

**ANTICONCEPCIÓN
QUIRÚRGICA
VOLUNTARIA I**

**Casos investigados por
la Defensoría del Pueblo**



ÍNDICE

PRESENTACIÓN

PRIMERA PARTE: INFORME SOBRE LA APLICACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA: LOS CASOS INVESTIGADOS POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

- I. Competencia de la Defensoría del Pueblo
- II. Alcances del presente informe
- III. Síntesis de la normatividad aplicable
- IV. Documentos a tener en cuenta
- V. Análisis
 1. La universidad y el carácter absoluto de los derechos humanos
 2. El principio de autonomía individual y el consentimiento informado
 3. El principio de la igualdad
 4. Los derechos reproductivos, la libertad individual y la libertad de conciencia y de religión
- VI. Casos investigados hasta la fecha por la Defensoría del Pueblo
 1. V.E.V.E
 2. M.M.C. y B.A
 3. J.G.Ch. y M.C.N.
 4. L.R.L.
 5. L.V.Ch., M.M.T. y M.M.B.
- VII. Problemas detectados en la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria.
 1. Falta de garantías para la libre elección: la insuficiente consejería previa, la ausencia de un plazo entre la decisión y la intervención quirúrgica y el ofrecimiento de estímulos en alimentos.
 2. Campañas destinadas exclusivamente a la ligadura de trompas y a la vasectomía
 3. La falta de seguimiento de la intervención quirúrgica
 4. Las metas referidas a los métodos de planificación familiar.
- VIII. Conclusiones

IX. Recomendaciones

X. Destinatarios del informe y del deber de cooperación con la Defensoría del Pueblo.

XI. Fotografías de las campañas de ligaduras de trompas.

SEGUNDA PARTE: ANEXOS

1. Resolución Defensorial N° 01-98 de 26 de enero de 1998

2. Recomendaciones adoptadas por el Ministerio de Salud

2.1. Carta SA-DM-N° 0284-98 de 6 de marzo de 1998

2.2. Resolución Ministerial N° 076-98-SA/E de 6 de marzo de 1998

3. Legislación sobre planificación familiar.

3.1 Ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo N° 346 de 5 de julio de 1985

3.2 Ley N ° 26530 de 8 de setiembre de 1995, que modifica la Ley de Política Nacional de Población.

3.3 Ley N° 26842, Ley General de Salud de 15 de julio de 1997

3.4 Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM de 17 de agosto de 1995

3.5 Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM de 6 de febrero de 1996.

3.6 Resolución Directorial N° 001-DGSP de 29 de febrero de 1996.

PRESENTACIÓN

Desde el 24 de junio de 1997 hasta el 15 de enero de 1998, la Defensoría del Pueblo tomó conocimiento de casos de mujeres esterilizadas sin el debido consentimiento y de supuesta irregularidades en la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, en el marco del Programa de Salud reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, a cargo del Ministerio de Salud. Es por ello, que en cumplimiento del mandato constitucional de defender los derechos fundamentales y constitucionales de la persona, así como de supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal, la Defensoría del Pueblo decidió llevar a cabo una investigación sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, a partir de las quejas presentadas y de las intervenciones de oficio que realizara nuestra institución.

El documento final de la investigación, titulado “Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria: los casos investigados por la Defensoría del Pueblo”, fue elaborado por Rocío Villanueva Flores, Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer. Dicha investigación permitió detectar los siguientes problemas en la ejecución del referido programa:

- Falta de garantías para la libre elección.
- Campañas destinadas exclusivamente a la ligadura de trompas y, en menor medida, a la vasectomía.
- Metas establecidas como cantidades de mujeres que necesariamente deben utilizar determinados métodos anticonceptivos.
- Falta de seguimiento posterior a la intervención quirúrgica.
- Tendencia compulsiva en la aplicación del programa.

La trascendencia de los derechos fundamentales involucrados, como el derecho a la vida, a la integridad, a la igualdad, a la libertad de conciencia y religión, a la salud y a decidir cuándo y cuántos hijos tener, determinó que se formularan recomendaciones para modificar el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, y que se reclamara al Estado una diligencia extrema en su aplicación.

En efecto, el 26 de enero de 1998, el Defensor del Pueblo, doctor Jorge Santistevan de Noriega, emitió la Resolución defensorial N° 01-98, precisando las recomendaciones, exhortaciones y recordatorios a las autoridades, funcionarios y servidores de la administración estatal, a fin de garantizar el respeto a los derechos mencionados. Cabe destacar las siguientes recomendaciones formuladas al Ministerio de Salud y al Director de Planificación Familiar:

1. Sustituir las campañas destinadas a promover exclusivamente la ligadura de trompas y la vasectomía, por otras en las que se difundan todos los métodos anticonceptivos sin privilegiar ninguno.
2. Reformular las metas del programa, reemplazando las referidas a un determinado número de personas captadas, por otras de carácter programático basadas en estimaciones de la demandada de cada uno de los métodos anticonceptivos.
3. Modificar el objetivo del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar que pretende que el 100% de las pacientes con atención institucional de parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo, por otro que establezca que dicho porcentaje debe egresar habiendo sido debidamente informado de todos los métodos de planificación familiar.
4. Adoptar nuevas metas cuantitativas en términos de cobertura de información sobre todos los métodos anticonceptivos, tanto para hombres como para mujeres.
5. Modificar el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, a fin de que se fije un plazo razonable entre la fecha en que se firma la autorización y el día en que se realiza la intervención quirúrgica, que permita la reflexión y el ejercicio consciente de la libre elección.

Mediante Carta SA-DM-N° 0284-98 de 6 de marzo de 1998, el Ministerio de Salud informó al Defensor del Pueblo que había acogido la casi totalidad de recomendaciones efectuadas. Queda pendiente la referida a la modificación de las metas sobre cobertura de métodos anticonceptivos, pues las actualmente existentes sólo se refieren a las mujeres, y por lo tanto son discriminatorias. Tampoco se ha cumplido con enviar la información sobre el número de hombres y mujeres que se han acogido al Programa de Planificación Familiar, las edades de tales personas, el porcentaje de los métodos anticonceptivos elegidos y las provincias en que tales personas han sido atendidas. Por último, nada se ha dicho sobre las indemnizaciones a las personas - o familiares de ser el caso – afectadas.

Teniendo en cuenta los reiterados pedidos formulados por diferentes instituciones y organizaciones no gubernamentales que desean contar con el informe sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria, se ha dispuesto la publicación del referido documento, así como de la Resolución Defensorial N° 01-98/DP, de la respuesta del Ministro de Salud y de la legislación sobre planificación familiar. De este modo, pretendemos contribuir a mejorar la aplicación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 y a garantizar el respeto a los derechos fundamentales involucrados.

Por último, queremos señalar que la Defensoría del pueblo se encuentra realizando una investigación adicional, que incluye más de cien casos sobre supuestas irregularidades en la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Lima, agosto de 1998.

PRIMERA PARTE

INFORME SOBRE LA APLICACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA: LOS CASOS INVESTIGADOS POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

INFORME SOBRE LA APLICACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA: LOS CASOS INVESTIGADOS POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO¹

I. COMPETENCIA DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

En cumplimiento del mandato constitucional previsto por el artículo 162º de la Carta vigente, y conforme a los artículos 14º, 17º y 26º de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría de Pueblo, este órgano constitucional autónomo decidió llevar a cabo una investigación sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, a partir de las quejas presentadas y de las intervenciones de oficio que ha llevado a cabo nuestra institución en esta materia.

II. ALCANCES DEL PRESENTE INFORME

La Defensoría del Pueblo ha conocido e investigado casos de mujeres que han sido esterilizadas sin cumplir con los requisitos establecidos en el Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (A.Q.V), elaborado por la Dirección del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud. El objetivo de esta investigación es formular recomendaciones para corregir los errores en los que se hubiera incurrido a propósito de la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria como método de planificación familiar.

Según la exposición del Ministro de Salud, doctor Marino Costa Bauer, ante las Comisiones de la Mujer y de Salud del Congreso de la República el 16 de enero del presente año, los anticonceptivos más usados por las mujeres son:

Los inyectables	336,502
Las píldoras	231,813
El dispositivo intrauterino	186,946
La anticoncepción quirúrgica voluntaria	110,186

¹ Elaborado por Rocío Villanueva Flores, Defensora especializada en los derechos de la Mujer

Si bien el método definitivo no es el más usado por las mujeres en nuestro país, su carácter irreversible afecta de manera determinante la vida reproductiva de las personas. A ello se une la preocupación, y hasta objeciones de naturaleza ética y religiosa², que han sido puestas de manifiesto por importantes sectores e instituciones de la sociedad peruana, más allá de lo establecido en la ley vigente. La Defensoría del Pueblo ha investigado hasta la fecha solamente nueve casos de anticoncepción quirúrgica voluntaria en los que – por no haberse observado la legislación vigente en esta materia -, se ha afectado los derechos a decidir libremente, a actuar de conformidad con los dictados de la propia conciencia y de la religión, a la integridad personal, a la salud, y en última instancia a la vida. Sin embargo, la trascendencia de los derechos fundamentales involucrados y de las políticas públicas que pueden afectarlos, justifican la intervención defensorial para reclamar al estado una diligencia extrema en la aplicación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar 1996-2000, en especial de los métodos anticonceptivos definitivos.

Los casos investigados son los siguientes:

1. V.E.V.E. (35), esterilizada el 23 de abril de 1996 en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura. Fue intervenida por parto distóxico, pero le practicaron una oclusión bilateral de trompas (ligadura), sin haber firmado ninguna autorización para ello.
2. M.M.C. (35), esterilizada el 20 de diciembre de 1996 en el Hospital Rural de Tocache. Falleció presumiblemente a consecuencia de la intervención quirúrgica de ligadura de trompas.
3. B.A., esterilizada el 20 de diciembre de 1996 en el Hospital Rural de Tocache. Según su propio testimonio, no recibió consejería, y las complicaciones que sufrió no fueron debidamente atendidas.
4. J.G.Ch. (28), esterilizada el 19 de junio de 1997 en el Centro Materno Infantil de Marcavelica. Falleció al día siguiente a consecuencia de una hemorragia interna.
5. M.C.N., esterilizada el 13 de junio de 1997 en el Centro Materno Infantil de Marcavelica,. No se le dio consejería previa, ni firmó la autorización respectiva. Se le ofreció alimentos a cambio de la intervención.
6. L.R.L. (30), esterilizada el 24 de setiembre de 1997 en el Instituto Peruano de Seguridad Social en Lima, sin contar con la consejería necesaria. Sostiene que

² véase Conferencia Episcopal Peruana, Mensaje de los Obispos del Perú sobre la Política de Población, Lima 23 de enero de 1998

estaba embarazada, que abortó, que sufrió complicaciones después de la intervención, y que no contó con el seguimiento correspondiente.

7. M.M.T. (30) y L.V.Ch. (32), esterilizadas en el Hospital Hipólito Unanue (ex Bravo Chico) el 20 de junio de 1997, sin consejería previa.
8. M.M.B. (33), esterilizada el 27 de junio 1997 en el Hospital Hipólito Unanue (ex Bravo Chico). Fue ligada al día siguiente de dar a luz, pero no se le hizo seguimiento alguno pues nunca regresó al hospital.

Adicionalmente, la Defensoría del Pueblo ha obtenido fotografías de campañas de ligaduras de trompas y de vasectomías, en algún caso llamadas festival, y llevadas a cabo en:

- Julcán (Julcán, La Libertad) 12 y 13 de setiembre de 1996
- Yanaoca (Cusco, Cusco) 24-29 de mayo de 1996
- San Lorenzo (Alto Amazonas, Loreto) octubre 1996
- Huancasancos (Huancasancos, Ayacucho) 10 y 11 de julio de 1996
- La Esperanza (Región Chavín), 17 de agosto de 1997
- Yarinacocha (Coronel Portillo, Ucayali) 4-9 de mayo
- San Ramón (Chanchamayo, Junín)

III. SÍNTESIS DE LA NORMATIVIDAD APLICABLE

1. La Constitución vigente establece en el artículo 1º que la defensa de la persona humana y su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. Del mismo modo, los incisos 1) y 3) del artículo 2º señalan que toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad y al libre desarrollo y bienestar, así como a la libertad de conciencia y de religión. El artículo 2º inciso 2) recoge el principio de igualdad, estableciendo que nadie puede ser discriminado por razón de sexo. El artículo 6º dispone que la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y la maternidad responsables, reconociendo el derecho de las familias y de las personas a decidir. Asimismo, el artículo 7º reconoce el derecho a la salud, y según el artículo 11º el Estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud.
2. Los artículos 4º, 5º, 7º, 12º y 24º de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, reconocen los derechos a la vida, a la integridad, a la libertad personal, a la libertad de conciencia y religión, y a la igualdad. Por su parte, el artículo 1º de la citada convención dispone que los Estados Partes se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona sujeta a su jurisdicción.

3. Los incisos d) y e) del artículo 2º de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, establecen que los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, comprometiéndose a abstenerse de todo acto o práctica discriminatoria contra ella, a velar porque las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación, y a tomar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, practicada por cualquier persona, organizaciones o empresas. De otro lado, el literal b) del inciso 2) del artículo 14º, señala que los Estados Partes adoptarán las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales, a fin de asegurar el derecho a acceder "a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia". Por último, el literal e) del inciso 1º del artículo 16º, estatuye que los Estados Partes asegurarán a las mujeres "los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos".
4. Ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo N° 346, de 5 de julio de 1985, cuyo artículo 1º inciso 2) promueve y asegura la decisión libre informada y responsable de las personas y las parejas sobre el número y espaciamientos de los nacimientos.
5. Ley N° 26530, de 8 de setiembre de 1995, que modifica la Ley de Política Nacional de Población, y que excluye sólo al aborto como método de planificación familiar.
6. Ley N° 26842, Ley General de Salud, de 15 de julio de 1997, que establece en su artículo 6º que toda persona tiene derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales.
7. Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM de 17 de agosto de 1995, mediante la cual se dictan medidas para facilitar el acceso de la población a la información y a los servicios de planificación familiar.
8. Resolución Ministerial N° 071-96 SA/DM, de 06 de febrero de 1996, mediante la cual se aprueba el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000.
9. Resolución Directoral N° 001-DGSP de 29 de febrero de 1996, según la cual "para acceder a los métodos anticonceptivos quirúrgicos se debe respetar el libre ejercicio de la voluntad personal, de varones y mujeres mayores de edad, no siendo necesaria la autorización del cónyuge, conviviente o pareja".

10. Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (A.Q.V.), elaborado por la Dirección del Programa Nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud.

IV. DOCUMENTOS A TENER EN CUENTA.

1. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 al 13 de setiembre de 1994).
2. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 4 al 15 de setiembre de 1995).

V. ANÁLISIS.

No está en cuestión la planificación familiar, pues se reconoce la autonomía de las personas, y el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener. Estos derechos, recogidos en el inciso 1) del artículo 2º y en el artículo 6º de la Constitución vigente, permiten a hombres y mujeres, elegir el método de planificación familiar que consideren más adecuado, incluyendo la anticoncepción quirúrgica voluntaria. Cabe desatacar que la Ley N° 25530, que modificó la Ley de Política Nacional de Población, excluye sólo al aborto como método de planificación familiar³.

Tampoco se discute el derecho de hombres y mujeres a acceder a los métodos anticonceptivos quirúrgicos, aun sin la autorización del cónyuge, conviviente o pareja. Si bien este tipo de decisiones debe ser tomada por la pareja, en caso de conflicto debe prevalecer la decisión de la persona que desea esterilizarse. Ése es el espíritu del artículo 16º inciso 1), literal e) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Ahora bien, para garantizar el ejercicio del derecho al libre desarrollo de la persona y del derecho a decidir, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

³ mediante sentencia de fecha 28 de abril de 1997, el Tribunal Constitucional declaró improcedente la demanda de inconstitucionalidad presentada por 30 congresistas contra la ley N° 26530, que modificó la Ley Nacional de Población, excluyendo sólo al aborto como método de planificación familiar.

1. La universalidad y el carácter absoluto de los derechos humanos

Una de las características de los derechos humanos es su universalidad. Este rasgo implica que tales derechos se adscriben a todos los seres humanos, con independencia de la educación, sexo, raza, grado de instrucción, posición económica, etc. Basta que se cumpla con el requisito mínimo de "ser humano" para que tales derechos sean adscritos⁴

Por otro lado, la doctrina reconoce que los derechos humanos no son absolutos. Ello porque si se les atribuyera tal característica, sería imposible resolver los conflictos que surgieran entre tales derechos⁵. En consecuencia, sólo se admite que puedan ser desplazados en caso de colisión, por otros derechos humanos⁶. De ahí que, "si alguien tiene un derecho a algo, entonces es incorrecto que el gobierno se lo deniegue incluso aunque fuera de interés general hacerlo"⁷. En este sentido, si bien puede existir un conflicto entre un derecho básico y una decisión política, o entre un derecho básico y una directriz de bienestar general, los derechos desplazan a este tipo de consideraciones⁸. Por ello, la doctrina se refiere al carácter absoluto sólo para sostener que los derechos humanos no pueden ser sobrepasados por metas o requerimientos colectivos⁹. Como afirma Carlos Santiago Nino, estos derechos limitan la persecución de objetivos sociales colectivos, es decir, de objetivos que persiguen el beneficio agregativo de diversos grupos de individuos que integran la sociedad¹⁰. De este modo, se afirma que ni la eliminación de la pobreza ni la propia construcción de la paz, pueden obtenerse violando derechos humanos.

2. El principio de autonomía individual y el consentimiento informado

Los derechos humanos se fundamentan en el principio de autonomía individual¹¹. Este principio prescribe que "siendo valiosa la elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y los demás individuos) no debe interferir en esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución"¹². De acuerdo con el principio de autonomía, la interferencia del Estado queda limitada a las conductas que perjudican a terceros¹³.

