](http://www.red-alas.org/CCPR-C-85-D-1153-2003-Spanish_Clean_%20_1_%20(2).pdf).

67 INEI, UNFPA, UNDP, *Perfil Sociodemográfico del Perú*, agosto de 2008.

68 INEI, *Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Resultados definitivos de comunidades indígenas*, diciembre de 2008.

69 Tabla-resumen de Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD), Mailman School of Public Health, Columbia University, http://www.amddprogram.org/index.php?sub=2_1_2&showsearch=emergency%20obstetric%20care, basada en UNICEF, OMS, UNFPA, *Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos*, agosto de 1997. La traducción al español es una adaptación de la tabla que figura en *Cuaderno de Trabajo AMDD. Uso de los Indicadores de Proceso de la ONU para los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm)*, <http://www.amddprogram.org/resources/UsingUNIndicatorsQA-SP.pdf>.



YA SEA EN UN CONFLICTO DE GRAN
REPERCUSIÓN O EN UN RINCÓN
PERDIDO DEL PLANETA,
AMNISTÍA INTERNACIONAL
ACTÚA EN FAVOR DE LA JUSTICIA,
LA LIBERTAD Y LA DIGNIDAD
PARA TODAS LAS PERSONAS
Y PERSIGUE EL RESPALDO
DE LA OPINIÓN PÚBLICA PARA
CONSTRUIR UN MUNDO MEJOR.

¿QUÉ PUEDES HACER?

Activistas de todo el mundo han demostrado que es posible oponer resistencia a quienes socavan los derechos humanos. Intégrate en este movimiento. Haz que las cosas cambien. Pide responsabilidades a quienes están en el poder.

- Únete a Amnistía Internacional e intégrate en un movimiento formado por personas de todo el mundo que trabajan para poner fin a las violaciones de derechos humanos. Ayúdanos a hacer que las cosas cambien.
- Haz un donativo en apoyo del trabajo de Amnistía Internacional.

Juntos conseguiremos que se nos oiga.

☐ Me interesa recibir información sobre cómo unirme a Amnistía Internacional.

Nombre y apellidos

Domicilio

País

Correo-e

☐ Quiero hacer un donativo a Amnistía Internacional (indica la divisa de tu donativo).

Cantidad

Con cargo a mi

Visa ☐

Mastercard ☐

Número

Caduca en

Firma

Envía este formulario a la oficina de Amnistía Internacional de tu país.
Oficinas de Amnistía Internacional en todo el mundo:
<http://www.amnesty.org/es/worldwide-sites>

Si en tu país no hay oficina, envía el formulario al Secretariado Internacional en Londres:
Amnistía Internacional, Secretariado Internacional, Peter Benenson House,
1 Easton Street, London WC1X 0DW, Reino Unido.

...QUIERO
AYUDAR

www.amnesty.org/es



LAS BARRERAS A LA SALUD MATERNA EN PERÚ

El ratio de mortalidad materna de Perú sigue siendo uno de los más altos de Latinoamérica, a pesar del considerable crecimiento económico del país en los últimos años. Siguen existiendo marcadas disparidades entre los sectores más ricos y más pobres de la sociedad, incluidas las comunidades indígenas.

En Perú, como en muchos países del mundo, son los derechos humanos de las mujeres —especialmente de las que viven en la pobreza— los que están en juego, y la pobreza suele coincidir en la mayoría de los casos con las poblaciones rurales o indígenas. En ningún otro aspecto se demuestra esto con más claridad que en la falta de acceso a la atención de la salud.

La mortalidad materna evitable es una violación de los derechos humanos de las mujeres. Viola su derecho a la vida, a no ser discriminadas, al disfrute del más alto nivel posible de salud y a la información. Al negárseles la posibilidad de opinar sobre la asignación de los recursos y el acceso al tipo de atención de la salud con que deben contar, la magnitud del sufrimiento y la muerte de las mujeres que viven en la pobreza es alarmante.

Desde 2006, cuando Amnistía Internacional publicó su informe *Perú: Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil* (AMR 46/004/2006), el gobierno peruano ha adoptado algunas medidas para reducir la mortalidad materna. Sin embargo, el Estado puede y debe hacer más para eliminar las barreras que impiden que las mujeres pobres del medio rural y las mujeres indígenas accedan a servicios de atención de la salud reproductiva y materna que pueden salvar sus vidas.

Amnistía Internacional
Secretariado Internacional
Peter Benenson House
1 Easton Street
London WC1X 0DW
Reino Unido

www.amnesty.org/es

Índice: AMR 46/008/2009
Julio de 2009

DEMANDDIGNITY.AMNESTY.ORG

**LA SALUD MATERNA
ES UN DERECHO HUMANO**

AMNISTÍA
INTERNACIONAL

