



SALUD PARA
TOD@s

Derecho a la salud en
comunidades inclusivas
sin discriminación

Barreras de acceso y pertinencia en servicios de salud primaria y comunitaria

Un análisis con enfoque interseccional e inclusivo en la región de Cusco



IDEHPUCP



Financiado por
la Unión Europea

**Barreras de acceso y pertinencia en servicios de salud primaria y comunitaria
Un análisis con enfoque interseccional e inclusivo en la región de Cusco**

© Pontificia Universidad Católica del Perú
Instituto de Democracia y Derechos Humanos
de la Pontificia Universidad Católica del Perú
Tomás Ramsey 625, Lima 17 - Perú
Teléfono: (51 1) 626-2000, anexos: 7500 y 7501
www.idehpucp.pucp.edu.pe

Investigador principal: Miguel Ángel Casas García
Investigadora: Geraldine Chávez Villafane

Corrección de estilo: Rocío Reátegui
Diseño y diagramación: Camila Bustamante

Esta investigación se realizó en el marco del proyecto «Salud para tod@s. Derecho a la salud en comunidades inclusivas sin discriminación» aplicado en Piura y Cusco con el apoyo de la Unión Europea y en alianza con We World, Arariwa y Apurímac ETS.

Primera edición digital: agosto 2025

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2025-08877

ISBN: 978-612-4474-67-5



Contenido

Siglas y abreviaturas	4
1. Introducción	6
2. Metodología de la investigación	9
3. Marco jurídico del derecho a la salud	12
3.1 Marco normativo internacional	13
3.2 Marco normativo nacional	20
4. Aproximación a las barreras de acceso al derecho a la salud	23
4.1 Barreras de discriminación	24
4.2 Barreras físicas	24
4.3 Barreras económicas	25
4.4 Barreras informativas	25
4.5 Barreras institucionales, sociales y culturales	25
5. Hallazgos de la investigación	26
5.1 Características del sistema de salud en Cusco	27
5.2 Situación de las personas en condición de vulnerabilidad en Cusco	29
5.3 Barreras identificadas en la investigación	37
6. Desafíos para la implementación del Protocolo Base de Actuación Conjunta	47
7. Conclusiones	49
8. Recomendaciones	52
8.1 Para el Estado peruano y las instituciones estatales del sector salud	53
8.2 Para las organizaciones sociales de base, organizaciones de sociedad civil y organizaciones no gubernamentales	54
8.3 Para la ciudadanía en su conjunto	54
9. Lista de referencias	55
9.1. Referencias	55
9.2 Instrumentos nacionales e internacionales	57
9.3 Jurisprudencia	58

Siglas y abreviaturas

CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
CCSM	Centro Comunitario de Salud Mental
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CDPC	Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEM	Centros de Emergencia Mujer
CETFDCM	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIPTMF	Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas
CONADIS	Consejo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad
COREDIS	Consejo Regional para la Integración de las Personas con Discapacidad
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CS	Centro de Salud
CSMC	Centro de Salud Mental Comunitario
CTP	Carné Temporal de Permanencia
DADDH	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
DEMUNA	Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
EE. SS	Establecimientos de Salud
GORE Cusco	Gobierno Regional de Cusco
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática

LGBTIQA+	Personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersex, queer y otras identidades de género y orientaciones sexuales
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MININTER	Ministerio del Interior
MINJUSDH	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
MINSA	Ministerio de Salud
MP	Ministerio Público
NNA	Niños, niñas y adolescentes
OEA	Organización de Estados Americanos
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSB	Organizaciones sociales de base
OSC	Organizaciones de sociedad civil
ONG	Organizaciones no gubernamentales
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNP	Policía Nacional del Perú
Programa Warmi Ñan	Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar - Warmi Ñan
Protocolo de San Salvador	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PTP	Permiso Temporal de Permanencia
PUCP	Pontificia Universidad Católica del Perú
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDH	Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos
SUDH	Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos
SIS	Seguro Integral de Salud
VBG	Violencia basada en género

1. Introducción

Según la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada en el 2015 por los 193 Estados miembros de las Naciones Unidas, la salud es uno de los ámbitos esenciales para asegurar el bienestar de la población mundial, motivo por el cual uno de los objetivos de desarrollo sostenible trazados es lograr una cobertura sanitaria universal, así como también el acceso a atenciones médicas de calidad, sin excluir a nadie. A este respecto, se ha reportado la reducción de la tasa mundial de mortalidad de menores de cinco años y del índice de muertes relacionadas con el SIDA, entre otros importantes avances para la consecución del objetivo referido (Naciones Unidas, 2023).

Sin embargo, persisten una serie de desafíos para la garantía del derecho a la salud, particularmente en América Latina y el Caribe. Como lo refieren Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa (2023), los sistemas de salud en la región padecen problemas estructurales como el subfinanciamiento crónico, elevados gastos de bolsillo, fragmentación de provisión de servicios y la clasificación de personas en función de su capacidad de pago que, aunados a problemas institucionales y de gobernanza, limitan la respuesta a las necesidades sanitarias. Al mismo tiempo, existe una profunda crisis de desigualdades socioeconómicas y culturales, advertidas en la incidencia de la pobreza y la pobreza extrema sobre grupos en situación de vulnerabilidad (Stiglitz, 2012), y que impactan en el acceso a los servicios de salud.

En la región no se han podido consolidar sistemas de salud que satisfagan las necesidades sanitarias de la población, a lo que se suma la carga discriminatoria y racista en las atenciones médicas, lo que dificulta aún más la garantía y el respeto del derecho a la salud. En el Perú en específico, a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal y contrarrestar los riesgos sanitarios identificados —a través de sus tres ejes de acción: la protección de la salud pública, la protección de la salud individual y la protección de los derechos de los ciudadanos—, el sistema de salud continúa fragmentado (Ministerio de Salud, 2023). En consecuencia, coexisten entidades que, en algunos casos, no trabajan coordinadamente, lo que dificulta el acceso a los servicios, repercute de manera negativa en la calidad de las atenciones, genera un uso irracional e ineficiente de recursos y limita las acciones de prevención de enfermedades.

Aunado a lo anterior, se evidencian brechas de infraestructura y equipamiento en los establecimientos de salud pública. En ese sentido, en el 2020 se reportó que la mayoría de los establecimientos de salud en Cusco funcionaban en condiciones inadecuadas de infraestructura y equipamiento, pues no estaban dispuestos acorde con lo establecido en las Normas Técnicas de Salud vigentes (Gerencia Regional de Salud Cusco, 2021, p.

180). Esta situación se reflejaba en más del 60 % de establecimientos de salud pública, y vulneraba el acceso y la calidad de los servicios de salud en todo el territorio nacional.

En este contexto, el Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP), con el apoyo de la Unión Europea y en alianza con We World, Arariwa y Apurímac ETS, ha desarrollado una investigación sobre la situación actual del acceso a los servicios primarios, comunitarios e integrales de salud en el marco del proyecto «Salud para tod@s. Derecho a la salud en comunidades inclusivas sin discriminación» aplicado en Piura y Cusco. En particular, la *Investigación sobre las barreras en el acceso y pertinencia de los servicios primarios, comunitarios e integrales de salud con perspectiva interseccional y de inclusión en la región Cusco* propone analizar la situación actual de la garantía del derecho a la salud en la ciudad de Cusco y la provincia de Calca.

En ese sentido, la investigación describe el sistema de salud público en Cusco y Calca, e identifica las posibles barreras de acceso a los servicios de salud de la población migrante, población con discapacidad y población LGBTIAQ+, basándose tanto en el desarrollo de funciones y el trabajo de actores clave del sector público como en las experiencias de las personas representantes de OSC y OBC. Igualmente, el estudio formula recomendaciones orientadas a coadyuvar al acceso efectivo a los servicios primarios, comunitarios e integrales de salud en Cusco. Con tal finalidad, la presente investigación se ha desarrollado bajo una metodología que combinó trabajo de gabinete y actividades de recojo de información en el terreno, como se detalla en el siguiente acápite.

2. Metodología de la investigación



Para la investigación, se implementó una metodología teórico-práctica que incluyó actividades orientadas a revisar y analizar literatura y normativa vinculadas al tema de investigación, así como también una sección de trabajo de campo cualitativo para recolectar evidencia e información.

Con respecto al primer tipo de actividades, se desarrolló un trabajo de gabinete consistente en identificar, sistematizar y analizar literatura relevante en la materia, lo que permitió construir el marco teórico que orientó el diseño de las herramientas de recojo de información para el trabajo de campo. Del mismo modo, se revisaron las normas nacionales, internacionales y reglamentarias relacionadas con el derecho a la salud y el acceso a los servicios sanitarios.

Por su parte, el trabajo de campo contempló la realización tanto de entrevistas semiestructuradas con actores clave como de actividades de observación no participante en EE. SS en Cusco. Para ello, se comenzó con la construcción de un mapeo de actores clave que, de acuerdo con su mandato y labor, están vinculados al sistema de salud peruano y al respeto y la garantía de derechos de personas en situación de vulnerabilidad. La versión final del mapeo se definió en el terreno, sobre la base de las reuniones de coordinación con los socios, quienes informaron sobre la viabilidad y disponibilidad de participación de los actores e instituciones identificadas.

En cuanto a las entrevistas semiestructuradas, se ejecutaron veinticinco en total. De este universo, dieciocho se aplicaron a actores provenientes de entidades públicas, como el GORE Cusco, el MINSA, el MIMP, el MP y el MIDIS; y siete, a personas representantes de OSC u OSB. Las entrevistas, que se condujeron a partir de guías de preguntas previamente diseñadas por el equipo de investigación, tuvieron como finalidad identificar los desafíos existentes en el acceso a los servicios de salud, tales como barreras administrativas e institucionales, insuficiencia de equipamiento y recursos humanos, infraestructura deficiente y falta de trabajo interinstitucional.

Tabla 1. Cuadro resumen de entrevistas implementadas

Tipo de actor	Institución	Número de entrevistas	Total
Sector público	Ministerio de Salud (6)	1 - 6 por institución	18
	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (5)		
	Gobierno Regional de Cusco (3)		
	Ministerio del Interior - Policía Nacional del Perú (2)		
	Ministerio Público (1)		
	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (1)		
Sociedad civil	Representantes de OSC y OSB	1 por organización	7
Total			25

En cuanto a las actividades de observación no participante, estas se llevaron a cabo siguiendo una ficha de aplicación (véase el Anexo 3) y permitieron advertir situaciones no evidenciadas mediante las entrevistas. En suma, se realizaron cuatro actividades de observación no participante, específicamente, en el CS Belempampa, en el CS Calca, en el CSMC «Virgen de la Asunta de Calca» y en el CEM Calca.

En su totalidad, las actividades desarrolladas durante las visitas de campo se ejecutaron de forma presencial. De manera excepcional, un número limitado de entrevistas se realizaron virtualmente a solicitud de los participantes por motivos de disponibilidad. Asimismo, antes de la ejecución de cada entrevista, se obtuvo la autorización y firma del protocolo de consentimiento informado por parte los actores participantes, a quienes se les explicaron los objetivos y alcances de la investigación, su duración, la naturaleza y destino de la información recopilada.

El equipo de investigación consiguió además el consentimiento para grabar las entrevistas en archivos de audio, los cuales se guardaron según los protocolos de confidencialidad establecidos, y posteriormente se almacenaron en el servidor institucional de la PUCP y en la carpeta Drive del proyecto. Las grabaciones se transcribieron y analizaron con el objetivo de distinguir las principales barreras en el acceso al sistema de salud reconocidas por los representantes de instituciones estatales, OSC y OSB. Finalmente, los hallazgos de las entrevistas se contrastaron con el marco teórico y normativo estudiados, lo que permitió establecer las brechas en la garantía del derecho a la salud y proponer recomendaciones para su superación.

3. Marco jurídico del derecho a la salud



El derecho a la salud se encuentra amparado por un sólido marco constituido por instrumentos jurídicos nacionales e internacionales en el ámbito del SUDH y del SIDH. A continuación, se presentan los principales instrumentos en materia de protección y garantía del derecho a la salud, los cuales incluyen tanto las fuentes que generan obligaciones jurídicas para los Estados, como aquellos instrumentos de *soft law* que contribuyen a orientar el alcance e interpretación de dichas obligaciones

3.1 Marco normativo internacional

3.1.1 SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En el marco del SUDH, el derecho humano a la salud ha sido proclamado en diversos dispositivos de *soft law* y tratados internacionales. En tal medida, ha sido reconocido por la DUDH (artículo 25), y una serie de tratados de derechos humanos, tales como el PIDESC¹ (artículo 12), la CETFDCM² (artículo 12), la CIPTMF³ (artículos 28, 43 y 45) y la CDPC⁴ (artículo 25). En específico, el artículo 12 del PIDESC establece expresamente «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental».