⁴ Laporta Francisco, "Sobre el concepto de derechos humanos", en Doxa N°4, 1987, Alicante, p.32

⁵ Véase Villanueva Flores, Rocío, Los derechos humanos en el pensamiento angloamericano, Universidad de Castilla La Mancha, 1995, ps. 322-347.

⁶ Laporta, "Sobre el concepto...", op.cit., ps. 39-41.

⁷ Doworkin, Ronald, Taking Rights Seriously, Duckworth, Londres, 1987, p.269. Hay versión castellana Los derechos en serio, Ariel derecho Barcelona, 1984, traducción de Martha Guastavino.

⁸ Laporta "Sobre el concepto...", op.cit.ps. 40-41.

⁹ Ibidem, p. 41.

¹⁰ Nino, Carlos Santiago, Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación, Ariel Derecho, Barcelona, 1989.

¹¹ Ibidem, p. 205

¹² Ibidem, p. 205

¹³ sobre las excepciones al principio de autonomía véase garzón Valdés, Ernst, "¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?", en Doxa N° 5, Alicante, 1988, ps. 155-173.

El principio de autonomía individual fundamenta determinados derechos básicos, como la libertad de realizar cualquier acto que no perjudique a terceros, la libertad de expresión de ideas religiosas, la libertad en el desarrollo de la vida privada, la integridad corporal y psíquica, derechos todos reconocidos en la Constitución vigente.

Es el propio principio de autonomía individual, el que determina que la decisión de las personas en materia de planificación familiar deba ser libre, voluntaria, responsable e informada. Pero para que el consentimiento sea informado, es indispensable la consejería previa.

Antiguamente, la actividad médica se caracterizaba por ser paternalista, ya que el paciente no tenía derecho a informarse ni a decidir lo que iba a hacer el médico con su cuerpo. En países como Estados Unidos, en los que ha habido un desarrollo jurisprudencial sobre el consentimiento informado, está actitud paternalista ha variado. En primer lugar, se ha hecho prevalecer el principio de autonomía y el derecho de libre elección, en virtud de los cuales los individuos ejercen el dominio de sí mismos. En segundo lugar, se cuestiona cada vez más la falta de responsabilidad de los actos médicos y la impunidad que los protegía¹⁴.

De la jurisprudencia de la Corte Suprema de los Estados Unidos, se desprende que el derecho al consentimiento informado posibilita que el paciente, en forma autónoma y sin injerencia ni coacción, realice una elección de manera racional. De esta forma, el médico obtiene del paciente un permiso, previa entrega de información completa, para que lleve a cabo un tratamiento, un test específico o un procedimiento en su cuerpo¹⁵.

La citada corte ha establecido que el derecho del paciente a tomar sus propias decisiones fija la extensión del deber del médico de informar. Tal derecho sólo puede ejercerse eficazmente, si el paciente cuenta con la suficiente información como para posibilitar una elección inteligente (Canterbury vs. Spence 1972). Para que no haya agresión al paciente, no basta con su consentimiento expreso, sino que es preciso que tal consentimiento sea obtenido por los médicos luego de haber informado exhaustivamente a dicho paciente de todos los riesgos, alternativas y pronósticos que su intervención ofrece (Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees, 1957). El derecho al consentimiento informado impide que el médico decida por el paciente, incluso para proteger los intereses de este último (Nathanson vs. Kline, 1960).

En cuanto a la información que debe darse al paciente, la Corte Suprema de los Estados Unidos ha establecido que debe proporcionarse aquella necesaria para que una persona

¹⁴ Petrovich, Alexander, “Una historia jurisprudencial angloamericana: derecho al consentimiento informado” en Revista del Foro N° 4, colegio de Abogados de Lima, 1997, p.29.

¹⁵ Ibidem, p. 35.

razonable, pueda realizar una adecuada decisión y elección con conocimiento de causa. Por lo tanto, la cantidad de información que debe dar un médico no queda a criterio de él ni depende de la práctica habitual de la comunidad científica (Berkey vs. Anderson ,1969).

De la jurisprudencia de la Corte Suprema norteamericana se deduce que los pacientes tienen ante los médicos el derecho a la inviolabilidad corporal, lo que implica que todo tratamiento realizado sin consentimiento informado, inclusive el que llega a buen término, constituye una agresión física¹⁶. El médico no puede sustituir los juicios del paciente por sus propios juicios (Nathanson vs Kline 1960).

3. El principio de igualdad

La igualdad es un principio en virtud del cual se impone una serie de restricciones a las normas. Francisco Laporta sostiene que de acuerdo con dicho principio los seres humanos deben ser tratados como iguales, a menos que haya criterios relevantes para un tratamiento diferenciado¹⁷.

Es evidente que la naturaleza ha hecho seres humanos diferentes. Los hay altos, bajos, rubios, mestizos, etc. Por otro lado, las condiciones socioeconómicas determinan diferencias entre las personas. Las hay pobres, ricas, informadas, desinformadas, analfabetas, etc. Por ello se afirma que la idea de igualdad es un constructo, un artificio frente a la desigualdad, que parte precisamente de la diversidad; es decir, de aquella situación en la que hay en parte igualdad y en parte diferencia¹⁸.

La igualdad se concreta, a su vez, en dos grandes principios¹⁹:

- a) El principio de no discriminación, según el cual aunque entre los seres humanos haya muchas desigualdades, algunas de ellas no justifican un tratamiento diferenciado.
- b) El principio de relevancia, en virtud del cual las diferencias que existen entre las personas son tan relevantes que justifican que sean tratadas de manera desigual²⁰

Lo que prohíbe el principio de igualdad es hacer distinciones basadas en criterios

¹⁶ Ibidem, p. 35

¹⁷ Laporta, Francisco, “El principio de igualdad: introducción a su análisis”, en Sistema N° 67, Madrid, ps 23-31.

¹⁸ Lucas, Javier de, “la igualdad ante la ley”, en Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía, Tomo II, El derecho y la justicia, edición a cargo de Ernesto Garzón Valdés y Francisco Laporta, Editorial Trotta, Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Boletín Oficial del Estado, Madrid, 1996, p. 493.

¹⁹ González Amuchastegui, Jesús, “Mujer y derechos humanos: concepto y fundamento”, de Derechos humanos de las mujeres. Aproximaciones conceptuales, Manuela Ramos, Lima, 1996, p.23

²⁰ Véase, Villanueva Flores, Rocío, “Discriminación inversa: las cuotas de mujeres en las listas electorales”, en Socialismo y Participación N° 79, Lima setiembre, 1997, ps. 31-37

irracionales, es decir, que no tengan justificación. Por lo tanto, si existe fundamento es posible otorgar un tratamiento diferenciado a un grupo de personas, incluso a las que pertenecen a un mismo sexo.

4. Los derechos reproductivos, la libertad individual y la libertad de conciencia y de religión.

El avance logrado en la reflexión acerca de la salud sexual y reproductiva de las personas ha dado lugar al nacimiento del concepto de derechos reproductivos²¹. En el Capítulo VII del Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, llevada a cabo en la ciudad del Cairo en 1994, se establece que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y en el derecho a disponer de la información y de los medios para ello, así como en el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva²².

La comunidad internacional ha reconocido la importancia de los derechos reproductivos de la mujer, pues la falta de atención a tales derechos, “limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos”²³. La comunidad internacional también ha reconocido que los derechos reproductivos son parte integrante de los derechos humanos²⁴.

En el caso del Perú, el artículo 6° de la Constitución reconoce explícitamente los derechos reproductivos al establecer la facultad de las personas a decidir cuándo y cuántos hijos tener, así como al establecer la obligación del estado de informar y asegurar el acceso a los distintos métodos de planificación familiar.

Sin embargo, el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas se traduce en actos de naturaleza individual, que afectan su vida íntima y que por lo tanto, deben ser respetuosos de la autonomía del individuo y de la libertad de conciencia y de religión, así como de las consideraciones culturales del caso.

En este contexto el derecho a la libertad de elección requiere que las personas sean informadas sobre todos los métodos legales de planificación familiar, incluyendo sus beneficios y riesgos, tengan acceso gratuito a ellos, y cuenten con las suficientes garantías para poder emplearlos o rechazarlos. Así lo demanda en esta delicada materia la concepción

²¹ Rosas, Isabel, Aborto por violación. Dilemas éticos y jurídicos, The Population Council y DEMUS, Lima, 1997, p.19

²² Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 al 13 de setiembre de 1994), p. 41. Véase también el Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, China, 4 al 15 de setiembre de 1995), p. 46

²³ Informe de la Cuarta Conferencia..., op. cit., p. 47.

²⁴ Ibidem, p. 47. Véase el informe de la Conferencia Internacional sobre la Población..., op. cit., p. 41.

constitucional de respeto a la dignidad de la persona, recogida en el artículo 1° de la Carta Política.

VI. CASOS INVESTIGADOS HASTA LA FECHA POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

1. V.E.V.E.²⁵.

La señora V.E.V.E., de 35 años de edad, fue esterilizada el 23 de abril de 1996, en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura. Dicho hospital pertenece al Instituto Peruano de Seguridad Social. La citada señora fue intervenida por parto distóxico, y le ligaron las trompas sin ninguna autorización para ello.

V.E.V.E. ingresó por emergencia al Hospital Regional Cayetano Heredia en la fecha antes indicada, pues presentaba ciertos malestares, presumiblemente relacionados con su embarazo. Tenía 33 semanas de gestación.

El parto distóxico es atendido por el doctor Nicolás Angulo Silva, quien le practica una cesárea, además de ligarle las trompas. El niño nacido prematuramente fallece días más tarde.

Enterada de que había sido esterilizada sin su consentimiento, la señora V.E.V.E. denuncia al doctor Nicolás Angulo Silva, por delito contra la vida, el cuerpo y la salud, ante la Tercera Fiscalía Provincial Penal de Piura. Ella afirmó no haber autorizado la ligadura de trompas.

Ante la policía, el doctor Angulo sostuvo que la señora Vigo presentaba el cuadro NIC I²⁶, y que tuvo que ligarle las trompas pues una cuarta cesárea podía poner en peligro la vida de V.E.V.E. También afirmó que ella había firmado un documento en el que le autorizaba a esterilizarla, y que desde hacía varios años era atendida en el hospital por presentar un cuadro de síndrome de depresión reactiva. El propio doctor Nicolás Angulo Silva proporcionó a la Policía Nacional una fotocopia de la autorización para tratamiento, firmada por la señora V.E.V.E. antes de ser intervenida quirúrgicamente. La referida autorización textualmente señala:

²⁵ Este caso ha sido documentado por el doctor Alejandro Silva, integrante del grupo de trabajo asociado a la defensoría del Pueblo (G.T.A. Piura).

²⁶ Neoplasia intraepitelial cervical (Alteración del cuello del útero que en ese estadio no es un cáncer).

"Por el presente, autorizo a los médicos del Hospital III Cayetano Heredia Piura para que practiquen el tratamiento médico quirúrgico u otro que consideren necesario en la persona de:

Yo acepto los riesgos que en ella(s) pueda(n) originarse así como las posibles secuelas de las que he sido debidamente informado(a). Asimismo autorizo la administración del analgésico que sea más conveniente conforme al criterio del anestesiólogo, a transfusiones de sangre o plasma y la medicación que se considere necesario a juicio de los médicos, a disponer de cualquier tejido, órgano que sea extirpado como resultado de la operación.

En fe de lo cual firmo en presencia de un testigo.

Piura, 23 de 04 de 1996".

En la autorización sólo aparece la firma de V.E.V.E., mas no la del testigo. Cabe señalar que en una entrevista que sostuvo con la Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer, la señora V.E.V.E. afirmó que sólo había tenido una cesárea previa, pues su primera hija nació con parto normal, en el propio Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura.

Mediante el Atestado N° 018-97-DCVCS-DIVINCRI-PNP-PIU, la policía concluyó que el doctor Angulo era presunto autor del delito contra la vida, el cuerpo y la salud en agravio de V.E.V.E. En cambio, la doctora Norma R. Injante Injante, Fiscal Provincial (P) de la Tercera Fiscalía Provincial de Piura, resolvió con fecha 2 abril de 1997, que no había lugar a formalizar denuncia penal contra Nicolás Angulo Silva, por el delito contra la vida el cuerpo y la salud en agravio de Esperanza Vigo Espinoza. De esta forma, la denuncia fue archivada definitivamente.

En la resolución de archivamiento definitivo la fiscal expresó lo siguiente:.

"(…) que conforme aparece de la investigación desarrollada no se ha evidenciado comisión de ilícito penal alguno, así como se ha establecido que la extracción de las trompas de falopio u oclusión bilateral tubárica a la que fue sometida la denunciante se encuentra dentro de los alcances contenidos en la autorización para tratamiento médico, cuya fotocopia simple obra a fs. 13, autorizada y suscrita por la propia denunciante con fecha 23 de abril de 1996, al establecer el médico tratante, en este caso el denunciado, se encontraba facultado para disponer de cualquier tejido u órgano que sea extirpado como consecuencia de la intervención quirúrgica, circunstancia que la denunciante conocía perfectamente, cuya autenticidad no ha sido impugnada por la citada denunciante; siendo esto así, y no existiendo elementos de juicio que evidencien actitud dolosa o negligente por parte del médico denunciado, en la atención e intervención quirúrgica de V.E.V.E.(…)"

Por último, cabe también destacar que mediante Oficio N 534-AD M-D-HCHIII-IPSS-96, de fecha 14 de diciembre de 1996, el doctor Tomás Valera Lazo, Sub Director del Hospital Cayetano Heredia, informó a la policía que V.E.V.E. había sido transferida al Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo (Chiclayo) para que se le recanalizara las trompas, es decir, para revertir la esterilización. Sin embargo, según el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, "la ligadura de trompas y la vasectomía son procedimientos quirúrgicos irreversibles y la posibilidad de aplicación de una cirugía de reversibilidad no es muy realista"²⁷.

2. M.M.C. y B.A.S.

El Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM PERÚ), presentó una queja contra el Hospital Rural de Tocache, pues la señora M.M.C. había fallecido, presumiblemente, a consecuencia de la ligadura de trompas que le realizaron en el citado hospital. Por otro lado, la señora B.A.S., quien también había sido esterilizada en el Hospital Rural de Tocache, sostenía no haber recibido la consejería previa a esta clase de intervenciones quirúrgicas, y haber tenido complicaciones después de la intervención, sin que fueran debidamente atendidas. Ambas fueron operadas el 20 de diciembre de 1996.

Claudem Perú remitió a la Defensoría del Pueblo un video con los testimonios del viudo de M.M.C., de la señora B.A.S., así como de otras vecinas. En dicho video se aprecia al doctor Milton Zamora, Director del Hospital Rural de Tocache, quien afirma que la señora M.M.C. se operó después de una campaña de ligadura de trompas.

A su vez, el citado video fue enviado al doctor John Nagahata Susanibar, Director de la Dirección de Programas Sociales y del Programa Nacional de Planificación Familiar, solicitando información sobre los referidos casos.

Según el doctor Nagahata, de acuerdo con el diagnóstico definitivo del Hospital Rural de Tocache, la muerte de la señora M.M.C. fue causada por un proceso meníngeo bacteriano. Sin embargo, en los exámenes auxiliares se encontró lo siguiente:

- a. Hemograma: leucocitos 4,200 bast: 0% Hcto: 34%
 - b. Aglutinaciones: Tífico O: Neg Tífico H: 1/160
 - c. Líquido cefalorraquídeo: Cocos Gram positivos. 3 a 5 por campo. BK negativo.

²⁷ Manual de Normas y procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), elaborado por la Dirección del Programa Nacional de Planificación Familiar el Ministerio de Salud, op. cit., p.9

La Defensoría del Pueblo ha hecho las consultas del caso a médicos especialistas, quienes han observado los resultados de los exámenes auxiliares, pues una infección como la presentada por la señora M.M.C., debía arrojar un número mayor del leucocitos y un porcentaje mayor de abastonados.

Por otro lado se solicitó información al Fiscal Provincial (E) doctor Donato Quispe Martínez sobre las medidas adoptadas ante la muerte de la señora M.M.C., habida cuenta que el caso había sido de conocimiento público. A pesar de haber transcurrido varios meses, y de haber reiterado nuestro pedido, el doctor Donato Quispe no ha dado respuesta a los oficios enviados. El actual fiscal titular es el doctor Henry García Granados, a quien se le ha formulado un nuevo pedido de información. Cabe indicar que no se practicó la necropsia al cadáver de la señora M.M.C. Además, la defención de la señora M.M.C. no ha sido inscrita en el Registro Civil de la Municipalidad de Tocache, al parecer, porque el hospital Rural expidió el certificado de defunción de forma incompleta.

Mediante Informe N° 004-98-UBASS-T/D, recibido el 29 de enero, el doctor Milton Zamora, comunica a la Defensoría del pueblo que el Hospital Rural de Tocache consignó el diagnóstico de paro cardio respiratorio en el certificado de defunción de la señora M.M.C., pues desde hace mucho tiempo el hospital expide tales certificados registrando sólo la causa final de la muerte y no la causa básica, la que queda registrada en el archivo del servicio de estadística del hospital.

En cuanto al caso de la señora B.A.S., aún no se recibe la información solicitada al Programa de Planificación Familiar, pese a haber reiterado el pedido al doctor Nagahata. De esta forma, el testimonio de la señora B.A.S. no ha sido contradicho por el citado programa.

