**Respuesta a la comunicación de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Secretaría del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial respecto a la convocatoria de contribuciones para el “Proyecto de Recomendación general nº 37 (2023) sobre la discriminación racial en el disfrute del derecho a la**

**Salud”**

1. **Sobre el marco jurídico peruano para la protección del derecho a la salud y contra la discriminación racial**
2. La Constitución Política del Perú reconoce que “[t]odos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”, por lo cual “[e]l Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”. Asimismo, garantiza en su artículo 2 inciso 19 el derecho fundamental a la identidad étnica y cultural, por lo cual el Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación.
3. Al respecto, el Tribunal Constitucional peruano ha indicado que la realización del derecho a la salud “requiere, cuando menos, de la adopción de medidas continuas y apropiadas —legislativas, económicas y técnicas— cuyo objeto sea alcanzar progresiva o aumentativamente la plena efectividad de todos los componentes de este derecho, tal como lo prescribe el artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”[[1]](#footnote-1). Asimismo, señaló que los servicios de salud deben ser brindados de modo integral, es decir, con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica, en tanto elementos esenciales de la atención sanitaria[[2]](#footnote-2), siendo importante impulsar y fortalecer la salud intercultural para el cumplimiento del elemento aceptabilidad[[3]](#footnote-3).
4. La Ley General de Salud establece que toda persona tiene derecho a “ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo”[[4]](#footnote-4). En adición a ello, el Reglamento de la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud menciona que “[n]inguna persona usuaria puede ser discriminada en el acceso a los servicios de salud, la atención o tratamiento por motivo de origen, etnia, sexo, género, idioma”[[5]](#footnote-5)
5. Asimismo, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable” incluye el enfoque intercultural[[6]](#footnote-6) y, mediante Resolución Ministerial N° 228-2019-MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención[[7]](#footnote-7).
6. **Comentarios al apartado “Discriminación racial en el derecho a la salud pública, incluidos los centros, servicios y bienes sanitarios”**
	1. **Sobre el subapartado “Discriminación racial en la accesibilidad física, asequible e informativa”**
7. La página 6 del Proyecto menciona como una de las causas que produce la falta de acceso a una atención sanitaria estable y asequible la “ausencia, o alcance limitado, de legislación y políticas que reconozcan la accesibilidad como una cuestión de igualdad de trato y prohíban la discriminación racial, por sí sola o/y en intersección con otros motivos de discriminación, como el género, la discapacidad, la edad, el estatus migratorio, la clase, el estatus social o los ingresos, y otros estatus”.

1. Al respecto, el Tribunal Constitucional peruano ha destacado que, con base en prejuicios y estereotipos, existe una asociación entre el uso de una lengua indígena u originaria y una minusvaloración en Estados como el peruano[[8]](#footnote-8) habiendo declarado frente a ello un “estado de cosas inconstitucional” y ordenando medidas para oficializar el uso de lenguas originarias en sus ámbitos de desarrollo, según su predominancia[[9]](#footnote-9).
2. Frente a este escenario, no se debe ignorar que la ausencia de legislación y políticas que prohíban la discriminación racial en intersección con otros motivos de discriminación como la lengua materna es una causa de la falta de acceso una atención sanitaria estable y asequible. Por ende, se recomienda la incorporación del siguiente aspecto[[10]](#footnote-10):

|  |  |
| --- | --- |
| **Dice:** | **Debe decir:** |
| (i) Ausencia, o alcance limitado, de legislación y políticas que reconozcan la accesibilidad como una cuestión de igualdad de trato y prohíban la discriminación racial, por sí sola o/y en intersección con otros motivos de discriminación, como el género, la discapacidad, la edad, el estatus migratorio, la clase, el estatus social o los ingresos, y otros estatus;  | (i) Ausencia, o alcance limitado, de legislación y políticas que reconozcan la accesibilidad como una cuestión de igualdad de trato y prohíban la discriminación racial, por sí sola o/y en intersección con otros motivos de discriminación, como el género, la discapacidad, la edad, el estatus migratorio, la clase, la lengua materna, el estatus social o los ingresos, y otros estatus;  |

1. **Comentarios sobre el apartado “Recomendaciones”**
	1. **Sobre el subapartado “A. Medidas legislativas y políticas”**
2. El subapartado “A. Medidas legislativas y políticas” realiza un conjunto de recomendaciones a los Estados Parte de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial en relación a la adopción de medidas normativas para combatir la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud. Frente a ello, el Estado peruano tiene las sugerencias que serán expuesta a continuación.
	* 1. **Incorporación de la recomendación de adoptar de medidas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario o judicial para efectivizar el derecho a la salud**
3. El Tribunal Constitucional peruano ha señalado que la realización del derecho a la salud requiere, cuando menos, de la adopción de medidas legislativas, económicas y técnicas[[11]](#footnote-11). En ese sentido, el Estado es responsable de priorizar la recaudación y distribución presupuestal para la ejecución de políticas sociales – como las políticas en salud[[12]](#footnote-12). El Tribunal también ha resaltado la importancia de los servicios públicos de salud pues de ellos depende el logro de mejores niveles de vida de las personas[[13]](#footnote-13). En relación a la práctica estatal anteriormente referida, se propone la siguiente incorporación en el apartado “Medidas legislativas y políticas”[[14]](#footnote-14):

|  |
| --- |
| * **Medidas legislativas y políticas:** los Estados deben adoptar medidas de **carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole** para dar plena efectividad al derecho a la salud. Ello incluye la organización del servicio público correspondiente que haga posible el disfrute del derecho.
 |