Al respecto, conforme lo señala el Comité DESC en su Observación General N.º 14, el derecho a la salud implica el acceso a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Por tanto, esta concepción de derecho a la salud trasciende un «estado de completo bienestar físico, mental y social»,⁵ y comprende también un amplio conjunto de factores socioeconómicos que determinan la posibilidad de llevar una vida sana, «como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva» (párr. 11).

En este orden ideas, el Comité DESC entiende al derecho a la salud como un derecho «al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para

1 El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue incorporado en el marco normativo peruano mediante Decreto Ley N.º 22129.

2 La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue incorporada en el marco normativo peruano mediante Decreto Ley N.º 23432.

3 La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares fue incorporada en el marco normativo peruano mediante Resolución Legislativa N.º 28602.

4 La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue incorporada en el marco normativo peruano mediante Resolución Legislativa N.º 29127.

5 Concepto tradicional extraído del preámbulo de la Constitución de la OMS.

alcanzar el más alto nivel posible de salud». Asimismo, este mecanismo ha identificado cuatro componentes esenciales e interrelacionados que cubren satisfactoriamente la garantía y el disfrute del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Tabla 2. Componentes del derecho a la salud

Componente	Implicancias del componente
Disponibilidad	[Implica] contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos, centros de atención de la salud, así como de programas. La [cantidad] precisa de establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular, del nivel de desarrollo del Estado; [no obstante], todos deberán incluir los factores determinantes básicos de la salud [...].
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. [Para tales efectos], la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: • No discriminación: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, [sin ningún tipo discriminación basada en motivos prohibidos como la raza, el género, idioma, origen nacional, situación económica o el estado de salud]. • Accesibilidad física: Los establecimientos, bienes y servicios de salud, [así como también los factores determinantes de la salud], deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. [...] Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. • Accesibilidad económica (asequibilidad): Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance [económico de todos los sectores de la población]. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, [sean asequibles para todos en términos económicos], incluidos los grupos socialmente desfavorecidos [...]. • Acceso a la información: Comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. [Al respecto], el acceso a la información no debe menoscabar el derecho a que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades. [Asimismo], deberán ser sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que se traten.
Calidad	Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Fuente: Comité DESC (2000).

3.1.2 SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En el SIDH, el derecho a la preservación de la salud y al bienestar ha sido reconocido a través de la DADDH (artículo XI) y de la Carta de la OEA (artículos 34 y 45). A nivel de este sistema, además, se ha reafirmado la existencia del estrecho nexo entre la salud, otros derechos económicos o sociales, y los derechos a la integridad personal y a la vida (CIDH, 2021).

De igual manera, el Protocolo de San Salvador⁶, que complementa la obligación contenida en el artículo 26 de la CADH⁷ sobre la efectividad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, establece que «toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental, y social» (artículo 10). Así, la salud se configura como un derecho cuya garantía toma en consideración los determinantes básicos y sociales que puedan condicionar su efectivo ejercicio y disfrute.

Ahora bien, sobre el alcance de la salud como derecho autónomo, la Corte IDH ha señalado que el derecho a la salud se encuentra protegido por el artículo 26 de la CADH, al ser uno de los derechos derivados de la Carta de la OEA, específicamente, de los artículos 34.i), 34.l) y 45.h). En tal medida, el derecho a la salud genera obligaciones internacionales inmediatas, referidas a la adopción de «medidas eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud»; obligaciones de carácter progresivo, que aluden a la obligación de los Estados para «avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de dicho derecho, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados»; así como también la obligación de no regresividad, entendida como la prohibición de que

⁶ La Convención Americana sobre Derechos Humanos fue incorporada en el marco normativo peruano mediante Decreto Ley N.° 22231

⁷ El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue incorporado en el marco normativo peruano mediante Resolución Legislativa N.° 26448

los Estados adopten medidas que, sin alguna justificación, restrinjan el ejercicio de un derecho (Corte IDH, Sentencia del Caso Hernández vs. Argentina, 2019; Sentencia del Caso Manuela y otros vs. El Salvador, 2021; Sentencia del Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador, 2021; Sentencia del Caso Vera Rojas y otros vs. Chile, 2021).

A partir de lo expuesto, es posible concluir que el derecho a la salud se encuentra reconocido en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, siendo el PIDESC y el Protocolo de San Salvador los tratados que lo regulan con mayor especialidad en el SUDH y el SIDH, respectivamente. En ese sentido, ambos dispositivos introducen el concepto del disfrute del «más alto nivel de bienestar físico, mental y social» y establecen obligaciones específicas orientadas a garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud.

Tabla 3. El derecho a la salud en los instrumentos internacionales

Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos

Declaración Universal de Derechos Humanos

Artículo 25.1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...].

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Artículo 12.1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el **derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental** [...] (énfasis agregado).

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Artículo 12.1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia [...].

Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares

Artículo 28. Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

Artículo 43. 1. Los trabajadores migratorios gozarán de igualdad de trato respecto de los nacionales del Estado de empleo en relación con: [...] e) **El acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes** (énfasis agregado).

Artículo 45. 1. Los familiares de los trabajadores migratorios gozarán, en el Estado de empleo, de igualdad de trato respecto de los nacionales de ese Estado en relación con: [...] c) **El acceso a servicios sociales y de salud, a condición de que se cumplan los requisitos para la participación en los planes correspondientes** (énfasis agregado).

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Artículo 25. Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen **derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad**. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud [...] (énfasis agregado).

Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

Artículo XI. Toda persona tiene **derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales**, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica [...] (énfasis agregado).

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”

Artículo 10. Toda persona tiene **derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social** [...] (énfasis agregado).

Otros instrumentos internacionales

Convenio Constitutivo de la Organización Mundial de la Salud

Preámbulo. [...] El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social [...].

Convenio N.º 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo

Artículo 25.1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Convención sobre el Estatuto de los Refugiados

Artículo 23. Los Estados Contratantes concederán a los refugiados que se encuentren legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a sus nacionales en lo que respecta a asistencia y a socorro públicos.

Convención sobre el Estatuto de los Apátridas

Artículo 23. Los Estados Contratantes concederán a los apátridas que residan legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a sus nacionales en lo que respecta a asistencia y a socorro públicos.

3.1.3 SISTEMATIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

Aunado a lo anterior, cabe señalar que los principales tratados internacionales en la materia han establecido obligaciones específicas para la protección del derecho a la salud. Por un lado, el PIDESC menciona que los Estados deben adoptar las medidas necesarias para a) reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil, mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; b) prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole; y c) crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (artículo 12.2). Por su parte, el Protocolo de San Salvador se refiere al compromiso de los Estados para asegurar a todos los individuos y familiares de la comunidad lo siguiente: a) la garantía del acceso a la atención primaria de salud; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación sobre la prevención y el tratamiento de los problemas de salud; y f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que, por sus condiciones de pobreza, sean más vulnerables (artículo 10.2).

En el mismo sentido, los órganos internacionales han desarrollado estándares respecto al artículo 12 del PIDESC y al artículo 10 del Protocolo de San Salvador, los cuales son presentados a continuación, con especial enfoque en la protección del derecho a la salud de los grupos de especial interés para la investigación. Esto es, personas migrantes, personas con discapacidad y personas LGBTIAQ+.

Tabla 4. Estándares internacionales en torno al derecho a la salud

Estándar internacional de protección	
Disponibilidad de seguro médico y centros de atención libres de discriminación	Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud (Comité DESC, Observación General N.º 14, párr. 19).
Accesibilidad a servicios médicos y sociales	El derecho a la salud física y mental implica el derecho a tener acceso a los servicios médicos y sociales —incluidos los aparatos ortopédicos— y a beneficiarse de dichos servicios, para que las personas con discapacidad puedan ser autónomas, evitar otras discapacidades y promover su integración social. De manera análoga, esas personas deben tener a su disposición servicios de rehabilitación (Comité CDPD, Observación General N.º 5, párr. 34).

Accesibilidad a atención médica de emergencias	La atención médica en casos de emergencias debe ser brindada en todo momento para los migrantes en situación irregular, por lo que los Estados deben proporcionar una atención sanitaria integral tomando en cuenta las necesidades de grupos vulnerables (Corte IDH, Sentencia del Caso Nadege Dorzema y otros vs. República Dominicana, párr. 108).
Disponibilidad de servicios médicos relativos a procesos de modificación corporal	Se deben garantizar aquellos tratamientos médicos que sean necesarios para que las personas trans puedan adecuar su corporalidad, incluyendo su genitalidad, a su identidad de género autopercibida (Corte IDH, Opinión Consultiva OC-29/22, párr. 268).

3.2 Marco normativo nacional

3.2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ

El derecho a la salud también ha sido reconocido por la norma suprema del ordenamiento jurídico nacional. Según el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, «todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa». Particularmente se señala, además, que las personas con discapacidad tienen derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

De igual manera, en el artículo 9, la Constitución establece que la política nacional de salud debe ser diseñada e implementada por el Poder Ejecutivo de manera tal que todas las personas logren «el acceso equitativo a los servicios de salud». En el mismo sentido, el artículo 11 se refiere al deber estatal de garantizar el acceso a prestaciones de salud a través de entidad públicas, privadas o mixtas.

3.2.2 LEY GENERAL DE LA SALUD

La Ley General de la Salud, Ley N.º 26842, dispone que «toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia». Asimismo, la ley desarrolla los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, en términos del acceso a los servicios, acceso a la información, atención y recuperación de la salud, y consentimiento informado.

Tabla 5. El derecho a la salud en la Ley General de la Salud

Derecho	Componentes del derecho
Acceso a los servicios de salud	Derecho a recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado.
	Derecho a elegir libremente el médico o el establecimiento de salud.
	Derecho a recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos.
	Derecho a solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento.
	Derecho a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, con la garantía de que el usuario accederá a estos de forma oportuna y equitativa.
Acceso a la información	Derecho a ser informado adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, considerándose su idioma, cultura y circunstancias particulares.
	Derecho a conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos.
	Derecho a recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
	Derecho a recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud.
	Derecho a tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, los reglamentos y las condiciones administrativas del establecimiento de salud.
	Derecho a recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad.
	Derecho a ser informado sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa.
	Derecho a ser informado sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de estos.
	Derecho a conocer de forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes, los horarios de consulta, y demás términos y condiciones del servicio.

Atención y recuperación de la salud	Derecho a ser atendido con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.
	Derecho a recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.
	Derecho a su seguridad personal y a no ser perturbado o puesto en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella.
	Derecho a autorizar la presencia, en el momento del examen médico o de la intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica.
	Derecho a que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad.
	Derecho a ser escuchado y a recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida.
	Derecho a recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o en los servicios médicos de apoyo.
	Derecho a ser atendido por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados.
Consentimiento informado	Derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud.

3.2.3 DECRETO LEGISLATIVO DE MIGRACIONES

El Decreto Legislativo de Migraciones, Decreto Legislativo N.º 1350, reconoce, entre otros derechos fundamentales establecidos en la Constitución, el derecho a la salud de la persona extranjera, el cual se ejercerá en igualdad de condiciones que los nacionales, salvo prohibiciones y limitaciones dispuestas por ley. En el mismo sentido, el artículo 7 del Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1350 señala que el Ministerio de Salud debe dictar las normas y medidas necesarias para garantizar a la persona extranjera el acceso a los servicios de salud pública, incluso si se encontrase en situación migratoria irregular.

Al respecto, el Tribunal Constitucional ha sostenido que, en correspondencia con el deber de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, establecido en el artículo 9 de la Constitución, el Estado tiene la responsabilidad de realizar todas las «acciones necesarias para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, en condiciones de equidad» (Sentencia del Caso 25% del número legal de congresistas de la República contra el Congreso de la República, 2012, párr. 13). Asimismo, en la Sentencia del Caso M.H.F.C. contra el Director del Instituto Nacional Penitenciario (2019, párr. 57), el mismo tribunal se refirió a la obligación de abstenerse de denegar o limitar el acceso igualitario a la salud de todas las personas incluyendo a los «inmigrantes ilegales».

3.2.4 LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

La Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, Ley N.º 30364, dispone una serie de medidas que las entidades del Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar deben desplegar para detectar la violencia, atender a las víctimas, protegerlas y restablecer sus derechos. En tal medida, garantiza la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar en cualquier EE. SS.