El Director de Programas Sociales y de Planificación Familiar contestó sólo lo siguiente:

- Que el Ministerio de Salud había dispuesto que el Programa de Planificación Familiar asumiera la totalidad de los costos de la complicaciones que pudieran presentar después de toda intervención de ligadura de trompas (traslado, medicamentos e intervención quirúrgica, de ser necesario).
- Que el seguimiento se realizaba a la semana de la intervención y que estaba a cargo del personal profesional que captó²⁸ a la paciente.
- Que a todas las mujeres que acudían al servicio se les brindaba amplia información relativa a todos los métodos, incluyendo la anticoncepción quirúrgica voluntaria, de tal manera que la elección final de los usuarios fuera el producto de una decisión informada como lo señala el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV.
- Que en el marco de las medidas de seguridad y seguimiento a los procedimientos de AQV, el programa había reforzado el sistema logístico mediante la compra de 80 unidades móviles en el año 1996 y 55 unidades adicionales en el año 1997.

²⁸ El subrayado es nuestro.

3. J.G.Ch. y M.C.N.

Diáconía para la Justicia y la Paz de Piura, presentó una queja contra el Centro Materno Infantil de Marcavelica (Sullana), pues la señora J.G.Ch. había fallecido el 20 de junio de 1997, al día siguiente de que le ligaron las trompas en el mencionado centro materno. Asimismo, la señora M.C.N., quien también fue esterilizada en el citado centro de salud, presentaba supuestas complicaciones a consecuencia de la intervención quirúrgica.

En relación al caso de J.G.Ch., el doctor John Nagahata Susaníbar, informó que se estaba llevando a cabo una investigación judicial, y que la conclusión del Atestado Policial N° 082-DICPNP de 15 de julio de 1997, era que no habría “delito culposo de impericia médica en agravio de J.G.Ch.”.

La Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer, viajó al barrio El Puente, en el Caserío La Quinta (Sullana), para entrevistarse con el viudo de J.G.Ch. y con M.C.N.

Según F.C.N., viudo de J.G.Ch., ella no quería ligarse las trompas, pues se cuidaba con inyectables. Es más, se escondía cada vez que veía al personal del Puesto de Salud de Mallaritos, encargado de la campaña de ligadura de trompas. Sin embargo, fue convencida para esterilizarse porque le dijeron que le darían alimentos si se operaba, y le advirtieron que no habría inyectables en la posta médica. No firmó ninguna autorización. La persona que la convenció le dijo al señor F.C. que él debía ordenarle a su esposa que se esterilizara.

Según Felipe Castillo, Juana Gutiérrez llegó a su casa después de la operación, sintiéndose muy mal. Falleció a las pocas horas.

El Ministerio Público ha denunciado penalmente al doctor Marco Antonio Purizaca Furlong, quien realizó la operación, a Lucie Puell Ramírez y a Fanny Cabanillas Posito, como autores de delito contra la vida, el cuerpo y la salud en agravio de J.G.Ch., y a Gladis Cristina Bustamante y Carmen Rosa Espejo García, como cómplices. La investigación se está llevando a cabo en el Segundo Juzgado Penal de Sullana.

Por otro lado, coincidiendo con el informe del doctor John Nagahata, se comprobó que M.C.N., se encontraba asintomática. Si bien ella está de acuerdo con la intervención quirúrgica a la que fue sometida, sostuvo que no le informaron sobre los otros métodos de planificación familiar, sólo le dijeron que la operación era rápida y gratuita. Además le ofrecieron alimentos si es que se operaba.

La Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer, visitó el 9 de enero del presente

año el Centro Materno Infantil de Marcavelica, para revisar las historias clínicas de J.G.Ch. y M.C.N. De esta forma se comprobaría, si las citadas señoras firmaron la autorización correspondiente.

Sin embargo, el médico encargado del citado centro materno infantil, doctor Emilio Lavado Aguilar, sostuvo que la historia clínica de J.G.Ch. no se encontraba en el archivo, sin poder explicar cuál era la razón de ello. En cuanto a la historia clínica de M.C.N., señaló que no podía ubicarla porque era imprescindible conocer el número de dicha historia clínica.

La Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer, también se entrevistó con el doctor Martín Otoya, Jefe del Puesto de Salud de Mallaritos, quien negó que a las mujeres se les ofreciera alimentos a cambio de la ligadura. Sin embargo, admitió que en el Programa de Planificación Familiar hay metas. En el caso de AQV, la meta fue programada en función a las mujeres en edad fértil. Para el Puesto de Salud de Mallaritos, la meta anual de ligaduras de trompas fue aproximadamente de 70 intervenciones. El doctor Otoya firmó un acta en la que consta esta información.

4. L.R.L.

El testimonio de la señora L.R.L. (30) apareció en un programa de televisión, el domingo 28 de diciembre de 1997. La citada señora sostuvo que fue esterilizada estando embarazada, que posteriormente tuvo un aborto espontáneo, y que las complicaciones presentadas después de la intervención quirúrgica no fueron oportunamente atendidas. A ella le ligaron las trompas en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), en la ciudad de Lima, el 24 de setiembre de 1997.

La Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer, entrevistó a la señora L.R.L., el 30 de diciembre de 1997. En dicha entrevista la señora L.R.L. afirmó que :

- Integrantes del Instituto Peruano de Seguridad Social tocaron la puerta de su casa el 21 de setiembre pasado. Le preguntaron cuántos hijos tenía y si deseaba esterilizarse. Le dijeron que podían llevársela inmediatamente en una camioneta del IPSS, y que la regresaban después de la intervención. La señora L.R.L. no aceptó ser trasladada inmediatamente. Sin embargo, los integrantes del Instituto Peruano de Seguridad Social se llevaron su libreta electoral, dejándole un folleto elaborado por el IPSS sobre la ligadura de trompas. Ella no lo leyó, y el IPSS tampoco se aseguró de que lo hiciera. Hasta la fecha no le han devuelto el documento de identidad.
- No se le dio ninguna otra indicación, como por ejemplo que no debía tomar medicamentos durante las 24 horas previas a la intervención quirúrgica.

- No le explicaron ningún otro método de planificación familiar.
- El 24 de setiembre de 1997 la señora L.R.L. se dirigió a la carpa que había instalado el Instituto Peruano de Seguridad Social en la Cooperativa Huancayo (El Agustino). De ahí la llevaron en una camioneta del IPSS hasta el local ubicado en la Av. Arenales. Le hicieron análisis de sangre antes de la intervención.
- Después de la ligadura de trompas el IPSS no hizo seguimiento alguno. Ningún integrante del IPSS la visitó en su domicilio. Ella no acudió a ningún control pues no sabía que debía hacerlo.
- El 16 de noviembre pasado, en la madrugada, tuvo una hemorragia. Le cayó un coágulo, que ella recogió. Por la mañana se dirigió al Hospital Hipólito Unanue (ex Bravo Chico), llevando el coágulo. El médico que la atendió le dijo que era un feto de aproximadamente cuatro meses. El sangrado le duró dieciocho días más. Se gastó aproximadamente S/. 57.00 en exámenes y medicinas.
- El día 25 de noviembre de 1997 regresa a la carpa ubicada en la Cooperativa Huancayo, para que le atendieran las complicaciones que sufría. No la dejaron entrar pues le dijeron que no estaba asegurada. Los primeros días de diciembre regresa a la carpa, pero tampoco la dejan entrar. Regresa una tercera vez e ingresa rápidamente. Pide una pastilla para la infección. Un médico la revisa y le dice que tenía infección en el cuello uterino, por no asearse después de tener relaciones sexuales o por contagio. Sin embargo, debido a los fuertes dolores la señora L.R.L. no había tenido relaciones sexuales con su conviviente.
- El caso aparece por primera vez en un canal de televisión el 22 de diciembre. Como consecuencia de ello, un médico del IPSS la visita y le hacen unos exámenes. Dicho médico le pide que no siga perjudicando al IPSS.
- El caso aparece en otro canal de televisión el domingo 28 de diciembre. La congresista Luz Salgado se compromete a ayudarla. Al día siguiente la acompaña al Hospital Loayza, en el que le realizan una serie de análisis.
- El lunes 12 de enero un carro con lunas polarizadas se estacionó frente a su casa. De él descendió un hombre quien, mostrándole una fotografía de sus tres hijos, la amenazó si seguía denunciando públicamente lo que le había sucedido.

De acuerdo con el oficio N° HNAL-DGO-N°055-97-J, de fecha 29 de diciembre, suscrito

por la doctora Luz Jefferson Cor, Jefa del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza, el día de la intervención quirúrgica de ligadura de trompas, la señora L.R.L. tenía dos semanas de gestación. En dicho oficio se afirma que los síntomas que refiere en la actualidad corresponden a patología no ginecológica.

Uno de los criterios de exclusión de mujeres que desean esterilizarse es precisamente el embarazo comprobado o presunto²⁹. Si bien cuando el médico le preguntó a la paciente si estaba embarazada ella lo negó, esta afirmación no exime al profesional de hacer los exámenes del caso.

Mediante Oficio N 009-98-HNHU DG, el director del Hospital Nacional Hipólito Unanue, doctor José Ricardo Albites Jara, ha sostenido que remitirá la historia clínica de L.R.L. a la Defensoría del Pueblo, si contamos con la autorización expresa de la paciente.

5. L.V.Ch., M.M.T. y M.M.B.

La Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer visitó el Sector Constructores del Distrito de la Molina en Lima, para recoger el testimonio de las mujeres a las que se les ligó las trompas.

Según algunas vecinas en Constructores hubo tres campañas de ligadura de trompas durante 1997. Estas campañas estuvieron a cargo de la Posta Médica de Viña Alta.

L.V.Ch. y M.M.T. fueron esterilizadas el 20 de junio pasado, en el Hospital Hipólito Unanue (ex bravo Chico). La primera tiene 32 años y cinco hijos, la segunda 30 años y dos hijos.

A ambas les tocaron la puerta de sus casas y les dijeron que podían venir por ellas al día siguiente para operarlas.

Las citadas señoras coinciden en afirmar que:

- No se les informó de ningún otro método de planificación familiar.
- Sólo se les dijo que no comieran, no se les dio las indicaciones pre operatorias por escrito.
- Despues de la intervención tampoco se les dio por escrito las instrucciones post operatorias

²⁹ Manual de Normas y Procedimientos ..., op. cit., p. 14

La señora M.M.T. expulsó materia después de la intervención. Acudió a la posta y allí le dieron dos calmantes. Sin embargo ella tuvo que comprar la ampicilina que le recetaron.

La señora M.M.B. tiene 33 años y cinco hijos. Ella fue esterilizada en el Hospital Hipólito Unanue (ex Bravo Chico), el 27 de junio de 1997, al día siguiente de dar a luz. Si bien le hablaron de los otros métodos de planificación familiar, le dijeron que la ligadura de trompas era gratuita, además de ser el método más práctico, pues con los otros se podía concebir.

Si bien aceptó ser esterilizada, nunca regresó al hospital a controlarse pues no tiene dinero para el pasaje. Del hospital tampoco han ido a visitarla. Sostiene que ella misma se sacó los puntos. En la actualidad siente dolores pero no sabe cuál es la razón.

VII. PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA APLICACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

De los casos que la Defensoría del Pueblo ha investigado, se desprenden los siguientes problemas:

1. Falta de garantías para la libre elección: la insuficiente consejería previa, la ausencia de un plazo entre la decisión y la intervención quirúrgica y el ofrecimiento de estímulos en alimentos.

El Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, establece claramente que el acceso a la información sobre los métodos de planificación familiar constituye un derecho de todas las personas en nuestro país. Por ello, se señala que:

"es responsabilidad del consejero/a que los pacientes tomen una decisión libre, voluntaria responsable acerca de su fecundidad, conozcan los beneficios y riesgos de todos los métodos anticonceptivos disponibles, y en el caso de AQV, de la irreversibilidad del método"³⁰

Además, el artículo 6º de la Ley N° 26842, establece que:

"toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su

³⁰ Manual de Normas y procedimientos..., op. cit., p. 7

preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación pueda ocasionar. Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito”.

Sin embargo, salvo en el caso de la señora M.M.B., las demás mujeres que fueron sometidas a ligadura de trompas sostienen que no se les brindó ninguna información sobre los beneficios y riegos de todos los métodos de planificación familiar. Por lo tanto puede sostenerse que su consentimiento no fue informado.

Tampoco se ha cumplido con dar las indicaciones previas a la intervención quirúrgica. En efecto, según el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV, las mujeres que deciden esterilizarse deben cumplir con las siguientes instrucciones pre operatorias:

- No ingerir alimentos sólidos ni bebidas alcohólicas durante las ocho horas previas a la cirugía.
- No tomar medicamentos durante 24 horas antes de la cirugía, a no ser que hayan sido recomendados por el médico que práctica la operación³¹

La única instrucción verbal que afirman haber recibido las mujeres entrevistadas es la de no comer antes de la operación. El Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV, establece que las usuarias, incluso las analfabetas, deben recibir por escrito las indicaciones pre - operatorias³².

Es más, en la información que aparece en el folleto que ha preparado el IPSS sobre la ligadura de trompas (y que fue entregado a L.R.L.), figuran las siguientes indicaciones que deben seguir las mujeres antes de la operación:

- La última comida del día anterior debe ser liviana (caldo, gelatina, galletas).
- No tomar alimentos ni líquidos durante las 8 horas anteriores a la operación.

No hay ninguna referencia a la prohibición de tomar medicamentos las 24 horas previas a la intervención³³.

³¹ Ibidem, p. 10

³² Ibidem, p. 10

³³ Ibidem, p. 10

Las usuarias tampoco reciben por escrito las indicaciones post operatorias, tal como lo señala el referido manual³⁴.

Por otro lado, la consejería en los casos de anticoncepción quirúrgica voluntaria consta de seis pasos básicos³⁵. El último consiste en acordar la fecha para la próxima visita. De ello se desprendería que tal consejería debe llevarse a cabo, al menos, en dos consultas, requisito que tampoco se ha cumplido en los casos analizados.

Una de las mujeres entrevistadas por la Defensoría del Pueblo, sostuvo que el mismo día que le tocaron la puerta de su casa ofrecieron llevarla al IPSS para ligarle las trompas. Otras afirmaron que les propusieron regresar por ellas al día siguiente. Además de la falta de consejería, no hay un tiempo razonable para que una decisión que afectará definitivamente la vida de las personas pueda ser tomada de forma serena y responsable.

Por otro lado, preocupa también la decisión de esterilizarse que pueda tomar la mujer que acaba de dar a luz o que acaba de tener un aborto, pues debido a los cambios en el estado psicológico que pueden producirse, estas etapas no son las más adecuadas para tomar una decisión tan determinante.

En este sentido, cabe destacar que la Ley de Planificación Familiar de Brasil (Ley N° 9263) promulgada el 12 de enero de 1996, recoge las siguientes disposiciones³⁶:

- a) Se prohíbe la esterilización quirúrgica de la mujer durante el parto y el aborto, salvo en los casos de necesidad comprobada, por haberse practicado cesáreas sucesivas con anterioridad.
- b) Entre la manifestación de voluntad y la intervención quirúrgica de ligadura de trompas debe mediar un plazo mínimo de 60 días.

Por último, a fin de garantizar la libre elección de las personas, el artículo 28º de la ley de Política Nacional de Población, aprobada por decreto Legislativo N°346, excluye todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar. Asimismo, rechaza cualquier condicionamiento de los programas de planificación familiar por instituciones públicas o privadas. Sin embargo, en los casos investigados en el Caserío La Quinta (Sullana Piura) se afirma que las encargadas de las campañas de ligadura de trompas ofrecieron alimentos a cambio de la intervención quirúrgica.

³⁴ Ibidem, ps. 10-11

³⁵ Ibidem, p. 7

³⁶ Véase Mujeres del mundo, leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas, América Latina y El Caribe, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas – Demus, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Lima, noviembre, 1997, p.59

2. Campañas destinadas exclusivamente a la ligadura de trompas y a la vasectomía

En el caso de estas campañas, el Estado privilegia, en la práctica, los métodos definitivos de planificación familiar en desmedro de los temporales. De esta forma, se puede inducir la decisión de la persona. Probablemente estas campañas hayan sido la causa de que a las mujeres que la Defensoría del Pueblo ha entrevistado, sólo se les haya hablado sobre la ligadura de trompas. Esta práctica contraviene el derecho de las personas a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, regulado en el artículo 6º de la Ley N 26842, Ley General de Salud.

Para resguardar el citado derecho, el Estado debe llevar a cabo campañas de planificación familiar, en las que se expliquen todos y cada uno de los métodos de planificación familiar, sus beneficios y riesgos.

Por otro lado, no debemos olvidar que como el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar está dirigido precisamente a los sectores sociales con menores recursos, y escasa información en esta materia³⁷, no puede privilegiarse el uso de uno de ellos en desmedro de los otros.

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 1996 (ENDES), en todos los ámbitos del territorio nacional, la mayoría de las mujeres (69%) no desea tener más hijos. Sin embargo, este deseo es mayor entre las mujeres del área rural (75%) que entre las del área urbana (66%)³⁸. Además, las familias pobres tienen más integrantes que el resto de familias pero no muestran diferencias en el número de hijos deseados con las mujeres no pobres. Su fecundidad es mayor y el uso de métodos anticonceptivos es mucho menor³⁹.

En este sentido, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, señala en el artículo 14º inciso 2) literal b) que los Estado Parte deben asegurar información, asesoramiento y servicios en materia de planificación familiar a las mujeres de zonas rurales.

Por lo tanto si bien no puede afirmarse que esta atención prioritaria a los sectores menos favorecidos de la sociedad es discriminatoria, debe garantizarse que reciban una información completa, así como una adecuada atención. Además, para garantizar la eficacia

³⁷ Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, p. 13, aprobado por Resolución Ministerial N° 071-96 SA/DM de 06 de febrero de 1996.