* + 1. **Incorporación de la recomendación de adoptar medidas para facilitar, proporcionar, promover y sensibilizar sobre el derecho a la salud**
1. El Supremo Intérprete constitucional peruano también ha mencionado que los servicios de salud deben ser brindados con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica, en tanto elementos esenciales de la atención sanitaria[[15]](#footnote-15). Bajo dicho marco nacional, desde el Estado peruano se propone la incorporación de lo siguiente[[16]](#footnote-16):

|  |
| --- |
| * **Medidas legislativas y políticas:** se deben incorporar obligaciones de **facilitar, proporcionar y promover el derecho a la salud**. Es importante considerar también las medidas para impedir que terceros interfieran u obstaculicen el disfrute del derecho a la salud. Los estados deben vigilar y controlar las actividades de agentes particulares y públicos encargados de la prestación de servicios de salud, así como de agentes cuya actividad genere efectos perjudiciales para la realización del derecho a la salud.

  |

* + 1. **Incorporación de la recomendación de establecer mecanismos de presentación de insatisfacciones durante la atención en establecimientos de salud**
1. El Reglamento de la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud establece, a nivel nacional, el derecho de presentar reclamos y quejas en caso de disconformidad con la atención recibida[[17]](#footnote-17), derecho que debe poder ser ejercido sin discriminación. En dicha línea, se propone la incorporación de lo siguiente[[18]](#footnote-18):

|  |
| --- |
| * **Medidas legislativas y políticas:** los Estados deberán establecer mecanismos de atención que permitan a los usuarios de los servicios de salud, ciudadanos, no ciudadanos, migrantes, refugiados, solicitantes de asilo y apátridas, **presentar sus insatisfacciones y/o disconformidades durante la atención en establecimientos de salud** con el fin de garantizar el derecho a la salud, **teniendo en cuenta el idioma y otras barreras culturales**.
 |

* + 1. **Incorporación de la recomendación de facilitar el acceso mecanismos alternativos de solución de conflictos**
1. La Ley N° 26842, Ley General de Salud, menciona que toda persona tiene derecho a “ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud”[[19]](#footnote-19) (el subrayado es nuestro).
2. Asimismo, el reglamento de la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud indica que en caso de que surjan controversias entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la persona usuaria de los servicios de salud, aquellas deberán generar mecanismos ágiles y oportunos de solución mediante el trato directo o el uso de mecanismos alternativos de solución de controversias, sin perjuicio del acceso a la vía jurisdiccional[[20]](#footnote-20), siendo la Superintendencia Nacional de Salud, la entidad encargada de promover los mecanismos de conciliación y arbitraje para la solución de los conflictos suscitados entre los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud[[21]](#footnote-21). En base a la normativa peruana anteriormente descrita, se propone la incorporación de las siguientes medidas en el numeral 39 del literal A[[22]](#footnote-22):

|  |
| --- |
| **39. Puesta en práctica de la legislación contra la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud por:**[…](v) Promover y facilitar el acceso a la justicia en salud, a través de mecanismos alternativos de solución de conflictos agiles y adecuados a las necesidades de la población a fin de garantizar el ejercicio y restitución de los derechos en salud de las personas usuarias de los servicios de salud, en consonancia con las normas y principios de derechos humanos relacionados con la igualdad y la prohibición de la discriminación racial.(vi) Definir e implementar políticas y medias legislativas en los gobiernos nacionales, regionales y locales a fin de priorizar la iniciativa de mejora normativa de instrumentos o dispositivos legales para fortalecer las instituciones de protección y restitución del derecho a la salud, así como garantizar su acceso y establecer medidas de priorización presupuestal. |

* 1. **Sobre el subapartado “Educación, formación y acceso a la información”**
1. La página 17 del Proyecto, en el subapartado “Educación, formación y acceso a la información”, recomienda a los Estados “llevar a cabo campañas de sensibilización específicas con información sobre los servicios sanitarios disponibles y los requisitos para la cobertura obligatoria del seguro de enfermedad”.
2. Al respecto, cabe señalar que el Estado peruano, en concordancia con sus obligaciones internacionales, ha establecido un conjunto de normas con la finalidad de incorporar el enfoque intercultural en los servicios que brinda, de manera específica, buscando brindar servicios públicos - como la salud – con pertinencia cultural. Es así como, en el año 2015, se aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural[[23]](#footnote-23) y, recientemente, se aprobaron los Lineamientos para incorporar el enfoque intercultural en la prestación de los servicios públicos[[24]](#footnote-24). En materia de salud, el año 2015, se publicó la Guía de lineamientos denominada “Servicios Públicos con Pertinencia Cultural. Guía para la Aplicación del Enfoque Intercultural en la Gestión de los Servicios Públicos”[[25]](#footnote-25), mientras que el 2019, la Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención[[26]](#footnote-26).
3. En base a dichas consideraciones, se recomienda la incorporación del siguiente aspecto[[27]](#footnote-27):