Lo descrito, de conformidad con el artículo 76 del Reglamento de la referida ley, implica que los establecimientos de salud aseguren a las víctimas de violencia familiar atención médica, exámenes de ayuda diagnóstica, hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico y psiquiátrico, y cualquier otra actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de la salud. Con relación a ello, el Tribunal Constitucional ha afirmado que la configuración del derecho a la salud como derecho social supone acciones de conservación y restablecimiento, cuyo cumplimiento le corresponde al Estado, con apoyo de la comunidad (Sentencia del Caso de los internos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Noguchi” contra la Dirección de Adicciones del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Noguchi” y otros, 2009, párr. 51).

4. Aproximación a las barreras de acceso al derecho a la salud



A la luz de lo descrito, en la presente sección se desarrolla una aproximación a las barreras que imposibilitan u obstaculizan el ejercicio efectivo del derecho a la salud. En tal medida, se presenta la siguiente tipología de barreras, a partir de la cual posteriormente se formularán los hallazgos identificados durante la investigación.

4.1 Barreras de discriminación

En el marco del derecho a la salud, a nivel internacional se prohíbe discriminar por motivos tales como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política, el origen nacional o la posición social, la situación económica, el lugar de nacimiento, discapacidades físicas o mentales, el estado de salud (incluido el VIH/SIDA), la orientación sexual u otras condiciones similares para acceder a la atención sanitaria. Esta prohibición tiene como objetivo evitar cualquier forma de invalidación o menoscabo de la igualdad en el goce o ejercicio del derecho a la salud (Comité DESC, 2000).

En ese sentido, las barreras discriminatorias son aquellas que dificultan el acceso igualitario de los grupos sociales en especial situación de vulnerabilidad a los servicios de atención de salud y conexos, equipos y suministros. En tal medida, este tipo de barreras abarca todo procedimiento, condición o requisito, de carácter legal o administrativo, que afecta en particular a los sectores poblacionales históricamente marginados, como mujeres, personas con discapacidad, personas LGBTIQ+ y NNA (ACNUDH y OMS, 2018).

4.2 Barreras físicas

El derecho a la salud implica que se cuente con establecimientos de salud, así como con bienes y servicios al interior de ellos. Además, estos deben ser geográficamente accesibles para todos los sectores de la población y permitir la libre circulación en su interior; en especial, para las personas en situación de vulnerabilidad.

Por su parte, las barreras físicas son aquellas que restringen la accesibilidad geográfica a los establecimientos, bienes y servicios de salud. En ese sentido, engloba las situaciones en las que determinados establecimientos o tipos de atención médica no son accesibles, entre otras razones, por encontrarse en una ubicación lejana para las personas, por estar disponibles en horarios limitados que impiden la asistencia de usuarios, o por no encontrarse adecuados para el acceso físico de las personas con discapacidades (Médicos del Mundo, 2022, p. 23).

4.3 Barreras económicas

La accesibilidad económica al derecho a la salud supone que esta debe estar al alcance de todos los sectores de la población, así como los establecimientos, bienes y servicios que se ofrecen dentro de ellos. La noción principal de la accesibilidad económica radica en que la salud no se convierta en una carga desproporcionada para las personas y los hogares más pobres porque, al tener menos oportunidades para desarrollar habilidades y generar ingresos, se generaría una dependencia del sistema de salud público que, muchas veces, no está disponible ni cerca.

Siendo así, las barreras económicas están relacionadas directamente con la accesibilidad económica de los bienes y servicios sanitarios. Así, la falta de capacidad económica para asumir costos por determinados servicios, suministros o medicamentos deviene en la imposibilidad de acceder a estos, como señala el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N.º 15 (párr. 114). En esa línea, el establecimiento de tasas de usuario y la ausencia de mecanismos de seguro médico son ejemplos de barreras económicas.

4.4 Barreras informativas

Las barreras informativas o de acceso a la información se refieren a las situaciones en las que el sistema sanitario no proporciona a las personas la información necesaria y comprensible que les permita acceder a la atención sanitaria (Médicos del Mundo, 2022, p. 26). Asimismo, estas barreras también comprenden las dificultades específicas que puedan enfrentar las personas en especial situación de vulnerabilidad para conocer el sistema de salud.

4.5 Barreras institucionales, sociales y culturales

Las barreras institucionales aluden a los supuestos en que no se cuenta con un número suficiente de establecimientos, profesionales, bienes (instalaciones, equipos, medicamentos, etc.), servicios y programas de salud (Comité DESC, 2000, párr. 113), que permita cubrir las necesidades sanitarias de la población. Asimismo, este tipo de barreras engloba aquellas brechas relacionadas con la provisión de establecimientos, bienes y servicios no adecuados desde el punto de vista científico médico; esto es, personal médico sin capacitación, equipos médicos en mal estado, infraestructura deficiente, etc.

Por otro lado, las barreras sociales son aquellas que, debido a condiciones de desigualdad preexistentes, dificultan que todas las personas accedan de forma equitativa, oportuna y adecuada a la atención de su salud. Además, estas barreras son reflejadas en aquellos escenarios donde la atención médica no toma en cuenta cuestiones o necesidades de género, edad, discapacidad y diversidad sexual, entre otras (Comité DESC, 2000, párr. 20). Finalmente, las barreras culturales abarcan las situaciones en que los establecimientos, bienes y servicios médicos no brindan una atención que respete la cultura de las personas, minorías, pueblos o comunidades.

5. Hallazgos de la investigación

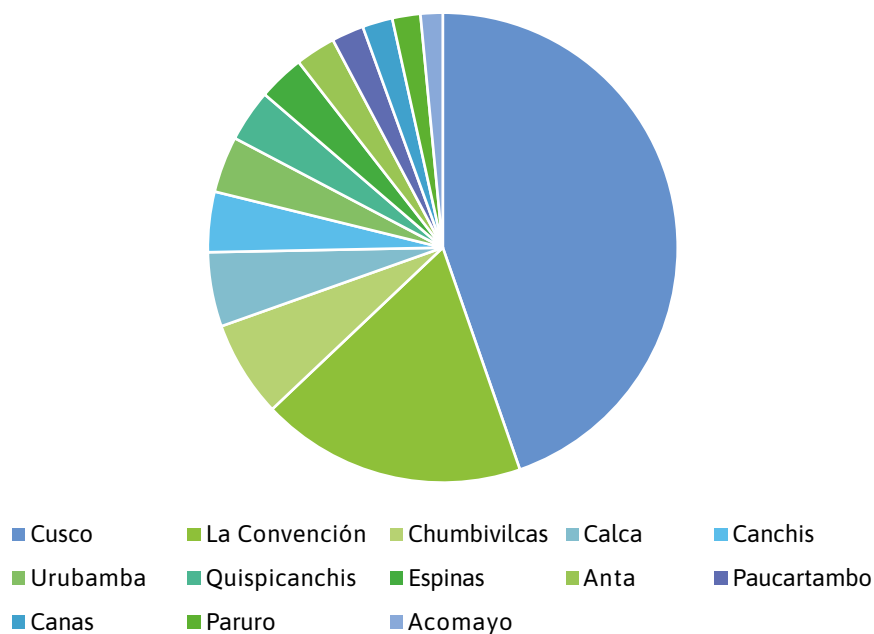


5.1 Características del sistema de salud en Cusco

De acuerdo con el Análisis de la Situación de Salud elaborado por la Gerencia Regional de Salud Cusco (2021), en esta región el sistema de salud está compuesto por 723 EE. SS categorizados en total. La mayoría de estos son administrados por el GORE (48 %) y el sector privado (46.5 %), mientras que EsSalud (2.4 %), Sanidad del Ejército del Perú (1.1%) y Sanidad de la Policía Nacional del Perú (0.7 %) controlan una menor proporción.

Por otro lado, la distribución geográfica de los EE. SS en Cusco refleja importantes desigualdades. La provincia de Cusco concentra 323 EE. SS, esto es, el 44.7% de todos los establecimientos sanitarios en la región. En contraste, en otras provincias la disponibilidad de estos es bastante limitada, como se evidencia en Anta (20 EE. SS), Paucartambo (16 EE. SS), Canas (15 EE. SS) y Paruro (14 EE. SS). Particularmente grave es la situación de Acomayo, donde se registran 11 EE. SS.

Gráfica 1. Establecimientos de salud en Cusco por provincias



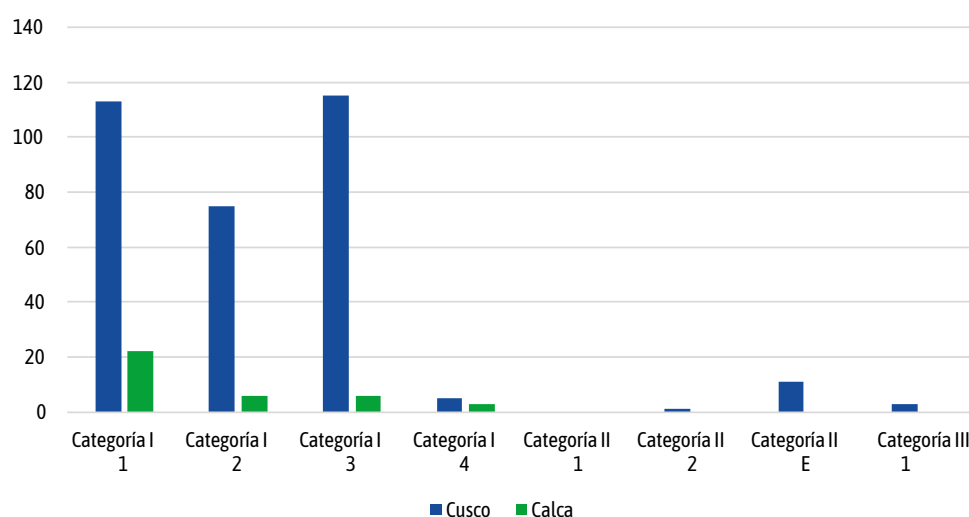
Fuente: Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (como se citó en Gerencia Regional de Salud Cusco, 2021).

En cuanto a las atenciones brindadas por los EE. SS en Cusco, la amplia mayoría brinda el primer nivel de atención (96.9%), es decir, atenciones de baja complejidad y básicas que incluyen servicios de vacunación, pruebas de descarte de enfermedades, y control y

prevención de enfermedades, entre otros. En ese sentido, resalta la escasez de EE. SS de segundo o tercer nivel de atención, siendo que en algunas provincias como Calca estos son incluso inexistentes.

Ahora bien, los EE. SS de primer nivel de atención en Cusco también han sido clasificados por categoría, en virtud de las prestaciones que ofrecen, su infraestructura, equipamiento, personal y otros factores. El 36.2% es de categoría I-1 (postas y consultorios que cuentan con profesionales de la salud, más no con médicos cirujanos), el 30% es de categoría I-2 (postas y consultorios que cuentan con profesionales de la salud y médicos cirujanos), el 24.8% de categoría I-3 (centros de salud, centros médicos y policlínicos), y el 5.9% es de categoría I-4 (centros de salud y centros médicos que cuentan con camas de internamiento).

Gráfica 2. Establecimientos de salud en Cusco y Calca según categoría de atención

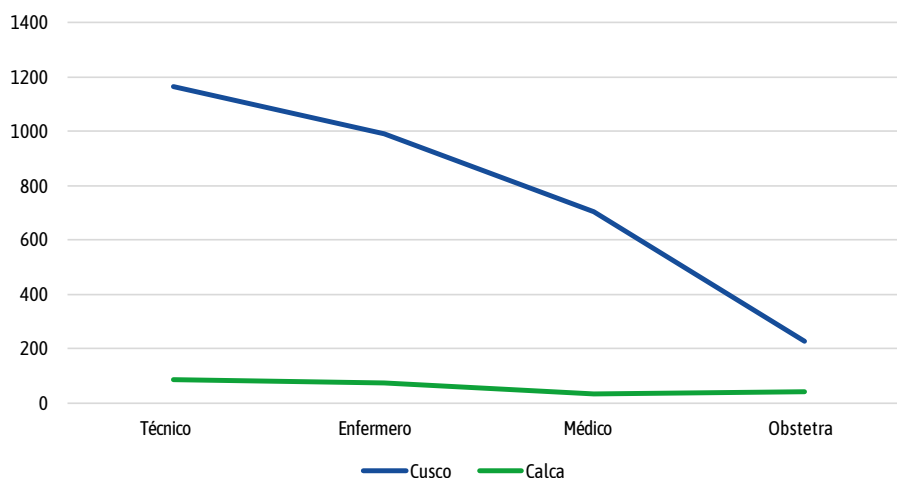


Fuente: Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (como se citó en Gerencia Regional de Salud Cusco, 2021).