³⁸ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996, Instituto Nacional de Estadística e Informática, (Lima-Perú) y Macro Internacional Inc. Calverton, Maryland, junio, 1997, p. 104

³⁹ Programa de salud Reproductiva..., op. cit. Ps. 10-11. Véase también el libro Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo 1994. La voz de las mujeres. Movimiento Manuela Ramos y Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima, 1994.

del derecho a decidir, el artículo 2º de la Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM dispone que:

“los establecimientos que dependen del Ministerio de Salud y de las Regiones y Sub Regiones de Salud, deberán suministrar, en forma totalmente gratuita, la más amplia gama de métodos anticonceptivos, a fin de asegurar a las personas su libre e informada elección”.

3. La falta de seguimiento después de la intervención quirúrgica

Ha habido campañas de ligadura de trompas en las que las ejecutoras del Programa de Planificación Familiar han tocado la puerta de las casas de las potenciales usuarias. Sin embargo, no siempre han realizado el seguimiento domiciliario a las usuarias que no regresaban al control post operatorio. Dos de las mujeres entrevistadas por la Defensoría del Pueblo sostuvieron que no regresaron al control porque no tenían dinero para el pasaje, o porque no sabían que debían hacerlo.

Teniendo en cuenta que el Programa de Planificación Familiar está dirigido a los sectores de escasos recursos, si el usuario/a no regresa al centro de salud para el control correspondientes, éste debe realizarse en el domicilio de tal usuario/a. Así lo establece el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV.⁴⁰

Aunque los casos que se conocen de mujeres que han presentado complicaciones no sea elevado, deben adoptarse las medidas correctivas necesarias para evitar tales complicaciones, pues estamos ante titulares de derechos humanos, a quienes, dependiendo de los casos, se habría vulnerado el derecho a la vida, a la integridad, y a la salud, reconocidos en los artículos 2º inciso 1) y 7º de la Constitución.

4. Las metas referidas a los métodos de planificación familiar.

El Ministerio de Salud ha fijado metas de cobertura de métodos de planificación familiar. En dichas metas sólo se incluye a mujeres en edad fértil, en ningún caso a hombres:

- Alcanzar una cobertura de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces no menor al 50% de las MEF⁴¹ y el 70% de las MEF en unión.
- Alcanzar una cobertura de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces no menor al 60% de las mujeres adolescentes unidas⁴².

⁴⁰ Manual de Normas y Procedimientos..., op. cit., p. 35

⁴¹ Mujeres en edad fértil

⁴² Programa de Salud Reproductiva..., op. cit., p. 26

Según el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, las mujeres en edad fértil constituyen el 26% de la población total. Es decir 6'875,000 mujeres para el año 2,000. Por lo tanto la meta es que 3'437,500 peruanas estén cubiertas con métodos anticonceptivos al año 2,000. Pero como esta cifra se refiere a las mujeres en edad fértil, están también incluidas las niñas y las adolescentes, dado que una mujer puede ser fértil desde los 10 años.

Se ha sostenido que no existe una meta de intervenciones quirúrgicas voluntarias⁴³. Sin embargo en el Anexo 3 (Guía de autoevaluación de actividades de AQV) del Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV, se lee lo siguiente⁴⁴:

“(...) Objetivo:

Evaluar si actividades de atención en salud están contribuyendo al logro de las metas programadas.

- Si mi producción es menor al 80% de la meta programada significa que es necesario reevaluar el proceso.

(...)

1 Atención a pacientes

(...)

b) Meta programada de AQV en el establecimiento:

Estimación de candidatas para AQV:

Nº de pacientes captados para AQV:

Nº de pacientes sometidos al procedimiento AQV:

Producción”:

Método	Número	Meta	%
BTB			
VASECTOMÍA			
TOTAL			

Si no existiera una meta numérica para los métodos quirúrgicos, este anexo no figuraría en el Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

Adicionalmente, si estamos ante un programa de planificación familiar, tampoco resulta razonable que las metas de cobertura de anticonceptivos sólo estén referidas a las personas

⁴³ Recordemos que contrariamente a esta afirmación, el Jefe del Puesto de Salud de Mallarios sostuvo que la meta para AQV en este centro de salud había sido fijada en 70 intervenciones para 1997

⁴⁴ Manual de Normas y Procedimientos ..., op. cit., p. 44

de sexo femenino, y no haya ninguna alusión a los hombres en edad fértil. Este tratamiento diferenciado a las mujeres es discriminatorio, pues orienta las acciones del programa hacia ellas.

Por otro lado, según el artículo 6º de la Constitución, la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y la maternidad responsables. Sin embargo al excluirse la referencia a los métodos anticonceptivos usados por los hombres, se deja de lado la difusión y promoción de la paternidad responsable.

Hay en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar otra meta que debe ser revisada:

- Lograr que el 100% de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro luego de haber tenido consejería individual.

Esta meta, que tiene como objetivo que la totalidad de las citadas usuarias emplee determinados métodos anticonceptivos, puede suponer la vulneración de los derechos al libre desarrollo de la persona y a la libertad de conciencia y religión.

La existencia de estas metas no sólo puede vulnerar derechos fundamentales, sino originar excesos en la ejecución del programa de planificación familiar, máxime cuando el propio programa, utilizando un lenguaje más compulsivo que programático, señala que hay que “alcanzar” y “lograr” tales metas. Similar lenguaje es utilizado en el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de A.Q.V., que se refiere a la “producción” de intervenciones, al porcentaje logrado de la meta programada y al número de pacientes “captados”.

Cabe recordar que en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se estableció que:

“los objetivos demográficos, aunque sean un propósito legítimo de las estrategias estatales de desarrollo, no deberían imponerse a los proveedores de servicios de planificación de la familia en forma de metas o de cuotas para conseguir clientes”⁴⁵.

VIII. CONCLUSIONES.

⁴⁵ Informa de la Conferencia Internacional sobre la Población..., op. cit., p. 44

1. El derecho al libre desarrollo de la persona así como el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener, recogidos en el artículo 2º inciso 1) y en el artículo 6º de la Constitución, permiten que hombres y mujeres puedan elegir libremente los métodos anticonceptivos que desean utilizar, incluyendo los definitivos.
2. En los casos de muertes producidas como consecuencia de intervenciones quirúrgicas que no hubieran cumplido los estándares de calidad aceptados, o de complicaciones que no hubieran sido debidamente atendidas, se ha violado el derecho a la vida regulado en el artículo 2 inciso 1) de la Constitución, y se ha cometido delito contra la vida, el cuerpo y la salud. Corresponde, en consecuencia, a las autoridades jurisdiccionales determinar la responsabilidad penal en cada caso.
3. La esterilización involuntaria vulnera los derechos fundamentales a la integridad física y al libre desarrollo de la persona, reconocidos en el artículo 2 inciso 1) de la Constitución, y constituye delito contra la vida, el cuerpo y la salud. Corresponde igualmente a las autoridades jurisdiccionales determinar la responsabilidad penal en cada caso.
4. A fin de garantizar la libre elección de las personas, el Estado no puede privilegiar el uso de algún método de planificación familiar en desmedro de los otros.
5. El consentimiento de las personas no sólo debe ser expreso sino informado. Ello supone la obligación de los ejecutores del Programa de Planificación Familiar de explicar todos los métodos de planificación familiar, sus riesgos y beneficios, incluyendo los métodos naturales.
6. Dado que la elección de un método anticonceptivo definitivo afectará la vida de la personas de manera determinante, dicha elección debe ser hecha sólo por personas mayores de edad; y, para que la decisión sea debidamente meditada, debe mediar un plazo razonable entre la firma de la autorización y la intervención quirúrgica.
7. Los testimonios recogidos ponen de manifiesto que en los casos investigados, algunas disposiciones contenidas en el Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, han sido incumplidas. Dichos testimonios coinciden en afirmar que no se ha cumplido con brindar la información completa sobre los distintos métodos de planificación familiar, y que no se han dado las instrucciones pre y post operatorias por escrito. La mayoría sostiene que tampoco se han realizado las visitas de seguimiento al domicilio de las usuarias. Dos de ellos proporcionan versiones en el sentido de que se habría ofrecido alimentos a cambio de que la usuaria se esterilizara.

8. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, al establecer metas de servicios referidas sólo a las mujeres en edad fértil, orienta sus acciones discriminatoriamente hacia las mujeres, olvidando que las políticas públicas de planificación familiar también deben dirigirse a los hombres.
9. La existencia de metas numéricas de cobertura de métodos anticonceptivos puede resultar violatorias de los derechos constitucionales, y dar origen a excesos en la aplicación del programa de planificación familiar.

IX. RECOMENDACIONES

1. PROPONER a la Dirección de Planificación familiar del Ministerio de Salud, que el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) sea modificado a fin de:
 - 1.1 Exigir como requisito para someterse a la anticoncepción quirúrgica voluntaria, ser mayor de edad, y dar prioridad a las personas después que hayan tenido cuando menos dos hijos;
 - 1.2 Establecer claramente que la consejería previa a la anticoncepción quirúrgica voluntaria sea llevada a cabo en dos sesiones distintas, como mínimo; y,
 - 1.3 Fijar un plazo razonable entre la fecha en que se firma la autorización y el día en que se lleva a cabo la intervención quirúrgica, que permita la reflexión y el ejercicio consciente de la libre elección salvo en los casos de necesidad comprobada por haberse practicado cesáreas sucesivas con anterioridad.
2. RECOMENDAR al Ministro de Salud lo siguiente:
 - 2.1 Sustituir las campañas destinadas exclusivamente a promover la ligadura de trompas y la vasectomía por otras que difundan la planificación familiar en general - sin privilegiar ningún método a fin de garantizar el derecho de toda persona a elegir el método anticonceptivo de su preferencia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 6º de la Ley N° 26842.
 - 2.2 Formular las metas de los programas reemplazando las actualmente establecidas – como por ejemplo la cantidad de personas que deben ser captadas- por otras de carácter programático basadas en estimaciones de la demanda de cada uno de los métodos anticonceptivos, con explícita cobertura a hombres y mujeres.
 - 2.3 Modificar el logro general del programa expresado en que el 100% de las pacientes con atención institucional de parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro, por otro logro en el que se establezca que dicho porcentaje debe egresar habiendo sido debidamente informado de todos los métodos de planificación familiar.
 - 2.4 Adoptar nuevas metas cuantitativas en términos de cobertura de información de planificación familiar, tanto para hombres cuanto para mujeres.

- 2.5 Establecer en el presupuesto del sector o del Programa Nacional de Planificación Familiar los recursos necesarios para indemnizar a las personas –o a los familiares del ser el caso- que hubieran sido esterilizadas sin su consentimiento, sufrido complicaciones o fallecido como consecuencia de intervenciones que no hubieran cumplido con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales, en atención a lo dispuesto en los artículos 2° y 4° de la Ley N° 26842.
3. FORMULAR al Ministro de Salud y a los responsables del Programa Nacional de Planificación Familiar los siguientes recordatorios de sus deberes legales, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 26° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo.
- 3.1. Vigilar que las personas usuarias de los servicios de planificación familiar sean adecuadamente informadas de todos y cada uno de los métodos, incluyendo los naturales, según lo establecido en el artículo 6° de la Ley N° 26842; y sobre la posibilidad de adoptarlos o rechazarlos en virtud de lo dispuesto por el artículo 2°, incisos 1) y 24), literal a) de la Constitución.
- 3.2. Resguardar la libre elección de las personas, sancionando la entrega de cualquier tipo de bienes o servicios, como estímulo para el uso de métodos anticonceptivos, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 28° del Decreto Legislativo N° 346.
- 3.3. Establecer que se entregue por escrito las instrucciones pre y post operatorias, y garantizar un adecuado seguimiento a las personas que optan por los métodos definitivos, incluyendo visitas domiciliarias, de conformidad con lo dispuesto en los capítulos 2° y 7° del manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
- 3.4. Disponer las investigaciones correspondientes y sancionar a los funcionarios y servidores públicos que no hayan cumplido las disposiciones del Manual de Normas y Procedimientos para >Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, ni observado la legislación vigente en esta materia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 21° del decreto Legislativo N° 276.
- 3.5. Garantizar que todos los centros de salud del país, cuenten con la más amplia gama de métodos anticonceptivos, de conformidad con el artículo 2° de la Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM.
- 3.6. Informar a todos los centros de salud del país que el Programa de Planificación Familiar asumirá gratuitamente la totalidad de Planificación Familiar asumirá gratuitamente la totalidad de los costos de las complicaciones que pudieran presentar las personas usuarias después de la intervención quirúrgica, los mismos que incluyen los costos de traslado, medicamentos e intervención quirúrgica, de ser necesario.
4. EXHORTAR a los representantes del Ministerio Público y del Poder Judicial para que investiguen adecuadamente las causas de la muerte de las mujeres que fueron sometidas a una intervención de ligadura de trompas, las razones de las complicaciones sufridas después de la intervención quirúrgica y los casos de esterilización involuntaria, siempre que se presuma la existencia de un delito.

5. RECORDAR a los funcionarios del Ministerio de Salud, de las Regiones y Subregiones de Salud, que en virtud del deber de cooperación establecido en el artículo 161° de la Constitución, y en los artículos 16° y 17° de la Ley N° 26520, están obligados a proporcionar la información que requiera la Defensoría del Pueblo, incluyendo las historias clínicas de las usuarias.
6. URGIR al Director de Programas Sociales y del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, para que en cumplimiento del artículo 161° de la Constitución y de los artículos 16° y 17° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, remita la información solicitada por nuestra institución mediante Oficio N° 202-97-DP-DA de 4 de noviembre de 1997, referida a:
 - El número de hombres y mujeres, por separado, que se han acogido al Programa de Planificación Familiar;
 - Las edades de tales personas;
 - Porcentaje de los métodos anticonceptivos elegidos; y
 - Provincias en las que estas personas han sido atendidas.
7. RECORDAR a los profesionales, técnicos y auxiliares, encargados de ejecutar el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, que de acuerdo con el artículo 36° de la Ley N° 26842, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.
8. INVOCAR a la Comisión de la Mujer, Desarrollo Humanos y Deporte y a la Comisión de Salud del Congreso de la República, para que de conformidad con lo establecido en el artículo 112° de la Constitución, y en los artículos 2° y 5° del Reglamento del Congreso de la República, continúen llevando a cabo una permanente fiscalización del cumplimiento de la legislación vigente en materia de planificación familiar.
9. EXHORTAR a las personas y organizaciones de la sociedad civil que conozcan casos en los que se haya esterilizado a mujeres sin su consentimiento, sin contar con la información suficiente, a cambio de alimentos, o en los que la intervención quirúrgica haya presentado complicaciones, a que presenten su queja ante la Defensoría del Pueblo para llevar a cabo la investigación correspondiente de conformidad con la presente Resolución.

X. DESTINATARIOS DEL INFORME Y DEL DEBER DE COOPERACIÓN CON LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO.

El presente informe será remitido a las siguientes autoridades y funcionarios:

- Presidente de la República.
- Presidente de la Corte Suprema de la República.
- Presidente del Consejo de Ministros.
- Ministro de Salud.
- Ministra de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano.
- Presidente de la Comisión de Salud del Congreso de la República.
- Presidente de la Comisión de Derechos Humanos y Pacificación del Congreso de la República.
- Presidenta de la Comisión de la Mujer, Desarrollo Humano y Deporte del Congreso de la República.
- Fiscal de la Nación.
- Presidente de la Comisión Ejecutiva del Ministerio Público.
- Vice Ministro de Salud.
- Presidenta del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Director del Programa de Servicios Sociales y Planificación Familiar del Ministerio de Salud.
- Directores Regionales de Salud.

En consecuencia, y conforme se desprende del deber de cooperación para con la Defensoría del Pueblo, establecido en el artículo 161º de la Constitución y en los artículos 16º, 17º y 26º de la Ley N° 26520, los destinatarios del presente informe proporcionarán a la brevedad posible la información acerca de las medidas adoptadas con relación a los hechos investigados y a las recomendaciones formuladas, a fin de poder realizar el seguimiento necesario e incluirlos en el Informe Anual que el Defensor del Pueblo presenta al Congreso.

Lima, 20 de enero de 1998

GRAFICO I. Fotografías de las Campañas de Ligadura de trompas



YANAOCA (CUSCO, CUSCO) 24-29 DE MAYO DE 1996

GRAFICO II



SAN LORENZO (ALTO AMAZONAS, LORETO) OCTUBRE DE 1996

GRAFICO III



HUANSANCOS (HUANSANCOS, AYACUCHO) 10 Y 12 DE JULIO
DE 1996

GRAFICO IV



LA ESPERANZA (REGIÓN CHAVÍN) 17 DE AGOSTO DE 1997



GRAFICO V



JULCÁN (JULCÁN, LA LIBERTAD) 12 Y 13 DE SETIEMBRE DE 1996

GRAFICO VI



YARINACOCHA (CORONEL PORTILLO, UCAYALI) 4-9 DE MAYO

GRAFICO VII



SAN RAMÓN (CHANCHAMAYO, JUNÍN)

SEGUNDA PARTE

ANEXOS

ANEXOS

1. RESOLUCIÓN DEFENSORIAL N° 01-98

Lima, 26 de enero de 1998

VISTO:

El informe final de la investigación sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, elaborado por la doctora Rocío Villanueva Flores, Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo, a partir de las quejas presentadas y de las intervenciones de oficio que la institución ha llevado a cabo en esta materia desde el 24 de Junio de 1997 al 15 de enero de 1998.

CONSIDERANDO:

Primero: competencia de la Defensoría del Pueblo en el ámbito de los derechos fundamentales y constitucionales de la persona y de la comunidad.