|  |  |
| --- | --- |
| **Dice:** | **Debe decir:** |
| 51. Los Estados deben llevar a cabo campañas de sensibilización específicas con información sobre los servicios sanitarios disponibles y los requisitos para la cobertura obligatoria del seguro de enfermedad. | 51. Los Estados deben llevar a cabo campañas de sensibilización específicas, con pertinencia cultural para servicios sin estigmatización ni discriminación, con información sobre los servicios sanitarios disponibles y los requisitos para la cobertura obligatoria del seguro de enfermedad. Deben impedir que se difunda información falsa o engañosa en entornos digitales y físicos, deberá considerarse las características de los grupos étnicos de especial protección. |

1. Tribunal Constitucional. Exp. 02566-2014-PA/TC. Fundamento jurídico 14. [↑](#footnote-ref-1)
2. Tribunal Constitucional. Exp. 0298-2020-PA/TC. Fundamento jurídico 7. [↑](#footnote-ref-2)
3. Tribunal Constitucional. Exp. 0298-2020-PA/TC. Fundamento jurídico 8. [↑](#footnote-ref-3)
4. CONGRESO. Ley N° 26842. Artículo 15.3. [↑](#footnote-ref-4)
5. MINSA. D.S. N° 027-2015-SA. Artículo 19 [↑](#footnote-ref-5)
6. MINSA. D.S. N° 026-2020-SA. Publicado: 24.08.2020. [↑](#footnote-ref-6)
7. MINSA. R.M. N° 228-2019-MINSA. Publicado: 09.03.2019. [↑](#footnote-ref-7)
8. Tribunal Constitucional. Exp. N° 00889-2017-PA/TC. Fundamento jurídico 21. [↑](#footnote-ref-8)
9. Tribunal Constitucional. Exp. N° 00889-2017-PA/TC. Resolución. [↑](#footnote-ref-9)
10. MINCUL. Informe N° 000048-2023-DGCI-FPC/MC. Fecha: 18.07.2023. Página 7. [↑](#footnote-ref-10)
11. Tribunal Constitucional. Exp. 02566-2014-PA/TC. Fundamento jurídico 14. [↑](#footnote-ref-11)
12. Tribunal Constitucional. Exp. 2016-2004-AA/TC. Fundamento jurídico 43. [↑](#footnote-ref-12)
13. Tribunal Constitucional. Exp. 2016-2004-AA/TC. Fundamento jurídico 29. [↑](#footnote-ref-13)
14. SUSALUD. Informe N° 000055-2023-SUSALUD-IPROM. Fecha: 23.06.2023. [↑](#footnote-ref-14)
15. Tribunal Constitucional. Exp. N° 0033-2010-PI. Fundamento jurídico 34.c. [↑](#footnote-ref-15)
16. SUSALUD. Informe N° 000055-2023-SUSALUD-IPROM. Fecha: 23.06.2023. [↑](#footnote-ref-16)
17. MINSA. D.S. N° 027-2015-SA. Publicado: 13.08.2015. Artículo 28. [↑](#footnote-ref-17)
18. SUSALUD. Informe N° 000055-2023-SUSALUD-IPROM. Fecha: 23.06.2023. [↑](#footnote-ref-18)
19. CR. Ley N° 26842. Publicada: 20.07.1997. Artículo 15.3. [↑](#footnote-ref-19)
20. MINSA. D.S. N° 027-2015-SA. Publicado: 13.08.2015. Artículo 29. [↑](#footnote-ref-20)
21. PODER EJECUTIVO. D.L. N° 1158. Publicado: 06.12.2013. Artículo 8. [↑](#footnote-ref-21)
22. SUSALUD. Memorandum N° 000216-2023-SUSALUD-CECONAR. Fecha: 07.07.2023. [↑](#footnote-ref-22)
23. MINCUL. D.S. N° 003-2015-MC. Publicado: 28.10.2015. [↑](#footnote-ref-23)
24. MINCUL. D.S. N° 001-2023-MC. Publicado: 08.02.2023. [↑](#footnote-ref-24)
25. MINCUL. R.M. N° 124-2015-MC. Publicado: 10.04.2015. [↑](#footnote-ref-25)
26. MINSA. R.M. N° 228-2019-MINSA. Publicado: 09.03.2019. [↑](#footnote-ref-26)
27. MINCUL. Informe N° 000048-2023-DGCI-FPC/MC. Fecha: 18.07.2023. Página 9 y 10. [↑](#footnote-ref-27)