En relación con el capital humano en salud, la Gerencia Regional de Salud ha indicado que, hasta el 2020, el total de profesionales de salud fue de 7 545. Entre este grupo, las profesiones más representadas fueron técnico asistencial (36%), enfermería (25.7%), medicina (16.8%) y obstetricia (11.6%). Además, la mayor proporción de profesionales se concentró en los EE. SS de primer (50.1%) y tercer (28.2%) nivel de atención.

La provincia con la más alta proporción de personal de la salud fue Cusco (43.2%), seguido de La Convención (17.1%) y Canchis (8.6%). En la misma línea, en la provincia de Cusco también se presenta la mayor cantidad de personal técnico (1 166), enfermero (921), y médico (704). A pesar de ello, ni en Cusco –ni, mucho menos, en otra provincia– se alcanzó el estándar de concentración de médicos establecido y recomendado por la OMS (23 médicos por 10 000 habitantes). A nivel regional, la concentración alcanzó el valor de 9.4 médicos por 10 000 habitantes; y, en Cusco y Calca, 15.2 y 4.7, respectivamente.

Gráfica 3. Profesionales de la salud en Cusco y Calca según profesión



Fuente: Base de datos del Ministerio de la Salud (como se citó en Gerencia Regional de Salud Cusco, 2021).

Finalmente, es importante referirse a los problemas de salud en la región. Al respecto, las principales causas de morbilidad en Cusco se asocian a patrones de enfermedades infecciosas como el sarampión, parálisis flácida, tétanos, fiebre amarilla, hepatitis viral B y la tos ferina. Esto, a su vez, guarda relación con prácticas de hábitos y estilos de vida no saludables, condiciones insuficientes de saneamiento ambiental, inadecuada manipulación de alimentos, problemas persistentes de inaccesibilidad a los servicios de salud, insuficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia, entre otros.

5.2 Situación de las personas en condición de vulnerabilidad en Cusco

5.2.1 PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, y que al enfrentar las barreras de diversa índole impuestas por la sociedad ven afectada su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones dentro de esta. Esta definición se centra en un modelo social y de derechos humanos, por el que se reconoce que la discapacidad no se enfoca en la persona, sino en el entorno que le impone barreras. Por ello, se podría entender que el entorno debe adaptarse a las personas con discapacidad y no ellas al entorno.

Además, la discapacidad puede comprenderse con mayor amplitud si se toma en cuenta que esta se manifiesta a través de diversos tipos de condiciones, tales como: a) física, b) sensorial, c) intelectual, d) psicosocial y e) percibida, y que al cruzarse entre sí provocan multidiscapacidad. A su vez, la multidiscapacidad implica que la persona tenga que en-

frentar mayores barreras para desarrollarse en la sociedad porque en un mismo individuo se entrelazan distintas discapacidades que lo afectarán de manera desproporcionada.

Tabla 6. Tipos de condiciones de discapacidad

Discapacidad física	Está relacionada con la limitación en la movilidad. Las personas que la padecen experimentan limitaciones en el desplazamiento debido a las barreras arquitectónicas y urbanísticas. En este caso, podríamos referirnos a una clara violación del derecho a la ciudad y del derecho a la libertad de desplazamiento.
Discapacidad sensorial	Está relacionada con la limitación en los sentidos, lo que dificulta la capacidad de escribir, leer y hablar. En este caso se aplican medidas alternativas, como la lengua de señas, la comunicación táctil y los formatos accesibles (braille y letra macrotipo).
Discapacidad intelectual	Está relacionada con la dificultad para adquirir conocimientos, y puede traer consigo alguna deficiencia de orden cognitivo.
Discapacidad percibida	Esta discapacidad no se encuentra contemplada en la CDPC, pero se debería considerar por los estereotipos, estigmas y prejuicios a los que se enfrentan las personas que la padecen por su condición de salud.
Discapacidad psicosocial	Está relacionada con los problemas de salud mental, desórdenes de conducta y/o interrelación social.

Para definir la discapacidad, debemos recurrir, necesariamente, al preámbulo de la CDPC, que la identifica como un concepto evolutivo y como el resultado de las interacciones entre las personas con discapacidad y las barreras impuestas por la actitud de la sociedad y el entorno. Estas barreras tienen incidencia directa en el goce y ejercicio de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad, pues afectan gravemente todos los aspectos de sus vidas y sus proyectos de vida al no existir las condiciones necesarias y óptimas para que se desarrollen a plenitud: son infantilizadas, se refieren a ellas con connotaciones peyorativas por alguna característica particular, se les aplican condiciones de internamiento o restricciones a su libertad y se toman decisiones acerca de ellas sin procedimientos legales previos.

Ante todas estas situaciones, se debe promover la igualdad entre las personas y la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad mediante la aplicación de los siguientes principios: a) el principio de inclusión: señala que las personas deberían tomar en cuenta las diferencias, valorarlas, respetarlas; b) el principio de participación: señala que se debe fomentar la participación en la sociedad, más aún cuando se discuten situaciones que las afectan, diariamente, por su condición de discapacidad; y c) el principio de accesibilidad: señala que todas las personas deberían poder vivir de forma independiente, en igualdad y participar plenamente en la sociedad. La aplicación de estos tres principios asegura el total acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, los medios de transporte, la información, las comunicaciones, el marco legal, administrativo, así como al ejercicio de sus derechos en general.

En esa misma línea, la CDPC refiere la importancia de la igualdad inclusiva y la necesidad de abarcar muchos ámbitos de la vida de las personas con discapacidad: a) una dimensión redistributiva para afrontar desventajas socioeconómicas; b) una dimensión de reconocimiento para combatir el estigma, los estereotipos, los prejuicios, la violencia y la interseccionalidad; c) una dimensión participativa para reconocer el carácter social de las personas como miembro de la sociedad; y d) una dimensión donde se reconoce la diferencia como parte de la diversidad (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2018, Observación General N.º 6, párr. 11).

La discriminación por motivos de discapacidad es muy latente debido a que puede afectar a muchas personas que, en determinados momentos de su vida, la han tenido. Incluso alcanza a aquellas asociadas a personas con discapacidad, como sus familiares y las que ejercen como sus cuidadores; se le conoce como «discriminación por asociación» (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2018, Observación General N.º 6, párr. 20). Asimismo, con las cláusulas de discriminación establecidas en el *corpus iuris* internacional, se deben tomar en cuenta todos los motivos posibles de discriminación y sus intersecciones; es decir, los relacionados con la raza, el género, el estatus migratorio, el estado de salud, etc.

Al respecto, el término «interseccionalidad» hace referencia a los distintos factores (raza, sexo, etc.) que, al mismo tiempo, convergen y generan formas diversas de violaciones de derechos de las personas (Crenshaw, 1989). Esto quiere decir que, si alguno de los factores no hubiese existido, la discriminación habría tenido una naturaleza diferente (Caso Gonzáles Lluy y otros vs. Ecuador, 2015, párr. 290) debido a la diversidad identitaria que deriva de la complejidad de la condición humana de las personas por tener muchos factores de discriminación.

Según la información anterior, para vencer la discriminación e implementar medidas de política pública en concordancia con estándares internacionales, el Perú implementó la Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley N.º 29973, con lo cual se internalizaron estándares de la CDPC de las Naciones Unidas; se modificó el Código Civil mediante el Decreto Legislativo N.º 1384 que reconoce la capacidad jurídica de personas con discapacidad, crea «apoyos» y «salvaguardas» para asegurar la plena manifestación de su voluntad; y se reglamentó sobre accesibilidad y entornos fáciles y amigables (Reglamento Nacional de Edificaciones).

Según el CONADIS, el 10 % de la población en el Perú tiene alguna discapacidad. De este porcentaje, el 57% son mujeres y 43% son hombres que experimentan alguna discapacidad. En la región Cusco, según la información disponible⁸:

- hay 144 562 personas con discapacidad, de las cuales el 55 % son mujeres; ello significa que existe una feminización de la discapacidad;

⁸ Información disponible en el Observatorio Nacional de la Discapacidad del CONADIS, actualizada hasta el 31 de mayo de 2025.

- el rango etario de 60 años a más es el que tiene mayor cantidad de personas con discapacidad;
- existen 32 650 personas con discapacidad registradas en el CONADIS, de las cuales 18 258 son hombres y 14 392 son mujeres;
- el 99 % de personas con discapacidad cuenta con un seguro de salud.

A continuación, la Tabla 7 presenta información sobre la cantidad de personas con discapacidad por limitación permanente en esta región.

Tabla 7. Tipos de condiciones de discapacidad en Cusco

Para ver	54 % de población con discapacidad
Para relacionarse con los demás	8 % de población con discapacidad
Para oír	20 % de población con discapacidad
Para moverse o desplazarse	31 % de población con discapacidad
Para hablar o comunicarse	6 % de población con discapacidad
Para entender o comprender	12 % de población con discapacidad

Al respecto de los datos mostrados en el gráfico anterior, el 99% de las personas con discapacidad por limitación permanente en Cusco cuentan con cobertura de salud por parte del Estado, pero existen factores que desincentivan el uso de los servicios médicos por parte de la población con discapacidad como vemos en el siguiente gráfico:

Tabla 8. Motivos relacionados con la falta de uso de los centros de salud en Cusco

Insuficiencia de recursos económicos	0 %
Lejanía	6,17 %
Demora en la atención	6 %
Falta de confianza en los médicos	5,34 %
«No era grave», «no fue necesario»	1,42 %
Remedios caseros	6,34 %
Ausencia de seguro	0 %
Se autorrecetó	0,68 %
Falta de tiempo	1,06 %
Maltrato del personal de salud	8,07 %
Otros	1,42 %

Esta información obtenida del Observatorio Nacional de la Discapacidad del CONADIS nos da un panorama sobre cuáles son las principales barreras en el acceso a la salud y qué situaciones operan como desincentivos para que las personas con discapacidad accedan a los servicios de salud en Cusco. Además, nos brinda información que nos permitirá contrastar, de manera posterior, con los hallazgos de esta investigación.

5.2.2 PERSONAS LGBTIQA+

Hablar de características que diferencian a las personas, unas de otras, supone referirnos a construcciones sociales que han hecho posible formar identidades, buscar la igualdad y crear posiciones de poder. La identidad conlleva a la formación de grupos, justamente, en razón de lo siguiente: a) la interdependencia que puede desarrollarse entre la identidad y el bienestar de sus miembros o del grupo en general, lo que permite su autoidentificación; y b) la formación de una entidad —es decir, lograr una identidad propia—, lo que hace posible la idea de grupo sin referirnos a individualidades (Fiss, 1977).

Las características de los grupos se deben tornar favorables hacia ellos, lograr el mismo alcance de las prestaciones, asegurar el acceso y disfrute de los derechos. De lo contrario, estaríamos frente a algún desajuste social, normativo y/o político. A su vez, es necesario entender que el ideario de un grupo o colectivo que enfrenta múltiples formas de violación de derechos —por sus diferencias preestablecidas en la sociedad— desconoce que existen sistemas simultáneos de discriminación en diferentes momentos, y que no necesariamente son unidireccionales en la forma en la que los factores estructurales de discriminación se intersecan (Parra, 2022).

En cuanto a las posiciones de poder, es necesario que tomemos en cuenta la hegemonía y los discursos culturales hegemónicos normalizados, y que los convirtamos en el lenguaje de la racionalidad universal que representa, únicamente, la restricción de lo que es imaginable, razonable y cómodo para los que se encuentran dentro del modelo permitido (Butler, 2018). Siendo así, estas relaciones de dominación demuestran la subordinación que existe entre un grupo que está establecido dentro de lo que se considera el modelo tradicional, aceptable, conforme y los grupos que desafían ese modelo.

La hegemonía puede conceptualizarse como aquella construcción social que permite al poder instalarse en la producción espiritual o conciencia del grupo y de sus miembros para formarla, educarla de acuerdo con sus intereses —universales, propicios, únicos— y construir una estructura ideológica imperante y que sean capaces de estructurar una construcción ideológica imperante (Noguera, 2006). Un modelo hegemónico es la denominada «heterosexualidad obligatoria» (Rich, 1993), que se ha definido como una institución política que tiene como cabeza al poder masculino, blanco y heterosexual con el objetivo de restar poder a las mujeres, a las disidencias de género y señalar su lugar en la estructura social.

Con lo anterior, se detalla que la diversidad humana es la construcción social que permite contemplar las características propias en la formación de identidades colectivas e

individuales. El primer instrumento internacional que reconoció la diversidad y, con ella, la prohibición de todas las formas de discriminación fue la DUDH. De esta manera, los diferentes instrumentos de derecho internacional sobre protección de derechos humanos, a partir del 2008, introdujeron el principio de respeto a la diferencia y aceptación como parte de la diversidad humana y de la humanidad (ACNUDH, 2020). El principio de respeto y aceptación a las diferencias va más allá de representar un aporte significativo a los derechos humanos, pues logra comprender las diferencias como no perjudiciales para la dignidad humana ni para la sociedad.