En cumplimiento del mandato constitucional de defender los derechos fundamentales y constitucionales de la persona y de la comunidad, así como de supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal, la Defensoría del Pueblo enmarca los resultados de la referida investigación en el ámbito general del artículo 1º de la Constitución que prevé que la defensa de la persona humana y el respecto a su dignidad constituyen el fin supremo de la sociedad y del Estado. En particular, la actuación defensorial se sustenta en los artículos 2º incisos 1), 2) y 3), 6º y 7º de la Carta Fundamental que reconocen los derechos a la vida, a la integridad personal, a la igualdad, a la libertad de conciencia y de religión, a la salud, así como la facultad de decidir en torno a cuándo y cuántos hijos tener. Destaca, finalmente, el concepto contenido en el literal a), del inciso 24 del artículo 2º de la Constitución que consagra el principio de que “nadie está obligado a hacer lo que la ley no manda, ni impedido de hacer lo que ella no prohíbe”.

En consecuencia, conforme lo establece el artículo 162º de la Constitución y lo desarrolla la Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo N° 26520, corresponde verificar si la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria se lleva a cabo respetando a cabalidad tales

derechos y en el ejercicio diligente de los deberes de función de las autoridades, funcionarios y servidores de la administración estatal.

Segundo: relación con los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos.

Tratándose de normas relativas a los derechos fundamentales y constitucionales, corresponde –en virtud del artículo 55º y de la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución- hacer referencia a los artículo 4º, 5º, 7º, 12º y 24º de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que protegen los derechos a la vida, a la integridad, a la libertad personal, a la libertad de conciencia y religión, así como a la igualdad.

Es del caso destacar que, el artículo 1º de la citada convención, dispone que los Estados Parte se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona sujeta a su jurisdicción.

En este contexto, es pertinente mencionar la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que establece que los Estados Parte asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

Tercero: actuación defensorial circunscrita a las actividades de anticoncepción quirúrgica.

En cumplimiento de su funciones la Defensoría del Pueblo tomó conocimiento de casos de mujeres esterilizadas sin el debido consentimiento en el marco de los programas de planificación familiar, y realizó las investigaciones correspondientes llegando a la conclusión de que, en los nueve casos, que involucran a otras tantas mujeres –cuyos nombres no se consignan en protección del derecho a la intimidad reconocido en el artículo 2º, inciso 7) de la Constitución- sustentados en el informe referido en la introducción de la presente Resolución, se ha incumplido con los requisitos establecidos en el Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) y se ha vulnerado derechos fundamentales. En este último campo, en especial, el derecho a decidir libremente; pero también el derecho a actuar de conformidad con los dictados de la propia conciencia y de la religión, con afectación adicional del derecho a la integridad personal, a la salud y en última instancia a la vida. Lo anterior, merece la mayor consideración de la Defensoría del Pueblo aunque se sustente en un número reducido de casos.

Efectivamente, según cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud, los anticonceptivos más usados por las mujeres del Perú en el marco de los programas de su sector son: los inyectables (336,502 personas), las píldoras (231,813), el dispositivo intrauterino (186,946) y la anticoncepción quirúrgica voluntaria (110,186). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996, este último es el tercer método de preferencia de potenciales usuarias. De allí que las conclusiones referidas a la anticoncepción quirúrgica voluntaria deben merecer la mayor preocupación por parte de la administración estatal, de las autoridades jurisdiccionales y fiscalizadoras así como de la opinión pública, debido al carácter irreversible del anticonceptivo que afecta de manera determinante la vida reproductiva de las personas.

Las intervenciones quirúrgicas son, además, objetadas por sectores importantes de la vida nacional desde el punto de vista religioso y cultural. Y, por añadidura, la trascendencia de los derechos fundamentales involucrados y de las políticas públicas que pueden afectarlos, hace ineludible la intervención defensorial para reclamar del Estado una diligencia extrema en la aplicación del Programa de Salud Reproductiva y de Planificación Familiar 1996-2000, en especial de los métodos anticonceptivos definitivos. Así lo demanda, no solamente las prácticas de buen gobierno que deben caracterizar a la administración del Estado, sino el deber de autoridades y funcionarios de permitir el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos de todos los peruanos y peruanas sin distinción.

Cuarto: régimen legal sobre planificación familiar en el Perú.

Además de las normas constitucionales y de los tratados internacionales antes mencionados, son de aplicación en esta investigación:

- El Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población, de 5 de julio de 1985, que establece en el artículo 1º inciso 2) que dicha norma legal tiene por objetivo promover y asegurar la decisión libre, informada y responsable de las personas y las parejas sobre el número y espaciamiento de los nacimientos;
- Ley N° 25530, de 8 de setiembre de 1995, que modificó la Ley de Política Nacional de Población, excluyendo sólo al aborto como método de planificación familiar;
- La Ley N° 26842, Ley General de Salud, de 15 de julio de 1997, que establece que toda persona tiene derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los métodos naturales;
- La Resolución Ministerial N° 572-95 SA/DM de 17 de agosto de 1995, que dispone que el Ministerio de Salud, las Regiones y Subregiones de Salud, deberán suministrar, en forma totalmente gratuita, la más amplia gama de métodos anticonceptivos, a fin de

asegurar a las personas su libre e informada elección;

- La Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM, de 06 de febrero de 1996, que aprueba el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000.
- Resolución Directoral N° 001-DGSP de 29 de febrero de 1996, que señala que para acceder a los métodos anticonceptivos quirúrgicos no es necesaria la autorización del cónyuge, conviviente o pareja; y
- El Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), elaborado por la Dirección del Programa Nacional de Planificación Nacional del Ministerio de Salud, que regula los lineamientos y normas técnicas para la realización de tal intervención quirúrgica.

Quinto: consideración sobre los derechos reproductivos, la libertad individual y la libertad de conciencia.

El artículo 6º de la Constitución reconoce el derecho de las personas y familias a decidir cuándo y cuántos hijos tener, estableciendo que el Estado debe asegurar los programas de educación y la información adecuados, así como el acceso a los medios que no afecten la vida o la salud de las personas. No está en cuestión, en consecuencia, el derecho de mujeres y hombres a elegir los métodos de planificación familiar que consideren más adecuados, incluyendo la anticoncepción quirúrgica voluntaria, en cumplimiento del Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población, y de la Ley N° 25530, que excluye únicamente al aborto como método de planificación familiar.

Sin embargo, el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas se traduce en actos de naturaleza individual, que afectan su vida íntima y que por lo tanto deben ser respetuosos de la autonomía del individuo y de la libertad de conciencia y de religión, así como de las consideraciones culturales del caso. De aquí que la labor desarrollada por las Comisiones de Salud y de la Mujer, Desarrollo Humano y Deporte del Congreso de la República, unida a la intervención de la Iglesia Católica, de distinguidas personalidades y de los medios de comunicación hayan planteado una voz de alerta a favor del respeto a la decisión libre y consciente de los usuarios y usuarias del programa de planificación familiar, en particular, de aquellos métodos irreversibles.

En este contexto el derecho a la libertad de elección requiere que las personas sean informadas sobre todos los métodos legales de planificación familiar, incluyendo sus beneficios y riesgos, tengan acceso gratuito a ellos, y cuenten con las suficientes garantías para poder emplearlos y rechazarlos. Así lo demanda en esta delicada materia la concepción constitucional de respeto a la dignidad de la persona, recogida en el artículo 1º

de la Carta Política.

Sexto: problemas detectados en la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

La investigación permite concluir, además, que en los casos investigados la aplicación de la anticoncepción quirúrgica ha presentado problemas principalmente originados en:

a) Falta de garantías para la libre elección.

La consejería previa prevista teóricamente en el Manual ha sido insuficiente pues en los casos bajo estudio no se ha informado sobre todos los métodos anticonceptivos. Tampoco ha habido un plazo razonable entre la fecha en que la mujer consiente y el día de la intervención quirúrgica, poniendo en duda la posibilidad de reflexionar serenamente en torno a la decisión de optar por un método irreversible o por otros temporales a disposición de la población. Por último, se ha recibido versiones sobre el ofrecimiento de estímulos en alimentos a cambio de la intervención quirúrgica;

b) Tendencia compulsiva en la aplicación del programa.

La prioridad otorgada a los programas de planificación familiar, unida al sistema de metas en su ejecución, permite concluir que se dan las condiciones como para que se desarrolle una tendencia compulsiva en los ejecutores del programa que puede ser percibida como coercitiva, lo que afecta la libre elección de las personas a quienes no se les daría la opción entre someterse al programa o no hacerlo y, en el primer caso entre adoptar un método irreversible o utilizar alguno de los otros no definitivos;

c) Campañas destinadas exclusivamente a la ligadura de trompas y, en menor medida, a la vasectomía.

Estas campañas han privilegiado el uso de los métodos definitivos en desmedro de los temporales, poniendo en peligro el derecho a la libertad de opción de las personas. Durante la investigación la Defensoría del Pueblo obtuvo fotografías de campañas de ligaduras de trompas y vasectomía –en algún caso llamadas festival- llevadas a cabo en:

- Julcán (Julcán, La Libertad) 12 y 13 de setiembre de 1996.
- Yanaoca (Cusco, Cusco) 24 al 29 de mayo de 1996.
- San Lorenzo (Alto Amazonas, Loreto) octubre 1996.
- Huancasancos (Huancasancos, Ayacucho) 10 y 11 de julio de 1996.

- La Esperanza (Región Chavín), 17 de agosto de 1997.
- Yarinacocha (Coronel Portillo, Ucayali) 4 al 9 de mayo.
- San Román (Chanchamayo, Junín).

d) Metas establecidas como cantidades de mujeres que necesariamente deben utilizar determinados métodos anticonceptivos.

Resultan especialmente preocupantes las siguientes que se encuentran previstas en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000:

- Lograr que el 100% de las pacientes con atención institucional de parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro luego de haber tenido consejero individual.
- Alcanzar una cobertura de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces no menor al 50% de las mujeres en edad fértil, y al 70% de las mujeres en edad fértil en unión.
- Alcanzar una cobertura de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces no menor al 60% de las mujeres adolescentes unidas.

Estas metas referidas solamente a mujeres, redactadas además en un lenguaje más compulsivo que programático, vulneran el derecho a la igualdad y pueden afectar seriamente los derechos a la libre opción, así como a la libertad de conciencia y de religión; y

e) Falta de seguimiento posterior a la intervención quirúrgica.

Si bien las campañas de ligadura de trompas se han hecho casa por casa, no siempre los ejecutores del programa han regresado al domicilio de las usuarias que han sido objeto de la investigación defensorial para garantizar un adecuado seguimiento y así prevenir complicaciones posteriores.

Séptimo: deber de cooperación.

De acuerdo con el artículo 161º de la Constitución, y los artículos 16º y 17º de la Ley N° 26520, los órganos públicos están obligados a colaborar con la Defensoría del Pueblo cuando ésta lo requiera. En cumplimiento de este deber, en el transcurso de la investigación defensorial se logró que el Director de Programas Sociales y del Programa

Nacional de Planificación Familiar informara, mediante Oficio N° 1267-97-DGSP-DPS-PF de 17 de setiembre de 1997, que el Ministerio de Salud había dispuesto que el Programa de Planificación Familiar asuma la totalidad de los costos de las complicaciones que se pudieran presentar después de toda intervención de ligadura de trompas, que incluyen costos de traslado, medicamentos y de ser necesario una nueva intervención quirúrgica.

Octavo: requerimiento a los funcionarios y entidades de la empresa estatal.

Corresponde en consecuencia plantear los requerimientos necesarios al interior de la Defensoría del Pueblo y a las correspondientes autoridades, funcionarios y servidores de la administración estatal, a efecto de garantizar el respeto a los derechos fundamentales y constitucionales involucrados en los programas de planificación familiar, especialmente en la promoción y ejecución de acciones de anticoncepción quirúrgica voluntaria.

SE RESUELVE:

Articulo Primero.- ENCOMENDAR a la Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer, que mantenga un sistema de vigilancia y seguimiento especial de las quejas y denuncias sobre la afectación del derecho a la libre elección en el Marco del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1996-2000 mediante fórmulas de:

- a) SUPERVISIÓN PREFERENTE del cumplimiento de los deberes de función de las autoridades, funcionarios y servidores responsables de la ejecución del tal programa;
- b) SEGUIMIENTO ANTE LAS INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS Y JURISDICCIONALES de las investigaciones correspondientes de los casos detectados en el transcurso de la investigación u otros que se presenten en el futuro en los que se haya afectado derechos constitucionales y fundamentales de las personas que deciden someterse o no someterse a programas de planificación familiar; y
- c) COOPERACIÓN con organizaciones no gubernamentales, colegios, profesionales, asociaciones religiosas, así como con la Iglesia Católica y los medios de comunicación que faciliten la acción de fiscalización social en favor del ejercicio libre y consciente de los derechos reproductivos consagrados en la Constitución

Articulo Segundo.- ENMARCAR dicho sistema de vigilancia y seguimiento en la tutela de los derechos fundamentales y en la supervisión de la administración estatal en relación a los siguientes principios:

- a) ACCESO de las personas a TODOS LOS MÉTODOS de planificación familiar autorizados por la Ley, sin que el Estado privilegie ninguno de ellos, en cumplimiento del Artículo 6º de la Constitución;
- b) LA INFORMACIÓN brindada en torno a los beneficios y riesgos de cada uno de ellos, así como a las GARANTIAS para una DECISIÓN MEDITADA en los casos de adopción de métodos quirúrgicos irreversibles, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 2º incisos 1) y 24), literal a) de la Constitución;

- c) La posibilidad de ADOPTAR o RECHAZAR los métodos de planificación familiar, en ejercicio irrestricto del derecho a la libertad de conciencia y de religión que la Constitución garantiza en el inciso 3) del Artículo 2º.

Articulo Tercero.- APPROBAR el documento final de la investigación titulada “Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria: los casos investigados por la Defensoría del Pueblo” y disponer su difusión entre los funcionarios e instituciones del Estado competentes.

Articulo Cuarto.- PROPONER a la Dirección de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, que el Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) sea modificado a fin de:

- a) Exigir como requisito para someterse a la anticoncepción quirúrgica voluntaria, **ser mayor de edad, y dar prioridad a las personas después que hayan tenido cuando menos dos hijos;**
- b) Establecer claramente que la **conserjería previa** a la anticoncepción quirúrgica voluntaria sea llevada a cabo **en dos sesiones distintas, como mínimo;** y
- c) Fijar un plazo razonable entre la fecha en que se firma la autorización y el día en que se lleva a cabo la intervención quirúrgica, **que permita la reflexión** y el ejercicio consciente de la libre elección, salvo en los casos de necesidad comprobada por haberse practicado cesáreas sucesivas con anterioridad.

Articulo Quinto.- RECOMENDAR al Ministro de Salud:

- a) SUSTITUIR las campañas destinadas exclusivamente a promover la ligadura de trompas y la vasectomía por otras que difundan la planificación familiar en general- sin privilegiar ningún método- a fin de garantizar el derecho de toda persona a elegir el método anticonceptivo de su preferencia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 6º de la Constitución y 6º de la Ley N° 26842;
- b) REFORMULAR las metas de los programas reemplazando las actualmente establecidas - como por ejemplo la cantidad de personas que deben ser captadas- por otras de carácter programático basadas en estimaciones de la demanda de cada uno de los métodos anticonceptivos, con explícita cobertura a hombres y mujeres;
- c) MODIFICAR el logro general del programa expresado en que el 100% de las pacientes con atención institucional de parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro por otro logro en el que se establezca que dicho porcentaje debe egresar habiendo sido debidamente informado de todos los métodos de planificación familiar;
- d) ADOPTAR nuevas metas cuantitativas en términos de cobertura de información sobre todos los métodos de planificación familiar, tanto para hombres cuanto para mujeres; y
- e) ESTABLECER en el presupuesto del sector o del Programa Nacional de Planificación Familiar los recursos necesarios para indemnizar a las personas –o a los familiares de ser el caso- que hubieran sido esterilizadas sin su consentimiento, sufrido complicaciones o fallecido como consecuencia de intervenciones que no hubieran cumplido con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales, en atención a lo dispuesto en los artículos 2º y 4º de la Ley N° 26842.

Artículo Sexto.- FORMULAR al Ministro de Salud y a los responsables del Programa Nacional de Planificación Familiar los siguientes RECORDATORIOS DE SUS DEBERES LEGALES, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 26º de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo:

- a) VIGILAR que las personas usuarias de los servicios de planificación familiar sean adecuadamente informadas de todos y cada uno de los métodos, incluyendo los naturales, según lo establecido en el artículo 6º de la Ley N° 26842; y sobre la posibilidad de adoptarlos o rechazarlos en virtud de lo dispuesto por el artículo 2º, incisos 1) y 24), literal a);
- b) RESGUARDAR la libre elección de las personas, sancionando la entrega de cualquier tipo de bienes o servicios, como estímulo para el uso de métodos anticonceptivos, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 28º del Decreto Legislativo N° 346;
- c) ESTABLECER que se entregue por escrito las instrucciones pre y post operatorias, y garantizar un adecuado seguimiento a las personas que optan por los métodos definitivos, incluyendo visitas domiciliarias, de conformidad con lo dispuesto en los Capítulos 2º y 7º del Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria;
- d) DISPONER las investigaciones correspondientes, y SANCIÓNAR a los funcionarios y servidores públicos que no hayan cumplido las disposiciones del Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, ni observado la legislación vigente en esta materia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 21º del Decreto Legislativo N° 276;
- e) GARANTIZAR que todos los centros de salud del país cuenten con la más amplia gama de métodos anticonceptivos, de conformidad con el artículo 2º de la Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM; y
- f) INFORMAR a todos los centros de salud del país que el Programa de Planificación Familiar asumirá gratuitamente la totalidad de los costos de las complicaciones que pudieran presentar las personas usuarias después de la intervención quirúrgica, los mismos que incluyen los costos de traslado, medicamentos e intervención quirúrgica, de ser necesario.