El género como construcción social nace del deseo de eliminar suposiciones imperantes sobre la heterosexualidad —basada en discursos sobre sexualidad— y de detener la violencia de las normas basadas en el sexo. El género también representa la interpretación múltiple del sexo y reconoce que podría devenir en un artificio ambiguo si se separa totalmente de este y actúa como un medio discursivo y cultural a través del cual el sexo natural se vuelve anterior a la cultura. Las variables del género como la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género son categorías protegidas por los instrumentos internacionales de protección de derechos humanos; entre ellos, la CADH.

Tabla 9. Variables de género

Orientación sexual	Es la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas (Principios de Yogyakarta, ⁹ 2006).
Identidad de género	Es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluida la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que esta sea libremente escogida) y otras expresiones de género como la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Principios de Yogyakarta, 2006).
Expresión de género	Es visible y puede ser una fuente de identificación, especialmente cuando, a través de características como la vestimenta, los manierismos y las modificaciones corporales, se subvierten expectativas tradicionales de expresión de género (Comisión Internacional de Juristas, 2008).

⁹ Los Principios de Yogyakarta guían la aplicación del derecho internacional de los derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género. Fueron adoptados por un grupo diverso de expertos y expertas en derechos humanos, incluidos jueces, académicos, un ex Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Procedimientos Especiales del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, expertos y expertas en derechos humanos independientes, miembros de los órganos de los tratados, organizaciones no gubernamentales y otros.

En esa línea de conceptos sobre las variables del género, se determina que la discriminación histórica y estructural que padece la comunidad LGBTIQ+ es inaceptable debido a las siguientes razones: a) la orientación sexual constituye un aspecto esencial en la identidad de una persona; b) la comunidad LGBTIQ+ ha sido discriminada históricamente y el uso de estereotipos es una práctica normalizada; c) es una minoría a la que le cuesta deconstruir el sistema legislativo, evitar interpretaciones negativas de la normativa y el acceso a la justicia; y d) la orientación sexual y otras variables de género no constituyen criterios racionales para justificar una diferencia de trato (Parra, 2022, p. 344) que afecte todos los ámbitos de su vida. Ante ello, las instituciones del Estado deben implementar medidas que sean correctivas de las actitudes antes referidas y restitutorias en casos de violaciones de derechos de las personas LGBTIQ+.

En el Perú se han realizado dos esfuerzos para visibilizar los padecimientos de las personas LGBTIQ+ al tratar de incluir las variables de sexo y género en los sistemas de información nacional: a) la II Encuesta Nacional de Derechos Humanos desarrollada por el MINJUSDH e Ipsos Perú que detalla que el 8 % de peruanos adultos (mayores de 18 años) se identifican con una orientación sexual no heterosexual, y b) la Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI desarrollada por el INEI, que arroja datos interesantes. Si bien es cierto no brinda una cantidad exacta de cuántas personas con orientación, expresión de género o identidad de género no normativa hay en el país, pero si nos da otros datos como:

- El 67,9% de las personas que participaron en esta encuesta cuentan con un seguro de salud de las cuales 40,1% es de ESSALUD, 25,6% tienen seguro privado y el 25,4% tiene SIS.
- El 69,3% de la población encuestada recibió información sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- El 62,7% de la población encuestada sufrió actos de violencia o discriminación por pertenecer al colectivo LGBTIQ+.

Sobre la región Cusco no existe información desagregada sobre la temática LGBTIQ+, por lo que tenemos los porcentajes anteriores como indicadores generales de las necesidades de salud en la esta región. Por otro lado, el Estado peruano no tiene una ley de identidad de género. Ello complica que los datos de las personas LGBTIQ+ acordes con su identidad de género se actualicen en los registros, ya que la única manera de hacerlo es por la vía judicial. Así, por ejemplo, en el caso de las personas trans, estas deben recurrir a) al proceso no contencioso de cambio de nombre o b) al proceso contencioso sumárisimo de «reconocimiento de cambio de sexo» (Ramos, 2025, p. 116). Esto constituye una barrera significativa debido a su duración, costo económico, y a que se cuenta con una Administración de justicia permeada por estereotipos. Estas personas sufren de padecimientos psicológicos en aquellas instituciones del Estado donde reciben tratamientos médicos o acceden a más derechos, puesto se les llama por el nombre que se les asignó al nacer.

Las dos situaciones antes descritas en las que las instancias del Estado no cuentan con información sobre las personas LGBTIQ+ y sus necesidades, así como la existencia de servicios públicos estereotipos basados en la orientación sexual, identidad de género y expresión de género no permiten que los servicios sean adecuados, pertinentes y de calidad. Por el contrario, generan desincentivos que impactan en el acercamiento de las personas LGBTIQ+ a los servicios del Estado. Esto ocurre, sobre todo, en el sector salud debido a la visión estereotipada que tiene el personal médico acerca del VIH y las enfermedades de transmisión sexual.

5.2.3 PERSONAS EN SITUACIÓN DE MIGRACIÓN INTERNACIONAL

La migración puede definirse como el movimiento de personas que implica un cambio de residencia y el paso de un límite fronterizo y administrativo establecido anteriormente. Si se refiere al cruce de frontera entre países, se trata de una migración internacional. Las causas de la migración se centran en los siguientes factores: a) factores de expulsión: son aquellos que, normalmente, son patrones estructurales basados en desigualdades sociales y económicas, como pobreza, violencia generalizada, desastres naturales, entre otros, que complican la calidad de vida y comprometen el proyecto de vida de las personas en sus países de origen; b) factores de atracción: son incentivos que ayudan a definir el proyecto migratorio y, generalmente, se basan en hacer frente a los diferentes motivos para migrar (CEPAL, 2023).

Hoy en día, se identifican múltiples estándares internacionales para la protección de personas en situación de migración, personas refugiadas y solicitantes de refugio, que se derivan tanto del derecho internacional de los derechos humanos como del derecho internacional de los refugiados y que se encuentran introducidas en el corpus iuris internacional, en muchos casos, como normas de ius cogens internacional o como normativa no vinculante, pero como parámetros referenciales para la actividad de los Estados.

Actualmente, 1 232 000 personas son desplazadas de manera forzada de sus países de origen por motivos relacionados con persecución, conflicto, violencia, violaciones de derechos humanos y disturbios públicos del orden (ACNUR, 2025). En ese sentido, según cifras de la OIM, el número de personas venezolanas que llegaron al Perú asciende a 1 800 000. Desde el 2016 en adelante, el Perú se volvió un país receptor de migrantes sin precedentes, y la normativa migratoria se convirtió en cambiante, incierta, contradictoria y con medidas temporales debido a los estigmas hacia la población migrante y su llegada al país.

Sin embargo, la normativa nacional migratoria tomó en cuenta las situaciones de vulnerabilidad y se creó la «calidad migratoria humanitaria»¹⁰ como una forma de protección complementaria para las personas que no calificaban como refugiadas. Asimismo, se emprendieron procedimientos de regularización alternativa a las calidades migratorias

¹⁰ Resolución Ministerial 0207-2021-RE, que crea la calidad migratoria humanitaria.

como el PTP¹¹ y el nuevo CPP¹² desde el 2021 hasta finales del 2023. Este permiso y la modificación de la normativa migratoria peruana supuso un remedio a la situación de irregularidad en la que permanecían muchas personas, en su mayoría venezolanas, desde el 2019 en adelante.

Según el Decreto Legislativo N.º 1350, las personas que obtengan una calidad migratoria pueden tener acceso al derecho a la salud, aseguramiento universal y prestaciones sociales. En ese sentido, muchas de las personas que se beneficiaron del PTP y del nuevo CPP pudieron transitar a una calidad migratoria especial residente que les ofrece una residencia de un año prorrogable inmediatamente si se acredita no tener antecedentes policiales, judiciales y penales, y se hace un pago de 20,20 soles.

De esta manera, muchas de las personas extranjeras que se encuentran en territorio peruano cuentan con el SIS o seguro médico, según las actividades que realizan, lo que les garantiza el derecho a la salud. Muchas de las organizaciones humanitarias, grupos de trabajo a favor de personas en situación de migración y funcionarios de instituciones del Estado están comprometidos con la garantía de sus derechos y lograron encontrar una sinergia en el trabajo coordinado y articulado en beneficio de la población en situación de migración.

En el caso de la ciudad de Cusco, hay personas de nacionalidad venezolana asentadas en dicha región, pero no se encuentran fuertemente articuladas ni cuentan con la presencia de agencias humanitarias y ONG que promuevan sus capacidades de desarrollo y liderazgo que se fortalezcan las redes comunitarias para emprender actividades que generen impacto en su vida de comunidad.

Durante la aplicación de entrevistas, las personas extranjeras en Cusco manifestaron la falta de una red comunitaria fortalecida que permita identificar situaciones de desigualdad, trato discriminatorio en la población extranjera asentada en esta región y algunos retos pendientes en la inclusión por parte de las instituciones estatales.

5.3 Barreras identificadas en la investigación

Como se estableció en esta investigación, la salud es un derecho humano que consiste en garantizar el mayor nivel de bienestar físico, social y mental de las personas. Por ello, los Estados deben procurar condiciones basadas en la accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad con la finalidad de vencer las situaciones que impidan el cabal cumplimiento de este derecho. A continuación, como parte de los dos trabajos de campo realizados se mostrará cuáles son las situaciones más recurrentes que generan barreras en el acceso a la salud de la población en la región Cusco.

11 Decreto Supremo 001-2018-IN, que aprueba lineamientos para el otorgamiento del Permiso Temporal de Permanencia para las personas de nacionalidad venezolana.

12 Decreto Supremo 010-2020-IN, que aprueba medidas especiales, excepcionales y temporales para regularizar la situación migratoria de extranjeros y extranjeras; y Resolución de Superintendencia 000109-2023-MIGRACIONES.

5.3.1 BARRERAS DISCRIMINATORIAS

- **Exigencia del documento de identidad para las atenciones médicas**

El documento de identidad peruano (DNI), es el único que permite acreditar la identidad de la persona que recurre a los servicios médicos. Solo en casos de emergencia médica es posible ser atendido sin la necesidad de presentar este documento.

Sin embargo, en el Perú no existe una ley que permita el cambio no judicializado de nombres de personas transgénero, lo que complica que muchas personas del colectivo trans puedan acceder al cambio de nombre con el que se identifican. La ausencia de una ley en estos términos ya es una violación del derecho a la igualdad y no discriminación en contra del colectivo LGBTIQ+ porque supone costos elevados en el patrocinio legal, detrimento en la salud mental al enfrentarse a tiempos excesivos en procedimientos legales, así como a un sistema judicial cargado de estigmas y estereotipos hacia las disidencias de género.

La situación antes descrita conlleva una serie de violaciones a la integridad psicológica cuando las personas trans recurren a los servicios médicos y son llamadas por el nombre que coincide con el sexo asignado al nacer, pero no con el que la persona se identifica y autopercibe. Incluso, cabe referirse a las afectaciones a la integridad que estos episodios pueden causar cuando son repetitivos y emitidos con la finalidad de humillar a las personas que desafían al sistema heteronormativo preestablecido. Al respecto, en reiterada jurisprudencia, la Corte IDH ha calificado como tortura a todo acto de maltrato intencional que causa severos sufrimientos físicos o mentales y que se comete con cualquier fin o propósito.

[...] el tema del género es un detalle porque al momento de que la señorita de mesa de partes o que le hace la primera atención le trata como varón, por más mujer que sea el nombre. Entonces, ahí hay un cierto grado de discriminación al menos o también un poco falta de empatía [contra] la compañera porque visiblemente es mujer. (Representante de OSC/OSB)

Como se ha visto, esta situación es recurrente en la atención en salud de personas trans en Cusco, convirtiéndose en un patrón de conducta del personal sanitario de los centros de salud que fueron objetos de esta investigación. Con frecuencia, se ha identificado que esta barrera aparece en todas las instancias del servicio, desde la oficina de admisión, triaje, hasta la consulta en sí misma, por lo que genera un gran desincentivo para el acceso a los servicios de salud del Estado de las personas LGBTIQ+.