Artículo séptimo.- EXHORTAR a los representantes del Ministerio Público y del Poder Judicial para que investiguen adecuadamente las causas de la muerte de las mujeres que fueron sometidas a una intervención de ligadura de trompas, las razones de las complicaciones sufridas después de la intervención quirúrgica, y los casos de esterilización involuntaria, siempre que se presuma la existencia de un delito.

Artículo octavo.- RECORDAR a los funcionarios del Ministerio de Salud, de las Regiones y Subregiones de Salud, que en virtud del deber de cooperación establecido en el artículo 161º de la Constitución, y en los artículos 16º y 17º de la Ley N° 26520, están obligados a proporcionar la información que requiera la Defensoría del Pueblo, incluyendo las historias clínicas de las usuarias.

Artículo noveno.- URGIR al Director de Programas Sociales y del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, para que en cumplimiento del artículo 161º de la Constitución y de los artículos 16º y 17º de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, remita la información solicitada por nuestra institución mediante el Oficio N° 202-97-DP-DA de 04 de noviembre de 1997, referida a:

- El número de hombres y mujeres, por separado, que se han acogido al Programa de Planificación Familiar;
- Las edades de tales personas;
- Porcentajes de los métodos anticonceptivos elegidos; y
- Provincias en las que estas personas han sido atendidas.

Artículo décimo.- RECORDAR a los profesionales, técnicos y auxiliares, encargados de ejecutar el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, que de acuerdo con el artículo 36º de la Ley N° 26842, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.

Artículo undécimo.- INVOCAR a la Comisión de la Mujer, Desarrollo Humano y Deporte y a la Comisión de Salud del Congreso de la República, para que de conformidad con lo establecido en el artículo 112º de la Constitución, y en los artículos 2º y 5º del Reglamento del Congreso de la República, continúe llevando a cabo una permanente fiscalización del cumplimiento de la legislación vigente en materia de planificación familiar y a la Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer la coordinación correspondiente.

Artículo duodécimo.- EXHORTAR a las personas y organizaciones de la sociedad civil que conozcan casos en los que se haya esterilizado a mujeres sin su consentimiento, sin contar con información suficiente, a cambio de alimentos, o en los que la intervención quirúrgica haya presentado complicaciones, a que presenten su queja ante la Defensoría del Pueblo para llevar a cabo la investigación correspondiente de conformidad con la presente Resolución.

Artículo décimo tercero.- REMITIR el informe a que hace referencia el artículo 3º de la presente Resolución a:

- Señor Presidente de la República.
- Señor Presidente de la Corte Suprema de la República.
- Señor Presidente del Consejo de Ministros.
- Señor Ministro de Salud.
- Señora Ministra de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano.
- Señor Presidente de la Comisión de Salud del Congreso de la República.
- Señor Presidente de la Comisión de Derechos Humanos y Pacificación del Congreso de la República.
- Señora Presidenta de la Comisión de la Mujer, Desarrollo Humano y Deporte del Congreso de la República.

- Señor Fiscal de la Nación.
- Señorita Presidenta de la Comisión Ejecutiva del Ministerio Público.
- Señor Vice - Ministro de Justicia.
- Señora Presidenta del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Señor Director del Programa de Servicios Sociales y Planificación Familiar del Ministerio de Salud.
- Señores Directores Regionales de Salud.

Artículo décimo cuarto.- INCLUIR la presente Resolución Defensorial en el informe anual al Congreso de la República, conforme lo establece el Artículo 27º de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

JORGE SANTISTEVAN DE NORIEGA
Defensor del Pueblo

2. RECOMENDACIONES ADOPTADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD

2.1 Carta SA-AM-N° 0284-98

Ministerio de Salud
Despacho Ministerial

Lima, 6 de Marzo de 1998

SA-DM-N° 0284-98

Señor Doctor
JORGE SANTISTEVAN DE NOERIEGA
Defensor del Pueblo
Presente

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo y manifestarle que este Despacho ha tomado nota de la resolución Defensorial N° 01-98, de fecha de Enero de 1998, publicada en el Diario “El Peruano”. La indicada Resolución se basa principalmente en la investigación de 9 casos denunciados a la Defensoría del Pueblo, en los cuales se han incumplido los requisitos establecidos en los Manuales y Normas del Ministerio de Salud.

Queremos reiterarle que el objetivo del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Ministerio de Salud es el de ayudar a los hombres y mujeres a cumplir sus ideales reproductivos en forma sana, segura y responsable, contribuyendo a disminuir la brecha entre la fecundidad en el área reproductiva. Defiende por tanto el derecho de hombres y mujeres a elegir los métodos de planificación familiar más adecuados a sus necesidades, incluyendo la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), teniendo como base fundamental para esta elección el brindar la más amplia información sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles.

En tal sentido, las recomendaciones que la Defensoría del Pueblo ha elaborado guardan plena concordancia con los planes que el Ministerio de Salud se había propuesto y que

fueron expuesto en el Congreso de la república, durante la Sesión de las Comisiones de la Mujer y Salud del 16 de enero de 1998. Considerando estas recomendaciones como altamente positivas y, en tal sentido se han realizado las siguientes acciones:

I. CAMBIO DE NORMATIVIDAD.

A. Modificaciones al Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 – 2000:

Mediante resolución Ministerial N° 076-98-SA/DM, el Ministerio de Salud han modificado la página 27 del documento “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 – 2000”, en el sentido siguiente:

“Lograra que el 100% de pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen habiendo recibido un proceso de consejería individual en Salud Reproductiva, luego del cual inicien un método anticonceptivo todas aquellas pacientes que voluntariamente así lo hayan decidido”.

B. Modificación del Manual de AQV.

El Manual de Normas y Procedimientos de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria ha sido sometido a revisión en su integridad y mediante Resolución Directorial N° 001-98-DGSP ha sido aprobada su segunda edición. Los principales cambios coinciden con las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo y son:

1. Sesión de Consejería. Toda persona que opte por los servicios de AQV debe de haber recibido previamente por lo menos 2 sesiones de consejería:
 - a) Una sesión es donde se brinde información general sobre toda la gama de métodos anticonceptivos de planificación familiar, incluyendo los métodos naturales.
 - b) Una sesión específica que trate aspectos puntuales de la AQV, su irreversibilidad e indicaciones para el pre y post operatorio.
2. El plazo entre la información que se proporciona, la aceptación, (que incluye la firma del usuario), y la intervención misma, debe ser por lo menos de 72 horas.
Sólo existiría dos situaciones en las cuales esta condición se omita:
 - a) La condición de alto riesgo reproductivo acredita por evaluación médica.
 - b) La renuncia expresa del paciente a este plazo y que constará en documento aparte.

3. Modificación de la Hoja de Consentimiento Informado que contiene el Manual de AQV, la cual se adjunta.
4. Entrega de un folleto explicativo al paciente sobre las características de la intervención y los riesgos que ella implica, al momento de la firma del consentimiento informado.
5. El Ministerio de Salud ha establecido los requisitos mínimos de seguridad necesarios para acreditar un establecimiento como un punto de entrega de servicios para AQV femenina. Este sistema estuvo vigente en la primera edición del Manual pero ha sido perfeccionado en función de la seguridad en esta segunda edición.

C. Manual de consejería.

Con el objetivo de mejorar la calidad de información brindada al usuario de métodos anticonceptivos, el Ministerio de Salud ha elaborado el Manual de Consejería en Planificación Familiar. Este manual está dirigido a los proveedores de servicio y normará dichas actividades a fin de lograr el objetivo planteado.

Respecto a la condición de mayoría de edad, que se menciona en la resolución Defensorial, ésta, está claramente definida en la página 15 de la primera edición del Manual de AQV, que oportunamente la hiciéramos llegar. Asimismo los criterios de inclusión consignados en este documento y que han sido recogidos también en la Segunda Edición del Manual, establecen como condición para la operación AQV los siguientes:

1. Mayoría de Edad (sin embargo, se recomienda no operar a pacientes menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo).
2. Que la usuaria/o haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
3. Que haya entendido el significado del consentimiento informado.
4. Que acceda al método en forma voluntaria y sin mediar coacción o estímulo de ningún tipo.
5. Estado de salud que no presenta impedimento en la evaluación clínica.

D. Cambios en la ejecución del programa de planificación familiar.

Campañas: El programa de Planificación Familiar mediante Directiva DGSP-PF-N° 001-98 ha reiterado la prohibición de realizar campañas exclusivas de AQV. Se realizarán campañas integrantes de Salud Reproductiva, con énfasis en aspectos de información y consejería.

Supervisión: La alta Dirección ha dispuesto que el Programa priorice los mecanismos de supervisión a los procedimientos generales de planificación familiar y específicamente en el caso AQV para garantizar:

- La libre decisión de las personas.
- Que se brinde una adecuada información de acuerdo a los niveles culturales de las personas.
- Que no se establezcan estímulos de bienes y servicios de cualquier tipo.
- Que se cumplan con las normas de seguimiento de pacientes operadas, incluyendo visitas domiciliarias en los casos que no acudan a su control.

Metas: El Ministerio de Salud reitera que todo proceso de programación en salud necesita el establecimiento de metas a fin de programar los recursos necesarios para el cumplimiento de objetivos. En el Programa de Planificación Familiar estas metas se han basado en estimaciones de la demanda insatisfecha. Esto no significa el establecimiento de cuotas por unidad operativa o por personal específico y menos el establecimiento de sanciones a quienes no las cumplan como rescisión de contratos, etc. Se establecerán además metas para las actividades de información y consejería en Planificación Familiar bajo la cuantificación de número de personas informadas.

Monitoreo: Para vigilar el cumplimiento de lo anteriormente planteado, el Programa de Planificación Familiar contará con un equipo técnico de expertos que se encargará de la supervisión y evaluación del control de calidad del programa. Se dará prioridad al reforzamiento del sistema de supervisión con énfasis en áreas rurales y urbano marginales. El nivel central conformará equipos de profesionales itinerantes para realizar visitas en estas zonas.

E. Investigación de las denuncias.

La Alta Dirección del Ministerio de Salud ha dispuesto la conformación de una Comisión de Investigación dependiente de Inspectoría General. Esta comisión está conformada por reconocidos profesionales del Colegio Médico del Perú, Sociedad de Gineco Obstetricia y de la Universidad Peruana, quienes ya están trabajando en la determinación de responsabilidades para cada caso.

Se anexa Resolución de conformación de la citada Comisión.

Sin otro particular, renuevo a usted las seguridades de mi mayor consideración.

Atentamente,

MARIO COSTA BAUER
Ministerio de Salud.

2.2 Resolución Ministerial N° 076-98-SA/E

Lima, 06 de marzo de 1998

Visto el oficio DGPS N° 498-)8, del Director general de salud de las Personas,

CONSIDERANDO:

Que el “Programa de salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000”, aprobada por Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM, de fecha 06 de Febrero de 1996, contiene lineamientos de la Política Nacional de Población.;

Que de acuerdo a las evaluaciones efectuadas y así como a las recomendaciones formuladas por la Defensoría del Pueblo, es conveniente modificar en el Título 5. MISION, OBJETIVOS Y METAS, el párrafo N° 11 del Subtítulo Metas de Servicios del referido “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000”;

Estando a lo informado por el Director General de Salud de las Personas; y,
Con la opinión favorable del Vice Ministro de Salud;

SE RESUELVE:

1° Modificar el párrafo N° 11 del Subtítulo Metas de Servicios, del Título 5, MISION, OBJETIVOS Y METAS del “Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar 1996-2000”, aprobado por Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM, el mismo que a partir de la fecha tendrá la siguiente redacción:

“Lograr que el 100% de pacientes con atención institucional del, parto o aborto egresen habiendo recibido un proceso de consejería individual en planificación familiar. Podrán iniciar un método anticonceptivo todas aquellas pacientes que voluntariamente así lo decidan”.

La Dirección de Programas Sociales de la Dirección General de Salud de las Personas, velará por el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en el numeral primero de la presente Resolución.

Regístrese y Comuníquese.

MARIO COSTA BAUER
Ministro de Salud

3. LEGISLACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

3.2 Ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo N° 346.

POR CUANTO:

El congreso de la República del Perú, de conformidad con lo previsto en el artículo 188 de la Constitución Política, por Ley 24077, promulgada el 14 de enero de 1985, constituyó una Comisión conformada por cinco Senadores, cinco Diputados y cinco delegados del Poder Ejecutivo, para que elaboren el Proyecto de Ley de Política Nacional de Población, delegando en el Poder Ejecutivo la facultad de promulgar la Ley de Política Nacional de Población en el plazo de 180 días, a partir de la vigencia de la Ley N° 24077;

Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros;

Ha dado el decreto Legislativo siguiente:

LEY DE POLÍTICA NACIONAL DE POBLACIÓN

TITULO PRELIMINAR

Artículo I.- Las normas básicas que regulan la aplicación de los principios generales en que se sustente la Política Nacional de Población están contenidas en esta Ley.

Artículo II.- La Política Nacional de Población tiene por objeto planificar y ejecutar las acciones del Estado relativas al volumen, estructura, dinámica y distribución de la población en el territorio nacional.

Artículo III.- LA Política Nacional de Población se adhiere a los Tratados Internacionales ratificados por el Perú, y se sujeta a la Constitución Política de la República y a las disposiciones de esta Ley.

Artículo IV.- La Política Nacional garantiza los derechos de la persona humana:

1. Ala vida. El concebido es sujeto de derecho desde la concepción.
2. A formar su familia y al respeto de su intimidad.
3. A la libre determinación del número de sus hijos.
4. A la salud integral y al libre desenvolvimiento de su personalidad.
5. A habitar un ambiente saludable y ecológico equilibrado.
6. Al trabajo y a la seguridad social para alcanzar un nivel de vida que le permita asegurar su bienestar y el de su familia.
7. A poseer una vivienda decorosa.
8. A elegir su lugar de residencia y a transitar libremente por el territorio nacional.
9. A la igualdad ante la ley, sin discriminación alguna.
10. A la educación y la cultura.
11. A los demás reconocidos por la Constitución o inherentes a la dignidad humana.

Artículo V.- El Estado ampara prioritariamente:

1. A la madre, al niño, al adolescente y al anciano.
2. Al matrimonio y a la familia; y

3. A la paternidad responsable.

Artículo VI.- La Política Nacional de Población excluye el aborto y la esterilización como método de planificación familiar.

Artículo VII.- Las normas de esta Ley son de orden público.

TITULO I OBJETIVOS

Artículo 1º.- La presente Ley tiene los siguientes objetivos:

1. Promover una equilibrada y armónica relación entre el crecimiento, estructura y distribución territorial de la población, y el desarrollo económico y social, teniendo en cuenta que la economía está al servicio del hombre.
2. Promover y asegurar la decisión libre, informada y responsable de las personas y las parejas sobre el número y espaciamiento de los nacimientos proporcionados para ello los servicios educativos y la salud, para contribuir a la estabilidad y la solidaridad familiar y mejorar la calidad de vida.
3. Lograr una educación significativa de la morbi - mortalidad, especialmente entre las madres y los niños, mejorando los niveles de salud y de vida de la población.
4. Lograr una mejor distribución de la población en el territorio en concordancia con el uso adecuado de los recursos, el desarrollo regional y la seguridad nacional.

TITULO II POLÍTICAS DE POBLACIÓN

CAPÍTULO I FAMILIA

Artículo 2º.- El Estado fortalece la familia como unidad básica de la sociedad, promoviendo y apoyando su estabilidad y constitución formal. Ejecuta para ese efecto acciones que faciliten a las parejas la toma de conciencia sobre el valor y derecho de los hijos sobre su crianza y socialización como responsabilidad tanto del varón como de la mujer, sobre el trato igualitario de ambos sexos como garantía de una mayor armonía y estabilidad en el desarrollo de la pareja, para fomentar los lazos de solidaridad entre todos los miembros de la familia

Artículo 3º.- El Estado garantiza el ejercicio de la paternidad responsable por ésta el derecho básico de la pareja a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de su hijo, y el deber que tiene los padres a educarlos y atender adecuadamente las necesidades esenciales de los mismos.

Artículo 4º.- El Estado garantiza un proceso rápido y seguro de adopción y de custodia de menores, y que éstas recaigan en personas idóneas.

Artículo 5°.- El Estado fomenta y apoya la generación de servicios públicos y privados de atención a los menores en situación de abandono y orfandad como complemento de la adopción y custodia. Igualmente, fomenta y apoya la generación de servicios de casas cunas y guarderías y comedores infantiles, como una medida de apoyo a las parejas de bajos ingresos en particular a las madres solteras y abandonadas.

Artículo 6°.- La atención a la tercera edad es garantizada a través de la promoción y apoyo a programas integrales para la población anciana del país.

Artículo 7°.- Los Planes y Programas de Desarrollo, deben considerar acciones destinadas a lograr el desarrollo integral de la mujer, a través de medidas que le proporcionen análogas y efectivas oportunidades y derechos que al varón y que impulsan su mayor participación e igualdad social y económica.

Artículo 8°.- Se reconoce y revalora el trabajo doméstico familiar como una contribución al proceso económico del país, el cual será asumido tanto por el hombre como la mujer.

Artículo 9°.- Los programas de alfabetización, de capacitación laboral, y de educación sexual y familiar, se orientan a elevar los niveles educativos de la población, sobre todo la femenina.

Artículo 10°.- La madre trabajadora, tiene condiciones especiales de trabajo consagradas en la legislación laboral, la cual garantiza que no sea discriminatoria en sus oportunidades de empleo.

CAPÍTULO II EDUCACIÓN DE POBLACIÓN

Artículo 11°.- Se garantiza el desarrollo de programas de educación en materia de población en todos los niveles y modalidades del sistema educativo, que comprendan los aspectos socio-demográficos, de educación familiar y sexual y de medio ambiente.

Artículo 12°.- Son objetivos de la educación en población.