- **Necesidades de sensibilización para la atención médica de personas con discapacidad y del colectivo LGBTIQ+**

El vínculo estigmatizante entre el colectivo LGBTIQ+ y enfermedades de transmisión sexual y VIH ha sido tema de preocupación para diversos organismos internacionales de derechos humanos, puesto que supone la visión sesgada de la atención médica, lo que no permitirá obtener, de manera imparcial, una atención y un diagnóstico médico limpio que remedie los síntomas y dolores de las personas que recurren al servicio.

En muchas oportunidades, a las personas LGBTIQ+ se les pone como condición presentar una prueba de VIH reciente para recibir atención médica y, en algunas ocasiones, también de enfermedades de transmisión sexual, lo que genera una espera excesiva para recibir un diagnóstico frente a sus dolencias. Esto puede ocasionar retardo en la aplicación de tratamientos y opera como un desincentivo frecuente para que el colectivo LGBTIQ+ haga uso de los servicios médicos, más aún, cuando se trata de servicios médicos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

[...] el doctor lo primero que hace es por nuestra identidad o por tener una relación con una pareja del mismo sexo, sí o sí nos hace pasar prueba de VIH [...], sin embargo, los doctores casi al 90 % solicitan eso, entonces, de ahí a que me pidan por cualquier enfermedad que tenga yo o mi pareja, no me van a atender [...], no netamente a la enfermedad, se van a ir a sus prejuicios sociales [...]. (Representante de OSC/OSB de Cusco)

En Cusco se identificó que el personal sanitario de los establecimientos de salud pondera el estigma de personas LGBTIQ+ con infecciones de transmisión sexual y VIH frente a las atenciones médicas, lo que genera una dilación en la atención y pérdida de tiempo frente a la necesidad de salud por la que recurren las personas del Colectivo LGBTIQ+

También, otro hallazgo importante está vinculado a las atenciones de personas con discapacidad en centros médicos y hospitales, en las que no se garantiza el respeto a su dignidad debido a la presencia de capacitismo por parte del personal médico y de enfermería. Por ejemplo, en algunas entrevistas se mencionó que la ausencia de personal capacitado en lengua de señas ocasiona que las personas sordomudas deban buscar alternativas distintas de comunicación con el personal médico el uso frecuente de términos condescendientes con su discapacidad lo que no se corresponde con un trato garantista y respetuoso de la discapacidad durante las atenciones en los servicios del Estado.

- **Espera en la atención médica como forma de violación de derechos humanos**

El tiempo de espera para las atenciones médicas está sujeto a la normativa sectorial del MINSA. En promedio, estas deben durar entre 10 a 15 minutos de acuerdo con diferentes factores, tales como: a) número de pacientes atendidos durante el horario programado para el médico especialista; b) cantidad de médicos para una misma especialidad; y c) horas de atención asignadas al médico especialista. Sin embargo, para llegar a la atención médica en sí misma, deben pasar muchas horas y, en varios casos, esta espera es una cadena debido a la distancia geográfica que existe entre el domicilio de la persona y el lugar donde se encuentra el centro de salud más cercano, la poca accesibilidad geográfica, la falta de transporte público que acorte estas distancias y los horarios de atención de los centros médicos, los cuales no coinciden con los tiempos disponibles de los pobladores de las zonas rurales de la región, quienes se dedican, mayoritariamente, a actividades agrícolas y ganaderas.

Así, se puede establecer que la espera es una de las formas particulares de experimentar los efectos desiguales del poder del Estado, que se manifiesta como el ejercicio del poder sobre el tiempo de los otros, y que se concreta en posponer, diferir, demorar, despertar falsas expectativas, apurar o tomar por sorpresa (Auyero, 2009, p. 48). En el caso de las atenciones médicas, la espera para la atención se puede convertir en angustiante y en sensación de impotencia porque trae consigo degradación, desamparo y sensaciones de pérdida de control sobre la libertad de las personas en situación de vulnerabilidad que recurren a los servicios médicos del Estado.

En la región Cusco se identificó largas filas de espera para la atención médica de personas en situación de vulnerabilidad, no solo las que son objeto de esta investigación. En su gran mayoría, las personas que esperan provienen de zonas rurales alejadas y de bajos recursos económicos que no saben en cuanto tiempo serán atendidas y que, si en caso se ausentan por aprovechar el tiempo de espera para realizar otros trámites, pierden su turno de atención, lo que genera dificultades en el acceso a la salud.

- **Desconocimiento de migración forzada y documento migratorio de personas extranjeras**

El derecho a la salud debe estar garantizado para todas las personas que se encuentran dentro del territorio nacional, independientemente de su nacionalidad y estatus migratorio. Por ello, las medidas cortafuegos (González, 2024, p. 2) deben establecer una separación estricta entre los diversos servicios públicos y las instituciones migratorias con el fin de que los primeros no compartan la información migratoria de las personas que recurren a los servicios. En ese sentido, se procurará una atención en la que no prime la presentación de los documentos de identidad el estatus migratorio regular o irregular, sino atender las necesidades por las que recurren al servicio.

Sin embargo, en ocasiones, el personal médico también obvia la atención de personas extranjeras que presentan emergencias médicas (personas gestantes, niños y niñas menores de cinco años y grave enfermedad o con evidencia de riesgo de perder la vida) y que carecen de documentación migratoria. Es decir, la atención médica de estas personas está condicionada a su estatus migratorio.

Por otro lado, los padecimientos para acceder a los servicios de salud, a los servicios sociales y de prevención de la violencia basada en género se incrementan cuando las personas extranjeras no cuentan con identificación del país de origen. Ante ello, surge la importancia de conocer la situación de su país y la relación entre las instituciones para intercambiar información en caso de que no haya forma de confirmar la identidad.

[...] Para poder llegar a las cosas es un proceso, a pesar de que los médicos te atienden, las enfermeras te ponen mala cara o te empiezan a preguntar, pero por qué tú no te vas a tu país, por qué tú estás utilizando las cosas de acá, o sea, siempre te ponen como una barrera que te hace sentir mal pues [...]. (Residente venezolana en Cusco)

En ese sentido, el estudio identificó que en la región Cusco existe la oportunidad de fortalecer el acceso a los servicios de salud para población extranjera. Se observó que algunos protocolos institucionales priorizan el carné de extranjería como documento principal para la atención médica, lo cual puede generar desafíos en el acceso oportuno a servicios médicos de las personas extranjeras, en su mayoría de nacionalidad venezolana¹³, que se encuentran en situación irregular y con alguna emergencia médica.

5.3.2 BARRERAS FÍSICAS

- **Lejanía de centros médicos y horarios de atención cortos en los centros de salud**

Poder acceder físicamente a los servicios de salud es indispensable para garantizar el derecho a la salud de las personas, especialmente para aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a los costos adicionales y la carga económica desproporcionada que enfrentan. Esta situación se ve agravada por la dificultad para acercarse a un centro médico debido a la geografía mayoritariamente rural que existe en la región Cusco, así como por la baja afluencia de medios de transporte y el poco interés de las autoridades para establecer horarios y garantizar el acceso al transporte en dichas horas.

La distancia geográfica de los centros de salud impacta, diferenciadamente, incluso entre los mismos grupos en situación de vulnerabilidad. Esto es visible, por ejemplo,

¹³ De acuerdo con información obtenida vía solicitud de acceso a la información pública, hasta junio de 2025 en Cusco residen 10 051 personas extranjeras, de las cuales el 63.1% (6 351) es de nacionalidad venezolana.

en el caso de las personas con discapacidad física o en aquellas que no cuentan con cuidadores o apoyos para realizar el recorrido hasta el centro de salud más cercano.

En este contexto, es importante notar que la relación entre la localización de los servicios y los usuarios debe tener en cuenta la movilidad de la población, la distancia, el tiempo y el costo del viaje. Asimismo, existe una clara violación del derecho a la salud cuando alguna solicitud de cambio de centro de salud para recibir tratamientos médicos adecuados —debido a que el asignado le queda muy lejos a la persona— es rechazada.

Por otro lado, los horarios cortos del centro de salud y horarios del personal médico fueron un problema que se identificó reiteradas veces. Este se da sobre todo en centros médicos de la zona rural perteneciente a la provincia de Calca —esta abarca distritos ubicados a varias horas de distancia—, lo que demanda un costo económico y de tiempo elevado para las personas que acuden a dichos servicios. Adicionalmente, en ocasiones, las personas recorren estas distancias en vano, ya que los centros médicos no están disponibles o hay ausencia de personal médico, lo que dificulta la atención, el diagnóstico y el futuro tratamiento.

[...]no tenemos los médicos, si bien es cierto hay médicos, pero hacen por turnos de 12 horas y después uno no los encuentra y no están, o sea, es un caos esto de los médicos también porque a veces, como no estamos dentro de una población o una localidad donde haya dos o tres centros donde puedan atender, es uno solo, entonces, a veces baja el hermano con discapacidad, no encuentra al médico, te dicen, “no está de turno, vendrá mañana, vendrá pasado” [...]. (Representante de OSC/OSB de Cusco)

Sí, cuando tú, por ejemplo, vas en la noche, no hay nadie, no encuentres a nadie, se supone que personal tiene que atender 24 horas, pero acá en Calca cuando vas en la noche no encuentras a un personal que te pueda atender. (Representante de OSC/OSB de Cusco)

[...]en el distrito de San Sebastián hay bastantes centros de salud, pero algunos no son pues horario completo y a veces cuando se pone a medianoche y va a los hospitales que tenemos dos aquí y uno que es del seguro social, pero no todos accedemos a eso, solamente los asegurados, pero en el caso de hospitales normales ahí también notamos que en salud todavía no estamos cubriendo o cerrando esa brecha de la que nos ofrecen y la que nosotros tenemos como usuarios[...]. (Representante de OSC/OSB de Cusco)

Como se evidencia en los testimonios anteriores, en la provincia de Calca y en el distrito de San Sebastián se identificó que los centros de salud cuentan con horarios limitados y con la ausencia, en muchos casos, de personal médico debido a los horarios asignados que no están de acuerdo con las necesidades de la población local, por ello se limita el acceso a los servicios médicos por parte de la población.

5.3.3 BARRERAS ECONÓMICAS

Los servicios médicos deben ser gratuitos no solo en lo que respecta a las atenciones médicas, sino también los tratamientos y medicamentos, de modo que no representen una carga económica desproporcionada para quienes son usuarios frecuentes de los servicios del Estado ni para aquellos que viven en situación de pobreza o pobreza extrema. En ese sentido, el abastecimiento de medicamentos necesarios para la población que los requiere, contar con todos los tratamientos y equipos médicos, así como con tratamientos posoperatorios o de rehabilitación son obligaciones impostergables que garantizan el derecho a la salud.

En esta investigación, se identificó la necesidad de las personas con discapacidad física de acceder a terapias de rehabilitación. Asimismo, en el marco de las actividades de observación, se encontró que algunos laboratorios que funcionan dentro del centro de salud del distrito de San Sebastián no se encontraban operativos por la falta de equipos o el mal estado de estos.

Asimismo, las actividades de observación en el centro de salud del distrito de San Sebastián nos permitió notar que muchas personas vienen desde otras localidades hasta el centro de salud, con NNA o personas adultas mayores a su cuidado. El costo del transporte puede considerarse un desincentivo y, aunado a ello, en ocasiones, no se encuentran los servicios médicos disponibles y no hay los medicamentos o utensilios requeridos para los tratamientos prescritos, lo que genera una mayor carga económica para la persona que recurre al servicio como podemos evidenciar en el testimonio a continuación.

[...] cuando tú vas a hacer el tema de una ecografía intravaginal te piden guantes, hasta preservativos te piden que tienes que traerlo, pero te lo piden, o sea, hay personas que no pueden traer eso, o sea, te parece mínimo un sol o dos soles, pero hay personas que no tienen eso [...] (Representante de OSC/ OSB de Cusco)

5.3.4 BARRERAS INFORMATIVAS

- **Desconocimiento sobre la oferta del sistema de salud nacional**

Las oficinas de atención al usuario son el primer contacto de los centros de salud con las personas para el ofrecimiento del servicio, la generación de confianza entre usuario y EE. SS., y el acercamiento del servicio hacia las personas. Por tanto, esta información debe ser clara, oportuna y sencilla, así como acorde con el nivel educativo, social y el idioma que hablan las personas que recurren a los servicios médicos de la zona. En la región Cusco, se identificaron dos situaciones que marcan el giro de la política de salud regional sobre el ofrecimiento de los servicios: a) las distancias geográficas en zonas rurales que suelen ser más largas, y b) el uso del idioma quechua por parte de la población.

Ante estos desafíos, los centros de salud y la Gerencia Regional de Salud del GORE Cusco tomaron en cuenta las distancias e implementaron servicios itinerantes de salud, así como buenas prácticas que nacen del trabajo diario. Por ejemplo, en el centro de salud de la provincia de Calca se han fomentado espacios radiales breves que informan sobre los servicios que se brindan diariamente, y se han establecido días especiales de atención para las personas adultas mayores. Por su parte, desde la Gerencia Regional de Salud se indicó que se proveerá de 68 ambulancias a los centros de salud de los lugares más alejados de Cusco para facilitar el transporte de quienes recurren al servicio.

Sobre las peticiones del uso del idioma quechua en las atenciones, estas han sido satisfechas, pues en los requisitos de contratación se exige el dominio de esta lengua. Ello permite contar con personal administrativo y médico preparado para atender pacientes quechuahablantes o tomar medidas alternativas amigables para las personas que recurren al servicio.

Por otro lado, la mayoría de los establecimientos de salud e instituciones del Estado presentes en Cusco no cuentan con intérpretes de lengua de señas, lo que genera preocupación por la atención de personas con discapacidad por la calidad de información que obtienen antes, durante y después de la atención. Además, los testimonios de personas que son víctimas de violencia o de algún tipo de agresión pueden enfrentar dificultades para ser recogidos cuando hay ausencia de personal especializado.

5.3.5 BARRERAS INSTITUCIONALES, SOCIALES Y CULTURALES

Las principales barreras institucionales identificadas en el proceso de recolección de información referentes a la disponibilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud se relacionan con los siguientes aspectos: a) un número insuficiente de personal médico en hospitales y centros de salud; b) la ausencia de servicios médicos requeridos por la población, como los tratamientos de rehabilitación física para personas con discapacidades físicas; y c) la falta recurrente de medicamentos prescritos por el personal médico tratante y de kits quirúrgicos para intervenciones médicas. Estos escenarios no solo se configuran como barreras institucionales, sino que en el caso de un derecho social como la salud configura también barreras económicas, dado el impacto diferenciado para las personas en situación de pobreza o con escaso poder adquisitivo, quienes únicamente pueden acceder a los bienes y servicios referidos a través del aseguramiento público universal de salud. En ese sentido, se afecta el acceso equitativo y eficiente a los servicios de salud del Estado.

Por otro lado, según la información recopilada durante las entrevistas y observaciones realizadas en los dos trabajos de campo, puede señalarse que en Cusco y Calca los servicios médicos psicológicos ofrecidos por los CSMC y los servicios de prevención de la violencia basada en género brindados por los CEM carecen de profundo sentido de res-

peto a las cuestiones de diversidad sexual debido a la permanente invisibilización de personas LGBTIQ+, sobre todo, de personas con identidad de género distinta, negando su existencia en la comunidad y el desconocimiento de la temática en general. Por lo tanto, es necesario brindar capacitaciones urgentes sobre la atención con perspectiva de género y diversidad.

En ese mismo sentido, otra situación advertida con frecuencia es el trato hostil a la población rural, mayormente quechuahablante, no solo por el uso de su lengua materna, sino por el ejercicio de actividades agrícolas y ganaderas que se realizan en la zona rural. Entonces, esta barrera cultural y social puede intersecar con otras barreras discriminatorias y afectar desproporcionadamente a personas en situación de vulnerabilidad. Es por ello que el personal médico debe estar capacitado sobre la importancia y necesidad de que los servicios sean pertinentes culturalmente y respetuosos de las diversas condiciones propias de los usuarios. Por otro lado, los funcionarios públicos que forman parte de las instituciones estatales de salud y de protección social no cuentan con oportunidades de capacitación y sensibilización permanente en lo que respecta a la protección de los derechos humanos, enfoques de género, diversidad sexual y perspectiva de discapacidad, entre otros. Por tanto, es imperativo programar y concertar capacitaciones teóricas y prácticas, programadas de acuerdo con la disponibilidad de los funcionarios, sobre temáticas relativas al respeto y la garantía de derechos concernientes a los distintos grupos poblacionales que conviven en Cusco.

[...] ¿Una capacitación gratuita? Bueno, no habría eso, inclusive de especialidad, uno tiene que correr con su propio pecunio, que a veces es limitante eso. No, así como se dice[...]. (Actor estatal de la provincia de Calca)

[...]Dentro de las capacitaciones que hemos tenido, quizás, netamente de obligatoriedad para este año no todavía, pero las que sí son capacitaciones en las cuales yo puedo como profesional abordar más, instruirme más sí, sí existen, solo que ya es un descuido por parte mía de no poder acceder[...]. (Actor estatal de la provincia de Calca)

[...]las capacitaciones para que puedan trabajar son válidas para 6 años, yo tengo la capacitación realizada el año 2023. Interculturalidad sí. Pero de género no [...]. (Actor estatal de la provincia de Calca)

[...]nos mandan permanentemente capacitaciones, pero no necesariamente género o discapacidad, sino todo relacionado a lo que es salud mental, digamos, cómo intervenir depresión[...]. (Actor estatal del distrito de San Sebastián, Cusco).

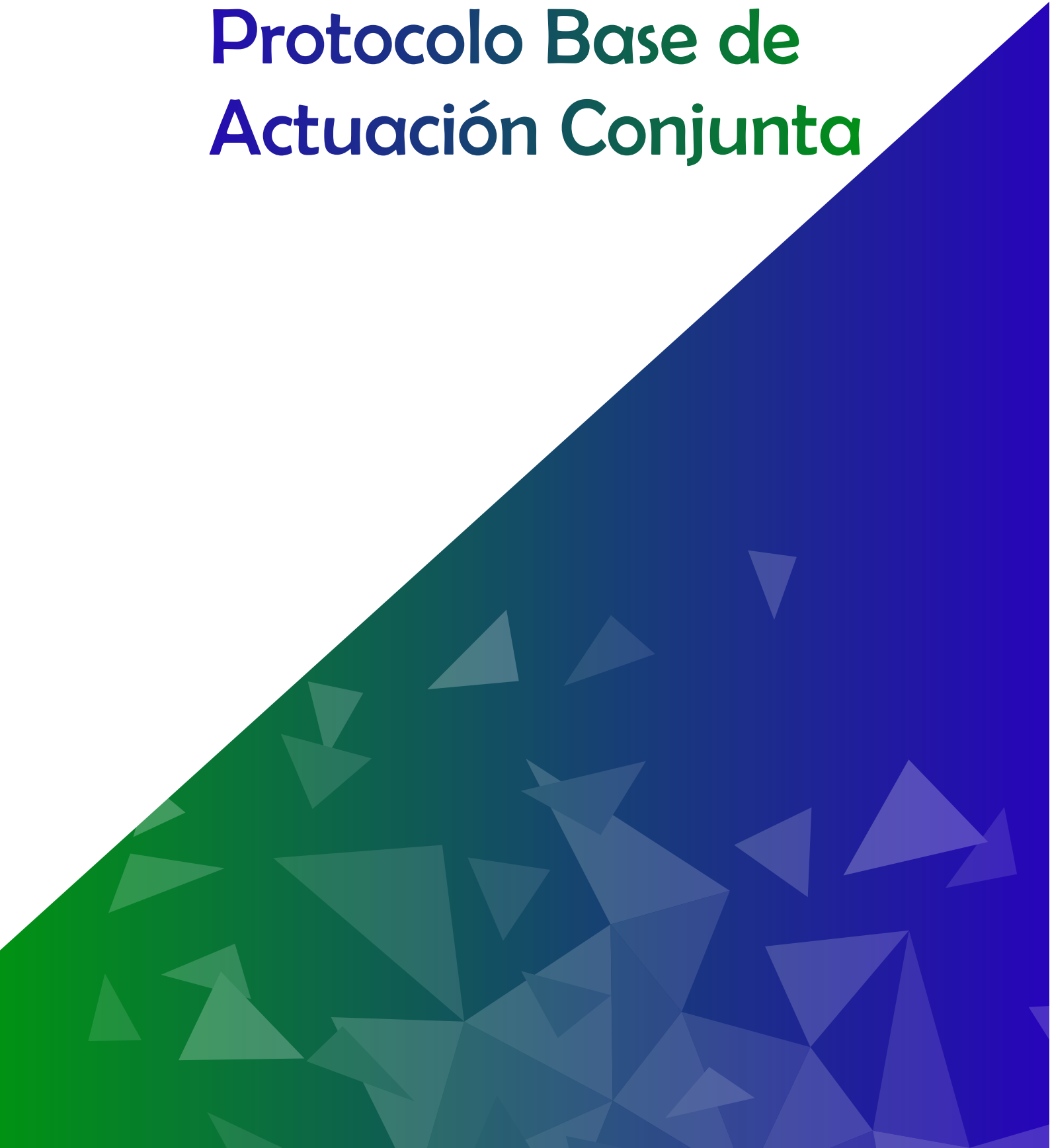
De acuerdo con la información obtenida en el trabajo de campo, como se muestra en los anteriores testimonios, en la provincia de Cusco y la provincia de Calca, muchos de los funcionarios públicos entrevistados no recibieron capacitaciones durante este último año por parte de su institución sobre temas relacionados con derechos y enfoques parti-

culares del sector de trabajo. Esta situación es, particularmente, preocupante por la falta de actualización y preparación sobre temas de grupos en situación de vulnerabilidad, dado que los factores de discriminación pueden intersectarse de manera multidimensional y se presentan escenarios completamente distintos a las clásicas violaciones de derechos humanos. Ante ello, los funcionarios públicos deberían estar preparados para atender y gestionar adecuadamente el caso.

Por otro lado, se evidenció la falta de trabajo y comunicación articulada entre las instituciones estatales que velan por el respeto y la garantía de los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad y las organizaciones sociales comunitarias, salvo en caso de mandato estricto de la ley, como el establecido por el Protocolo Base de Actuación Conjunta de la Ley N.º 30364. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar mecanismos adicionales de trabajo interinstitucional, dinámico y efectivo que estén en apego estricto a normativa sectorial, a la realidad social y cultural de la región, especialmente en casos de emergencia y urgencia sobre violaciones de derechos humanos en los que diferentes actores sociales estén involucrados.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, este Protocolo representa un esfuerzo del Estado peruano frente a la lucha contra las situaciones de violencia, pero en la región Cusco, aún tiene desafíos pendientes en su implementación que van más allá de la misma normativa, sino que, involucran también voluntad política de los gobiernos de turno como pasamos a detallar a continuación.

6.Desafíos para la implementación del Protocolo Base de Actuación Conjunta



El Protocolo Base de Actuación Conjunta de la Ley N.° 30364 establece, de manera obligatoria, las funciones y actuación de las instituciones del Estado involucradas en la prevención, atención y protección de las mujeres e integrantes del grupo familiar ante situaciones de violencia. Así pues, este protocolo es de cumplimiento obligatorio y asegura que las entidades públicas trabajen de manera coordinada para ofrecer una atención integral que incluya sanciones y reeducación a los agresores.

Sin embargo, merecen especial atención algunos los siguientes puntos advertidos durante la investigación:

- Sobre el personal policial encargado de la toma y el registro de la denuncia policial. En ocasiones, este personal tiene el primer contacto con la víctima; por lo tanto, se debería asegurar su presencia en la dependencia policial, así como el conocimiento del protocolo de atención de las víctimas de violencia. En esa misma línea, es importante resaltar que el trabajo interinstitucional y la articulación sectorial con las instituciones involucradas es trascendental para la gestión del caso y la respuesta a la víctima de violencia.
- Sobre las medidas de protección dictadas por el Ministerio Público en favor de la víctima de violencia. Se debería asegurar el cumplimiento de estas medidas y hacer, mensualmente, el seguimiento, así como remitir un reporte a los juzgados especializados y las demás instituciones involucradas. En el caso de que haya ausencia del equipo multidisciplinario para este seguimiento, se podría delegar a alguna institución para que lo realice de forma inmediata de ser el caso.
- Sobre los servicios de atención y recuperación de la víctima de violencia. De acuerdo con lo mencionado por operadores de justicia entrevistados, se considera una necesidad apremiante que en la región Cusco se implementen espacios para hogares de refugio temporal, de modo que la víctima pueda permanecer antes o después de la declaración debido a las distancias geográficas, sobre todo, en distritos alejados de la provincia de Cusco y Calca.
- Sobre la declaración única en casos de violencia. Se debería asegurar el tratamiento con dignidad y de manera pormenorizada, tomando en cuenta situaciones personales de la víctima, tales como discapacidad, nacionalidad, edad, entre otros.
- Se requiere una mayor articulación de las instituciones comprometidas en este Protocolo Base de Actuación Conjunta con el objetivo de no redoblar esfuerzos ni propiciar situaciones de agotamiento profesional sobre un mismo caso o hecho de violencia. Por el contrario, esto generará situaciones en las que las instituciones parte de este Protocolo tendrán mayor alcance sobre otros hechos de violencia que se conozcan.