- a) Contribuir a la capacitación integral de la población para asumir libre y responsablemente sus roles en el mejoramiento de la vida familiar y social.
- b) Lograr una mejor calidad de vida familiar y social a través de un esfuerzo educativo que permita crear conciencia de la dignidad de la persona humana, y formar actitudes positivas hacia la paternidad responsable, el sentido y el valor de la sexualidad y la comprensión de las causas y efectos de la dinámica poblacional y su relación con el desarrollo del país.

Artículo 13°.- La educación en materia de población se enmarca dentro de una concepción de educación permanente, cuyo agente primordial es la familia y se garantiza su participación en todos los niveles y modalidades del sistema educativo, formal y no formal. Para ello se adecuarán los contenidos a los distintos contextos regionales, respetando la pluralidad cultural de la población y los principios éticos.

Artículo 14°.- La educación en materia de población considera:

- a) La formación socio - demográfica para subrayar la importancia de las variables poblaciones en el proceso de desarrollo socio - económico del país y del influjo de éste en la dinámica demográfica, enfatizando la participación responsable de todos los

individuos en dicho desarrollo. Incluirá igualmente información sobre asuntos demográficos a nivel latinoamericano y mundial.

- b) La educación familiar orientada a lograr una verdadera paternidad responsable y relaciones basadas en el respeto mutuo entre todos los miembros de la familia y el trabajo igualitario entre los sexos.
- c) La educación sexual se orientará a desarrollar un comportamiento personal basado en una concepción integral de la sexualidad humana en sus aspectos biológico, psicosocial y ético, como componente natural del desarrollo personal y de las relaciones humanas, enfatizando la interrelación con la vida familiar.
- d) La educación sobre el medio ambiente creará conciencia acerca de los recursos con que cuenta el país a nivel nacional, regional y local, de su explotación racional, de la tecnología utilizada, la salud, de su explotación racional, de la tecnología utilizada, la salud ambiental, el balance biótico y el equilibrio social para asegurar un mejor nivel y calidad de vida de las generaciones actuales y futuras.

Artículo 15º.- Compete al Sector Educación:

- a) Promover y efectuar investigaciones, en coordinación con universidades e instituciones especializadas, que permitan una mayor comprensión de la problemática poblacional y de su incidencia en calidad de vida social y familiar.
- b) Promover y ejecutar a nivel nacional, programas de educación en población en todos los niveles y modalidades del sistema educativo formal y no formal.
- c) Diseñar programas y materiales de apoyo para docentes y alumnos, relacionados con la sexualidad, la vida familiar, el medio ambiente, y la dinámica poblacional y hacerlos accesibles a los grupos que realizan educación en materia de población.
- d) Formar personal de alto nivel en el área de educación en población mediante convenios con universidades e instituciones de nivel superior.
- e) Capacitar en materia de educación en población a los docentes que prestan servicios en centros y programas educativos.
- f) Desarrollar programas extraescolares, dirigidos a jóvenes y adultos que incorporen la educación en materia de población.
- g) Ejecutar programas no escolarizados para adultos, que combinen la alfabetización y la educación ocupacional con el componente de educación en población, dirigidos prioritariamente a la población femenina de las zonas urbano - marginales y rurales.
- h) Desarrollar programas de educación familiar y sexualmente dirigidos a los padres de familia, con el fin de apoyarlos en su formación y en la formación de sus hijos, capacitándolos para ejercer una paternidad responsable.
- i) Promover y apoyar la coeducación conducente a establecer igualdad de oportunidades evitando toda discriminación en base al sexo y adoptando las previsiones requeridas de infraestructura y de orientación del educando con especial referencia a la educación sexual.
- j) Desarrollar programas educativos radiales y televisivos tendientes a la toma de conciencia sobre la problemática poblacional y a sus efectos sobre el ambiente y sobre la calidad de vida familiar.
- k) Participar en la supervisión intersectorial y multidisciplinaria de publicaciones y programas audiovisuales oficiales con contenidos referentes a educación sexual y familiar, a fin de asegurar la calidad científica y ética de dicha información.

Artículo 16º.- Las universidades participan activamente en la ejecución de la política de población en las áreas de formación profesional, capacitación, investigación y servicios de proyección social.

CAPÍTULO III **COMUNICACIÓN SOCIAL**

Artículo 17°.- El Estado promueve el uso de los medios de comunicación social, para difundir programas tendientes a educar e informar sobre temas en población.

Artículo 18°.- Los programas de comunicación social en materia de población de los organismos públicos, se coordinan con el Consejo Nacional de Población.

Artículo 19°.- Los medios de comunicación social contribuyen a la labor educativa, como complemento al desarrollo de los programas de educación en materia de población.

Artículo 20°.- El estado supervisa a través del consejo Nacional de Población las publicaciones oficiales referentes a población, a fin de asegurar la calidad científica y ética de las informaciones. Se exceptúa de dicha supervisión las informaciones de carácter estadístico.

CAPÍTULO IV **SALUD Y POBLACIÓN**

Artículo 21°.- Todos tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de su salud, la de su medio familiar y de la comunidad.

Artículo 22°.- El Estado a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud, atiende las necesidades de salud de la población, mediante acciones de promoción, protección y recuperación, con tendencia a la gratitud, dando prioridad a la atención integral de la salud materno – infantil

Artículo 23.- Las acciones de salud incluyen las orientadas a lograr la paternidad responsable; proporcionando la información especializada y los servicios que permitan a las parejas y a las personas ejecutar esta decisión.

Artículo 24°.- El Estado, para garantizar la paternidad responsable, promueve la realización de programas de planificación familiar, los que comprende actividades de educación, información y servicios a través de los establecimientos del sector salud: Ministerio de salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales e instituciones privadas. Dichos programas respetarán los derechos fundamentales de la persona y preservarán la dignidad de las familias.

Artículo 25°.- Los servicios médicos, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizan a las parejas y a las personas la libre elección sobre el uso de los métodos de regularización de la fecundidad y de la planificación familiar. Las normas sobre autorización y uso de los métodos de planificación familiar que ofrecen los servicios de salud son expedidas por el Ministerio de Salud, quien es responsable de su cumplimiento.

Artículo 26°.- Los programas de información y educación sobre paternidad responsable y planificación familiar son coordinados por los sectores de educación y salud, con el Consejo Nacional de Población.

Artículo 27°.- El Estado impulsa prioritariamente la atención primaria de salud incluyendo acciones de paternidad responsable para extender la atención integral de la salud a toda la población.

Artículo 28°.- Queda excluido todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar. Asimismo, se rechaza cualquier condicionamiento de los programas de planificación familiar por instituciones públicas o privadas.

Artículo 29°.- El Estado adopta medidas apropiadas, coordinadas por el Ministerio de Salud para ayudar a las mujeres a evitar el aborto. Da tratamiento médico y apoyo psicosocial a quienes lo hayan sufrido.

Artículo 30°.- El Estado adopta medidas para disminuir las causas de la elevada morbi - mortalidad materna e infantil. Comprenden acciones de saneamiento ambiental, la mejora del Estado nutricional, la promoción de la educación sanitaria y acciones de recuperación de la salud.

Artículo 31°.- El Estado impulsa los programas orientados a la disminución de la mortalidad del niño, en especial del menor de cinco años, con énfasis en el control de las enfermedades inmuno - previnibles y las debidas a deficiente saneamiento básico.

Artículo 32°.- El Estado promueve la lactancia materna mediante acciones educativas y de información, relativas a los beneficios nutricionales, inmunológicos y psicológicos de la lactancia materna y sus efectos sobre el espaciamiento de los embarazos.

Artículo 33°.- El Estado promueve el mejoramiento del estado nutricional de la población, en particular del grupo materno - infantil, mediante acciones educativas y de información respecto a la utilización de alimentos y el suministro complementario de alimentos a las madres y a los menores de 15 años que lo necesiten.

Artículo 34°.- Los servicios públicos de salud brindan atención a la madre en las etapas de embarazo, parto y puerperio con la finalidad e disminuir la morbi - mortalidad materna y del recién nacido con tendencia a la gratuidad.

CAPITULO V

DESARROLLO NACIONAL Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN

Artículo 35°.- Los Planes y Programas de Desarrollo Nacional, Sectorial, Regionales y Locales contemplan las necesidades que plantea el volumen, estructura, dinámica y distribución de la población; y las medidas que sean compatibles con la disponibilidad de los recursos.

Artículo 36°.- La descentralización económica, administrativa y de servicios, constituye la principal estrategia de redistribución de la población en el territorio nacional.

Artículo 37°.- Las políticas y programas de desarrollo de las zonas rurales más atrasadas y los centros urbanos menores aseguran la redistribución de la población mediante inversiones que favorezcan el empleo, la mejora de los servicios y la conservación y uso de los recursos.

Artículo 38°.- El Estado prioriza el desarrollo de las zonas rurales, asignando para ello los recursos financieros y humanos necesarios para lograr una distribución equilibrada de la población, y aumentar la oferta alimentaria.

Artículo 39°.- El Estado planifica el desarrollo urbano, prioriza el fortalecimiento y creación de polos urbanos secundarios, fomentando el empleo productivo y los servicios básicos.

Artículo 40°.- El Estado regula la expansión urbana, prohibiéndola en zonas de uso agrícola, de potencial agrario y en aquellas de alto riesgo de desastres naturales; asimismo controla la contaminación ambiental y la depredación de los recursos.

Artículo 41°.- La generación de empleo productivo y de oportunidades de ingreso constituyen medidas centrales en la política de redistribución poblacional.

Artículo 42°.- Para coadyuvar a la seguridad nacional, el Estado promueve la creación, crecimiento y consolidación de núcleos humanos en zonas fronterizas, de preferencia en base a las poblaciones locales, impulsando su desarrollo socioeconómico y cultural.

Artículo 43°.- Las políticas de desarrollo, descentralización y distribución de la población consideran las diversas variables culturales existentes en el país y respetan los derechos de las comunidades nativas y campesinas a las zonas territoriales que ocupan.

Artículo 44°.- El Estado fomenta la repatriación y la permanencia en el país de los peruanos que, por su formación y experiencia, son necesarios para el desarrollo cultural, científico y tecnológico nacional, otorgando para ello incentivos y facilidades administrativas y tributarias.

Cuando no existan nacionales con capacidad similares, el Estado facilita el ingreso al país de extranjeros que las posean.

TITULO III COORDINACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE POBLACIÓN

Artículo 45°.- Corresponde a los organismos del Estado cumplir con los objetivos generales y específicos de la política nacional de población señalados en la presente ley y promover la participación de las instituciones públicas no estatales de las entidades del Sector privado y de las personas naturales.

Artículo 46°.- La política de población es de carácter multisectorial. El Sistema Nacional de Planificación coordina cada una de las políticas de desarrollo con la política nacional de población.

Artículo 47°.- El Consejo Nacional de Población es una institución pública descentralizada, con personalidad jurídica de derecho público interno. Depende del Presidente del Consejo de Ministros y es un pliego presupuestal del mismo. Lo representa su Presidente.

Artículo 48°.- El Consejo Nacional de Población formula el proyecto de programa nacional de población mediante la coordinación de las acciones en materia de población propuestas por los sectores administrativos y los gobiernos regionales y locales. El Presidente del Consejo de Ministros aprueba dicho programa. El Consejo Nacional de Población está asimismo encargado del seguimiento y evaluación de la ejecución del programa nacional de población, con facultad para dictar las normas complementarias que dicha ejecución requiera y de coordinar y supervisar las actividades del sector privado en materia de población.

Artículo 49°.- Los organismos del Estado que participan en la ejecución de la política de población, designarán un órgano de línea que se responsabilice de la coordinación programación de las acciones de población de su competencia. En su caso, las oficinas de presupuesto y planificación, coordinan en sus ámbitos de competencia, las acciones concernientes al Programa nacional de Población.

Artículo 50°.- Las autoridades o dependencias del Sector Público están obligadas a proporcionar la información y asistencia técnica que el Consejo Nacional de Población requiera para el mejor cumplimiento de sus funciones.

Artículo 51°.- Créase el Fondo Nacional de Apoyo a la ejecución de la Política de Población, como entidad dependiente del Consejo Nacional de Población y con personería jurídica propia. Dicho Fondo tiene por finalidad actuar como entidad responsable de captar, gestionar, administrar y asignar recursos, los que tiene como fuente.

- a) Los aportes del Tesoro Público.
- b) Los convenios nacionales o internacionales, a título gratuito u oneroso.
- c) La donaciones al Fondo.

Artículo 52°.- El Consejo Nacional de Población coordina la aplicación de los recursos del fondo con las Entidades del sector público y privado, para contribuir exclusivamente a la ejecución del Programa Nacional de Población, sujetándose a los requisitos y procedimientos establecidos por las leyes vigentes y el Reglamento correspondiente.

TITULO IV SUPERVISIÓN

Artículo 53°.- El Consejo Nacional de Población, en coordinación con los Ministerios y otros organismos competentes del Poder Ejecutivo, establece las normas y realiza las inspecciones y supervisiones para la adecuada ejecución de la política nacional de población,

TITULO V

DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

PRIMERA.- El Pliego Presupuestal “Consejo Nacional de Población a que se refiere el Art. 48° rige a partir del ejercicio presupuestal de 1996.”

SEGUNDA.- La presente ley entra en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el diario oficial.

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla, dando cuenta al congreso.,

Ley, 5 de Julio de 1985

FERNANDO BELAUNDE TERRY
LUIS PERCOVICH ROCA

3.2 Ley N° 26530 de 8 de setiembre de 1995, que modifica la Ley de Política Nacional de Población.

Promulgada por el Poder Ejecutivo el 09.SET.95
Publicada en el Diario Oficial El Peruano el 10.SET.95

Ley N° 26530

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

POR CUANTO:

El Congreso de la República ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA

Ha dado la ley siguiente:

Artículo Único.- Modificase el Artículo VI del Título Preliminar del Derecho Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población, en la siguiente forma:

“Artículo VI.- La Política Nacional de Población excluye el aborto como método de Planificación Familiar. En todo caso, la adopción de los métodos se basa en el libre ejercicio de la voluntad personal, sin que medien estímulos o recompensas materiales.”

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, los ocho días del mes de setiembre de mil novecientos noventa y cinco

VICTOR JOY WAY ROJAS, Primer Vicepresidente encargado de la Presidencia del Congreso de la República.

SAMUEL MATSUDA NICHIMURA, Tercer Vicepresidente del Congreso de la República.

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA.

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los nueve días del mes de setiembre de mil novecientos noventa y cinco.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI, Presidente Constitucional de la República
EDUARDO YONG MOTTA, Ministro de Salud.

3.3 Ley N° 26842, Ley General de Salud de 15 de julio de 1997

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

POR CUANTO:

El Congreso de la República
Ha dado la Ley siguiente:

LEY GENERAL DE SALUD

CONTENIDO

TITULO PRELIMINAR

TITULO PRIMERO

Derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual.

TITULO SEGUNDO

De los deberes, restricciones y responsabilidades en consideración la salud de terceros

CAPITULO I

Del ejercicio de las profesiones médicas y afines y de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud.

CAPITULO II

De los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

CAPITULO III

De los productos farmacéuticos y galénicos, y de los recursos terapéuticos naturales.

CAPITULO IV

Del control nacional e internacional de las enfermedades transmisibles.

CAPITULO V

De los alimentos y bebidas, productos cosméticos y similares insumos, instrumental y equipo de uso médico - quirúrgico o odontológico, productos sanitarios y productos de higiene personal y doméstica.

CAPITULO VI

De las sustancias y productos peligrosos para la salud.

CAPITULO VII

De la higiene y seguridad en los ambientes de trabajo.

CAPITULO VIII

De la protección del ambiente para la salud.

TITULO TERCERO

Del fin de la vida.

TITULO CUARTO

De la información en salud y su difusión.

TITULO QUINTO

De la Autoridad de salud

TITULO SEXTO

De las medidas de seguridad, infracciones y sanciones.

CAPITULO I

De las medidas de seguridad

CAPITULO II

De las infracciones y sanciones

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS Y FINALES.**TITULO PRELIMINAR**

- I.** La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.
- II.** La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regular, vigilarla y promoverla.
- III.** Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable. El concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud.
- IV.** La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.
- V.** Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social.
- VI.** Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la pena o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen un adecuada obtención de prestaciones de salud a la población, en

términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principio de equidad.

- VII.** El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas provisionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido.
- VIII.** El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y subsidiar total o parcialmente la atención médica a las obligaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado.
- IX.** La norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria. Así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra de ella.
- X.** Toda persona dentro del territorio nacional está sujeta al cumplimiento de la norma de salud. Ningún extranjero puede invocar su ley territorial en materia de salud.
- XI.** En caso de defecto o deficiencia de la norma de salud, se aplican los principios generales del derecho.
- XII.** El ejercicio del derecho a la prioridad, a la inviolabilidad del domicilio, al libre tránsito, a la libertad de trabajo, empresa, comercio e industria así como el ejercicio del derecho de reunión están sujetos a las limitaciones que establece la ley en resguardo de la salud pública. Las razones de conciencia o de creencia no pueden ser involucradas para eximirse de las disposiciones de la Autoridad de Salud cuando de tal extensión se deriven riesgos para la salud de terceros.
- XIII.** El uso o usufructo de los bienes en condiciones higiénicas y sanitarias inaparentes para el fin al que están destinadas, constituye un abuso del derecho, cualquiera que sea el régimen a que están sujetas.
- XIV.** La información en salud es de interés público. Toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley. La que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley.
- XV.** El Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación }, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud.
- XVI.** El Estado promueve la educación en salud en todos los niveles y modalidades.
- XVII.** La Promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferentemente del Estado.
- XVIII.** El Estado promueve la participación de la comunidad en la gestión de los servicios públicos de salud.

TITULO PRIMERO

DE LOS DERECHOS DEBERES Y RESPONABILIDADES CONCERNIENTES A LA SALUD INDIVIDUAL.