7. Conclusiones

The background of the slide is split diagonally from the bottom-left to the top-right. The upper-left portion is white, while the lower-right portion is a solid dark blue. Overlaid on the blue section is a complex geometric pattern composed of numerous triangles of varying sizes and shades of green and blue, creating a textured, crystalline effect.

Esta investigación fue planteada con la finalidad de identificar las barreras que dificultan o impiden el acceso a la salud de la población en situación de vulnerabilidad, especialmente de las personas con discapacidad, personas del colectivo LGBTIQ+ y población migrante. Para ello, se implementó una metodología mixta en el marco de la cual se realizaron actividades de observación y entrevistas con actores claves del Estado y OSC/OBS. Los hallazgos permiten conocer el panorama general de la situación de la salud en la región Cusco, los tipos de barreras que enfrentan las poblaciones en estudio, y analizar el desempeño de las instituciones estatales en la lucha contra situaciones de violencia.

En ese sentido, a continuación, se presentan las principales conclusiones obtenidas a lo largo de esta investigación:

Persistencia de desigualdades en el acceso a los servicios de salud. A pesar de las medidas implementadas por instituciones del sistema de salud, como la Gerencia Regional de Salud del GORE Cusco, para mejorar el acceso a los servicios, persisten desigualdades sociales, culturales, económicas y de clase que afectan a las personas con discapacidad, a la población migrante y a la comunidad LGBTIQ+. Estas desigualdades se ven reforzadas por la aplicación de estereotipos, estigmas y prejuicios, basados en las diferencias y la diversidad humana, que permean antes, durante y después de la atención médica en los servicios de salud regionales.

Diversidad de desafíos en el acceso al sistema de salud en Cusco. Las barreras de acceso a los servicios de salud son diversas y abarcan desde escenarios de discriminación y estigmatización hasta barreras físicas, económicas e informativas. Además, las barreras de accesibilidad de los servicios sanitarios inciden en las diferencias sociales, culturales, económicas y de clase, con lo que estas profundizan sus efectos para las personas en situación de vulnerabilidad debido a que, en estos casos, la discriminación interseccional les afecta de formas más severas.

Infraestructura deficiente y recursos humanos insuficientes. La falta y deficiente infraestructura de las postas, los centros de salud y los hospitales, junto a la insuficiencia de recursos humanos, equipos médicos y medicamentos, son problemas recurrentes que afectan la disponibilidad, calidad y gratuidad del servicio. Esta situación traslada costos elevados a los usuarios y ocasiona tiempos de espera excesivos, lo que funge como desincentivo para recurrir a los servicios públicos de salud, y empuja a las personas a buscar formas alternativas a la atención médica.

Desafíos en la coordinación interinstitucional. La fragmentación advertida entre las diferentes entidades estatales en la región dificultan la implementación de políticas y medidas concretas para la efectiva prestación de servicios integrales. En ese sentido, es imperativo implementar y reforzar los mecanismos de coordinación y articulación interinstitucional – como la COREDIS y la Instancia Regional de Concertación para Erradicar la Violencia contra la Mujer y los Integrantes del Grupo Familiar– con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas y otros servicios que ofrecen, especialmente de aquellas que sean víctimas o sobrevivientes de episodios de violencia.

Necesidad de mayor posicionamiento de las OSC/OSB. Las organizaciones de trabajo humanitario, ONG y OBS podrían tener mayor acción en la sinergia interinstitucional. Su rol como aliados y agentes replicadores de la normativa y buenas prácticas, en materia de salud y en la lucha contra la violencia basada en género, aún no es plenamente reconocido ni aprovechado por las instituciones del Estado presentes en la región.

Necesidades de capacitación y sensibilización de los funcionarios en el ámbito de la salud. Existe una necesidad urgente de fortalecer las capacidades del personal de salud en temas sobre derechos humanos, enfoque de género, diversidad sexual, discapacidad e interculturalidad. Esto resulta fundamental para garantizar la actualización permanente del funcionario público y operador de salud, una atención médica digna y una gestión respetuosa del caso de violencia, conforme a los estándares internacionales de protección de derechos humanos.

8. Recomendaciones





8.1 Para el Estado peruano y las instituciones estatales del sector salud

- Fortalecer la inversión en infraestructura de servicios de salud, contratación de trabajadores sanitarios y renovación de equipos médicos, con la finalidad de satisfacer las necesidades de atenciones médicas, acercando los servicios de salud estatales a la población en situación de vulnerabilidad, sobre todo, en zonas de difícil acceso geográfico.
- Desarrollar e implementar acciones y medidas orientadas a i) eliminar las barreras de discriminación que, específicamente, enfrenta el colectivo LGBTIQA+, y a ii) reducir las brechas en el acceso a los establecimientos y servicios de salud entre las poblaciones de zonas urbanas y de zonas rurales o periféricas de Cusco. Esto a través, por ejemplo, de programas regionales de inclusión social y lucha contra la pobreza.
- Realizar capacitaciones a funcionarios públicos, de manera obligatoria y periódica, en materia de derechos humanos, enfoque de género, enfoque de diversidad sexual y enfoque de interculturalidad, a fin de asegurar una atención adecuada, digna y que sea pertinente social y culturalmente con las diferencias entre los grupos poblacionales que recurren al servicio.
- Establecer mecanismos formales y efectivos para la actuación conjunta y coordinada entre el sector público y las organizaciones humanitarias, ONG, OBS y OBC, incluyendo la creación de comités de trabajo y reuniones periódicas, como aquellas que sostienen los actores integrantes de la Mesa sobre la lucha contra la violencia. Asimismo, fomentar la creación de redes de apoyo y colaboración que permitan reforzar las buenas prácticas entre instituciones y organizaciones.
- Implementar estrategias de reforzamiento institucional complementarias para la apropiación del Protocolo Base de Actuación Conjunta de la Ley N.º 30364, mediante sesiones de trabajo que permitan su análisis, comprensión integral y difusión entre el personal de las instituciones intervinientes para mejorar su aplicación y adaptación práctica al contexto regional.



8.2 Para las organizaciones sociales de base, organizaciones de sociedad civil y organizaciones no gubernamentales

- Socializar las buenas prácticas y casos de éxito en la atención y tratamiento de las personas en situación de vulnerabilidad, de forma tal que estas sean difundidas y replicadas a nivel regional.
- Desarrollar materiales y recursos para la comunidad sobre el sistema de salud y los servicios que ofrece. En el mismo sentido, colaborar con las instituciones estatales para fortalecer la educación en derechos, buscando superar las barreras que impiden el acceso al derecho a la salud.
- Asegurar buenas relaciones interinstitucionales con el Estado, con el objetivo de establecer mayores canales de comunicación y crear plataformas de cooperación que faciliten la concertación y coordinación con dicho sector, y contribuyan a ampliar el alcance de sus acciones.



8.3 Para la ciudadanía en su conjunto

Fomentar en la población el reconocimiento de situaciones de abuso y discriminación por parte de funcionarios públicos de las instituciones del Estado y situaciones de violencia en diferentes contextos sociales, con la finalidad de activar los protocolos y mecanismos establecidos por leyes y normativa existente.

9. Lista de referencias

9.1. Referencias

ACNUDH. (2020). *Los efectos del capacitismo en la práctica médica y científica*. <https://www.ohchr.org/es/disabilities/thematic-reports-rights-persons-disabilities>

ACNUDH y OMS. (2018). *Folleto informativo n.º 31: El derecho a la salud*. <https://www.ohchr.org/es/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>

ACNUR. (2025). *Global Trends Forced Displacement in 2024*. <https://www.acnur.org/tendencias-globales>

Auyero, J. (2009). *Pacientes del Estado. Un reporte etnográfico sobre la espera de la gente pobre*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Butler, J. (2018). *El género en disputa*. Paidós.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2023). Contribuciones de la migración internacional al desarrollo en América Latina y el Caribe: buenas prácticas, obstáculos y recomendaciones. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/68694-contribuciones-la-migracion-internacional-al-desarrollo-america-latina-caribe>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC). (2000). Observación General N.º 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F2000%2F4&Lang=es

Comité de los Derechos del Niño. (2013). Observación General N.º 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/crcgc15-general-comment-no-15-right-child-highest>

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2018). Observación General N.º 6 sobre la igualdad y la no discriminación. <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-6-article-5-equality-and-non>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2021). *Compendio sobre derechos económicos sociales, culturales y ambientales. Estándares interamericanos*. https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/compendio%20desca_esp_completo.pdf

- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum.
- Fiss, O. (1977). *Groups and Equal Protection*. Philosophy and Public Affairs University Press.
- Gerencia Regional de Salud Cusco. (2021). *Análisis de la situación de salud Cusco 2021*. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-peru/docs/ASIS%20departamentos/ASIS%20Cusco%202021.pdf>
- González Morales, F. (2024). *Las «Barreras Cortafuegos» y los derechos humanos de las personas migrantes*. *Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*. . <https://derecho.udp.cl/publicacion/las-barreras-cortafuegos-y-los-derechos-humanos-de-las-personas-migrantes/>
- Marinho, M. L., Dahuabe, A. y Arenas de Mesa, A. (2023). *Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b816a7eb-10d7-4f37-8eba-e6c-b8feb91cc/content>
- Médicos del Mundo. (2022). *Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas*. https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2023/11/informe_barreras_2022_mayo_2023.pdf
- Ministerio de Salud. (2023). *Análisis de situación de salud del Perú, 2021*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6279.pdf>
- Naciones Unidas. (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023: Edición especial. Por un plan de rescate para las personas y el planeta*. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf
- Noguera, A. (2006). *Poder y hegemonía política. «El sistema cruzado de validez y eficacia derecho-economía»*. Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad.
- Parra, O. (2022). *Reflexiones sobre la evolución jurisprudencial y los desafíos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. Tirant Lo Blanch.
- Ramos, V. M. (2025). *Impacto de la Opinión Consultiva N.º 24 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico peruano: retos y avances en la protección de la identidad de género desde el 2017*. Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco. https://cedhj.org.mx/documentos/micrositio/dfd/revista_21.pdf

Rich, A. (1993). Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Journal of Women's History*.

Stiglitz, J. E. (2012). *El precio de la desigualdad. El 1 % de la población tiene lo que el 99 % necesita*. Penguin Random House Grupo Editorial España.

9.2 Instrumentos nacionales e internacionales

Carta de la Organización de los Estados Americanos, 30 de abril de 1948.

Constitución Política del Perú, 29 de diciembre de 1993.

Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, 18 de diciembre de 1990.

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 13 de diciembre de 2006.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 18 de diciembre de 1979.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 2 de mayo de 1948.

Decreto Legislativo N.º 1350. Decreto Legislativo de Migraciones. (2017, 7 de enero). <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/-/detallenorma/H1171669>

Decreto Supremo N.º 007-2017-IN. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo 1350, Decreto Legislativo de Migraciones y aprueban nuevas calidades migratorias (2017, 27 de marzo). <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/-/detallenorma/H1177190>

Ley N.º 26842. Ley General de la Salud. (1997, 20 de julio). <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/-/detallenorma/H775516>

Ley N.º 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. (2015, 23 de noviembre). <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/-/detallenorma/H1141065>

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 16 de diciembre de 1966.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 17 de noviembre de 1988.

9.3 Jurisprudencia

Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2019). *Caso Hernández vs. Argentina*. Sentencia del 22 de noviembre de 2019. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_395_esp.pdf

- (2015). *Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf
- (2021). *Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador*. Sentencia del 26 marzo de 2021. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_423_esp.pdf
- (2021). *Caso Manuela y otros vs. El Salvador*. Sentencia del 3 de noviembre de 2021. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf
- (2021). *Caso Vera Rojas y otros vs. Chile*. Sentencia del 1 de octubre de 2021. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_439_esp.pdf

Tribunal Constitucional del Perú. (2009). *Caso de los internos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Noguchi” contra la Dirección de Adicciones del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Noguchi” y otros*. Sentencia del 30 de marzo de 2009. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/05842-2006-HC.pdf>

- (2012). *Caso 25% del número legal de congresistas de la República contra el Congreso de la República (artículos 17 y 21 de la Ley 29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud)*. Sentencia del 11 de abril de 2012. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2012/00033-2010-AI.html>
- (2019). *Caso M.H.F.C. contra el director del Instituto Nacional Penitenciario (INPE)*. Sentencia del 16 de setiembre de 2019. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2019/04007-2015-HC.pdf>



SALUD PARA
TOD@s

Derecho a la salud en
comunidades inclusivas
sin discriminación



IDEHPUCP



Financiado por
la Unión Europea