Artículo 1°.- Toda persona tiene e derecho al libre acceso a prestaciones de salud a elegir el sistema previsional de su preferencia.

Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de s salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización.

Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares, de calidad aceptados en os procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

Artículo 3°.- Toda persona tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud, atención médica - quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud.

El reglamento establece los criterios para la calificación de la situación de emergencia las condiciones de reembolso de grados y las responsabilidades de los conductores de os establecimientos.

Artículo 4°.- Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negatividad a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso. En caso que os representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que e refieren os numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguardar de la vida y la salud de los mismos.

El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido.

Artículo 5°.- Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, alud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles enfermedades crónico degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable. Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia y los accidentes.

Asimismo, tiene derecho a exigir a la Autoridad de Salud a que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud, con arreglo a o que establece la presente ley.

Artículo 6°.- Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre

los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar.

Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito.

Artículo 7º.- Toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida siempre que la condición de madre genética y de madre gestante recaiga sobre la misma persona. Para la aplicación de técnicas de reproducción asistida se requiere del consentimiento previo y por escrito de los padres biológicos.

Esta prohibida la fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación, así como la clonación de seres humanos.

Artículo 8º.- Toda persona tiene derecho a recibir órganos o tejidos de seres humanos vivos de cadáveres o de animales para conservar su vida o recuperar su salud. Puede, así mismo, disponer a título gratuito de sus órganos y tejidos con fines de transplante, injerto o transfusión siempre que ello no ocasione grave perjuicio a su salud o comprometa su vida la disposición de órganos y tejidos de seres humanos vivos está sujeta a consentimiento expreso y escrito del donante. Los representantes de los incapaces, comprendidos dentro de los Alcances del Artículo 4 de esta ley, acerca de capacidad legal para otorgarlo.

Para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres se estará a lo declarado en el Documento nacional de Identidad salvo declaración posterior en contrario hecha en vida por el fallecimiento que conste de manera indubitable y los casos previstos en el Artículo 110 de la presente ley.

En caso de muerte de una persona, sin que ésta haya expresado en vida su voluntad de donar sus órganos o tejidos, o su negativa de hacerlo, corresponde a sus familiares más cercanos disponerlo.

Artículo 9º.- Toda persona que adolece de discapacidad física, mental o sensorial tiene derecho al tratamiento y rehabilitación el estado da atención preferente a los niños y adolescentes.

Las personas con discapacidad severa, afectadas además por una enfermedad, tienen preferencia en la atención a su salud.

Artículo 10º.- Toda persona tiene derecho a recibir una alimentación sana y suficiente para cubrir sus necesidades biológicas. La alimentación de las personas es responsabilidad primaria de la familia. En los programas de nutrición y asistencia alimentaria, el Estado brinda atención preferente al niño, a la madre gestante lactante, al adolescente y al anciano en situación de abandono social.

Artículo 11º.- Toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental. El alcoholismo, la farmacodependencia, los trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar se consideran problemas de salud mental. La atención de la salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado.

Artículo 12º.- Las obligaciones a que se refieren los Artículos 10 y 11 de la presente ley, son exigibles, por el Estado o por quienes tengan legítimo interés los responsables o familiares, con arreglo a lo que establecen los Artículo 473 y siguientes del Libro Tercero, Sección Cuarta, Título 1, Capítulo I, de los “Alimentos”, del Código Civil. Tratándose de niños o adolescentes se estará a lo que dispone la ley de la materia.

En los casos que, por ausencia de familia la persona se encuentre desprotegida, el Estado deberá asumir su protección.

Artículo 13°.- Toda persona tiene derecho a que se le extienda la certificación de su estado de salud cuando lo considere conveniente.

Ninguna autoridad pública podrá exigir a las personas la certificación de su estado de salud, carné sanitario, carné de salud o documento similar, como condición para el ejercicio de actividades profesionales, de producción, comercio o afines.

Lo dispuesto en la presente disposición no exime a la personas del cumplimiento de las disposiciones relacionadas con la certificación de su estado de salud como requisito para obtener licencias para conducir vehículos naves y aeronaves, o manejar armas o explosivos con arreglo a la ley de la materia.

Artículo 14°.- toda persona tiene el derecho de participar individual o asociadamente e programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva.

Artículo 15°.- Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:

- a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad.
- b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece.
- c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes.
- d) A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a aro, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo.
- e) A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare.
- f) A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones del servicio.
- g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren.
- h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como negarse a éste.
- i) A que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia e el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y su historia clínica.

Artículo 16°.- Toda persona debe velar por el mejoramiento la conservación y la recuperación de su alud la de las personas a su cargo.

El deber personal de atender conservar la propia salud sólo puede ser exigido cuando tal omisión es susceptible de incidir negativamente en la salud pública o en la de terceras personas.

Artículo 17°.- Ninguna persona puede actuar o ayudar en prácticas que signifiquen peligro, menoscabo o daño para la salud de terceros de la población.

Artículo 18°.- Toda persona es responsable frente a terceros por el incumplimiento de las prácticas sanitarias y de higiene destinadas a prevenir la aparición y propagación de enfermedades transmisibles, así como por los actos hechos que originen contaminación del ambiente.

Artículo 19°.- Es obligación de toda persona cumplir con las normas de seguridad que establecen las disposiciones pertinentes y participar y colaborar en la prevención y reducción de los riesgos por accidentes.

Artículo 20º.- Es deber de toda persona participar en el mejoramiento de la cultura sanitaria de su comunidad.

Artículo 21º.- Toda persona tiene el deber de participar y cooperar con la autoridades públicas en la prevención y solución de los problemas ocasionados por situaciones de desastre.

TITULO SEGUNDO

DE LOS DEBERES, RESTRICCIONES Y RESPONSABILIDADES EN CONSIDERACION A LA SALUD DE TERCEROS

CAPITULO I

DEL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES MEDICAS Y AFINES Y DE LAS ACTIVIDADES TECNICAS Y AUXILIARES EN EL CAMPO DE LA SALUD.

Artículo 22º.- Para desempeñar actividades profesionales propias de la medicina, odontología, farmacia o cualquier otra relacionada con la atención de la salud se requiere tener título profesional en los casos que la ley así lo establece y cumplir con los requisitos de colegiación, especialización, licenciamiento y demás que dispone la ley.

Artículo 23.- Las incompatibilidad, limitaciones y prohibiciones así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a que se refiere el presente Capítulo, se rigen por los Códigos de Ética y normas estatutarias de los Colegios Profesionales correspondientes.

Artículo 24º.- La expedición de recetas, certificados e informes directamente relacionados con la atención de pacientes, la ejecución de intervenciones quirúrgicas, la prescripción o experimentación de drogas, medicamento o cualquier producto, sustancia o agente destinado al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades, se reputan actos del ejercicio profesional de la medicina y están sujetos a la vigilancia de los Colegios Profesionales correspondientes.

Artículo 25º.- Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado.

El profesional de la salud, el técnico o el auxiliar que proporciona o divulga, por cualquier medio información relacionada al acto médico en el que participa o del que tiene conocimiento, incurre en responsabilidad civil o penal, según el caso, sin perjuicio de las sanciones que correspondan en aplicación de los respectivos Códigos de Ética Profesional.

Se exceptúan de la reserva de la información relativa al acto médico en los casos siguientes:

- a) Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente
- b) Cuando sea requerida por la autoridad judicial competente.

- c) Cuando fuere utilizada con fines académicos o de investigación científica, siempre que la información obtenida de la historia clínica se consigne e forma anónima.
- d) Cuando fuere proporcionada a familiares o allegados del paciente con el propósito de beneficiarlo, siempre que éste no lo prohiba expresamente.
- e) Cuando versare sobre enfermedades y años de declaración y notificación obligatorias, siempre que sea proporcionada la Autoridad de Salud.
- f) Cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora o administradora de financiamiento vinculado con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso pago de beneficios, fiscalización o auditoría; y.
- g) Cuando fuere necesaria para atender la continuidad de la atención médica al paciente.

La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos a los que se refiere el Artículo 30 de esta ley, deberá ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento.

Artículo 26°.- Sólo los médicos pueden prescribir medicamentos. Los cirujanos - dentistas y las obstetras sólo pueden prescribir medicamentos dentro del área de su profesión.

Al prescribir medicamentos deben consignar obligatoriamente su Denominación Común Internacional (DCI), el nombre de marca si lo tuviere, la forma farmacéutica, posología, dosis y período de administración. Asimismo, están obligados a informar al paciente sobre los riesgos, contraindicaciones, reacciones adversas e interacciones que su administración puede ocasionar y sobre las precauciones que debe observar para su uso correcto y seguro.

Artículo 27°.- El médico tratante, así como el cirujano - dentista y a obstetra están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos. Para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, el médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado.

Artículo 28°.- La investigación experimental con personas debe ceñirse a la legislación especial sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la Declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.

Artículo 29°.- El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados a paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.

La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente ley. El médico y el cirujano - dentista quedan obligados a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso que éste o su representante lo solicite. El interesado asume el costo que supone el pedido

Artículo 30°.- El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca herida de bala accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.

Artículo 31°.- Es responsabilidad del médico tratante, del médico legista que practica la necropsia o del médico señalado por el establecimiento de salud en el que ocurre el fallecimiento de la persona, el extender debidamente el certificado de defunción correspondiente.

Artículo 32°.- Los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares están obligados a informar a la Autoridad de Salud los casos de enfermedades y daños de declaración y notificación obligatorias.

Artículo 33°.- El químico - farmacéutico es responsable de la dispensación y de la información y orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, su reacciones adversas y sus condiciones de conservación.

Asimismo, está facultado para ofrecer al usuario alternativas de medicamentos química y farmacológicamente equivalentes al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis.

Artículo 34°.- Los profesionales de la salud que detecten reacciones adversas a medicamentos que revistan gravedad, están obligados a comunicarles a la Autoridad de Salud de nivel nacional o a quien ésta delegue bajo responsabilidad

Artículo 35°.- Quienes desarrolla actividades profesionales, técnicas o auxiliares relacionadas con la salud de las personas, se limitarán a ejercerlas en el área que el título, certificado o autorización legalmente expedidos determine.

Artículo 36°.- Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este Capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.

CAPITULO II

DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO

Artículo 37°.- Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos.

La Autoridad de Salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, verificará periódicamente el cumplimiento de los establecido en la presente disposición

Artículo 38°.- Los establecimientos de salud y servicios a que se refiere el presente Capítulo, quedan sujetos a la evaluación y control periódicos y las auditorías que dispone la Autoridad de Salud de nivel nacional.

La Autoridad de Salud de nivel nacional dicta las normas de evaluación control y de auditoría correspondiente.

Artículo 39°.- Los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención médico - quirúrgica de emergencia a quien la necesita y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o salud en forma y condiciones que establece el reglamento.

Artículo 40°.- Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la presentación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico.

Ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo, si corresponde, o estuviere impedido de hacerlos, de conformidad con lo que establece el reglamento de la presente ley.

Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente.

Artículo 41^a.- Todo establecimiento de salud deberá, al momento de la admisión, consignar por escrito la voluntad del paciente de donar, en caso de muerte, sus órganos y tejidos para fines de transplante, injerto, docencia o investigación, o, en su caso, la negativa de hacerlo. Se exceptúa de los dispuesto en la presente disposición la admisión de emergencia.

Artículo 42^a.- Todo acto médico que se lleve a cabo en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es susceptible de auditorías externas en las que puedan verificarse los diversos procedimientos a que es sometido el paciente, sean éstos para prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación.

Artículo 43^a.- Son de aplicación a los establecimientos de salud, el artículo 25 y el primer y segundo párrafo del Artículo 29 de la presente ley.

En los casos previstos en el Artículo 30 de esta ley, el médico tratante informará al Director del establecimiento, quien deberá poner en conocimiento de la autoridad competente el hecho correspondiente.

Artículo 44^a.- Al egreso del paciente, el responsable del establecimiento de salud está obligado a entregar al paciente o a su representante el informe de alta que contiene el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta, pronóstico y recomendaciones del padecimiento que ameritó el internamiento.

Asimismo, cuando el paciente o su representante lo solicite, debe proporcionarle copia de la epicrisis y de la historia clínica, en cuyo caso el costa será asumido por el interesado.

Artículo 45^a.- La ablación de órganos o tejidos con fines de transplante o injerto sólo puede realizarse en establecimientos de salud debidamente habilitados o en instituciones médico - legales, cumpliendo, en cada caso, los procedimientos que la ley establece. Los transplantes de órganos o injertos de tejidos sólo pueden efectuarse en establecimientos de salud que cuenten con servicios especializados debidamente acreditados para tal fin.

La ablación de órganos y tejidos así como el transplante o injerto de los mismos se rigen por la presente ley, la ley de la materia y su reglamento. Los establecimientos de salud sólo podrán disponer de órganos y tejidos con fines de transplantes o injertos a título gratuito.

Los establecimientos de salud que la Autoridad de Salud de nivel nacional autorice, podrán instalar y mantener, para fines terapéuticos, bancos físicos de órganos y tejidos.

Artículo 46^a.- Las actividades de obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, sus componentes y derivados, así como el funcionamiento de bancos de sangres, centros de hemoterapia y plantas de hemoderivados, se rigen por la ley de la materia y su reglamento y están sujetas a la supervisión y fiscalización por parte de la Autoridad de Salud de nivel nacional o de a quien ésta delegue.

Artículo 47^a.- Los establecimientos de salud, que cuenten con servicios de internamiento de pacientes, están obligados a practicar la necropsia por razones clínicas para vigilar la calidad de la atención que proveen, siempre que cuenten con la autorización

previa del paciente o de sus familiares, a falta de declaraciones hecha en vida por éste, con arreglo a lo dispuesto en el Artículo 13 del Código Civil.

No procede practicar necropsias por razones clínicas cuando las circunstancias de la muerte del paciente supone la obligación de practicar la necropsia de ley.

Artículo 48º.- El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente, derivados del ejercicio negligente imprudente o imperito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñan en éste con relación de dependencia.

Es exclusivamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente por no haber dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que ellos se produjeran, siempre que la disposición de dichos medios sea exigible atendiendo a la naturaleza del servicio que ofrece.

CAPITULO III

DE LOS PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y GALENICOS, Y DE LOS RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES

Artículo 49º.- La Autoridad de Salud de nivel nacional es la encargada del control sanitario de los productos farmacéuticos y galénicos, así como de velar por el cumplimiento de las disposiciones que sobre la materia se establecen en la presente ley y el reglamento.

Artículo 50º.- Todos los productos comprendidos en el presente Capítulo requieren de Registro Sanitario para su fabricación, importación, distribución o expedición. Toda modificación debe, igualmente, constar en dicho Registro. Sólo se podrá inscribir o reinscribir en el Registro Sanitario de medicamentos las fórmulas farmacéuticas señaladas en las siguientes obras, en sus últimas ediciones y suplementos:

- USP
- Farmacopea Británica
- Farmacopea Internacional de la Organización Mundial de la Salud
- Formulario Nacional Británico
- Farmacopea Alemana
- Farmacopea Francesa
- Farmacopea Belga
- Farmacopea Europea
- USP-DI
- Farmacopea Helvética
- Farmacopea Japonesa

Para la obtención del Registro Sanitario de medicamentos, bajo ninguna condición será exigible por la autoridad de salud otros documentos, visaciones, requisitos previos ni condiciones de clase alguna, que los señalados a continuación, bajo responsabilidad:

- a) Solicitud con carácter de declaración jurada consignando el número correspondiente al Registro Unificado de la persona natural o jurídica solicitante, y garantizando la calidad, seguridad y eficacia del producto.
- b) Protocolo de análisis sobre la base metodológica de una de las farmacopeas autorizadas.

- c) Certificado de libre comercialización y certificado de consumo del país de origen, expedido por la autoridad competente. Alternativamente ambas certificaciones podrán constar en un solo documento.
- d) Proyecto de rotulado del envase mediato e inmediato en idioma español.

También podrán inscribirse los productos, cuya formulación aún no se encuentre comprendida en las obras antes señaladas, que se encuentren autorizados por las autoridades competentes del país de origen. En este caso serán exigibles los requisitos establecidos en los literales a), c) y d) del presente artículo. En la que respecta al protocolo de análisis aplicable en su país de origen, que servirá de base para el posterior control de calidad.

La inscripción en el Registro Sanitario de medicamentos es automática, con la sola presentación de los documentos establecidos en la presente disposición, teniendo la autoridad de salud un plazo máximo de 7 días útiles para expedir el documento que acredite el número de registro.

Artículo 51°.- La autoridad de Salud de Nivel Nacional aprueba el Formulario Nacional de Medicamentos, el cual contiene la lista de medicamentos que cuentan con registro sanitario en el país. Dicho Formulario incorpora de manera automática a los productos registrados.

El formulario Nacional será elaborado por una Comisión de Expertos, cuya conformación y funciones será determinada por el reglamento correspondiente, y precisará, la forma farmacéutica, dosis, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas, advertencias y otras especificaciones que garanticen la eficacia y seguridad para el uso de los medicamentos.

Los lineamientos para la elaboración y actualización del citado Formulario se establecen en el reglamento.

Artículo 52°.- Para la importación de productos farmacéuticos y galénicos, las Aduanas de la república, bajo responsabilidad, procederán al despacho de los mismos exigiendo únicamente una declaración jurada consignando lo siguiente:

- a) El número de registro sanitario, o en su defecto la fecha de presentación de la solicitud correspondiente; y
- b) Identificación del embarque por lote de producción y fecha de vencimiento del medicamento; sin perjuicio de la documentación general requerida para las importaciones. Adicionalmente, tratándose de productos farmacéuticos derivados de sangre humana se exigirá, por cada lote de fabricación, un Certificado Analítico de negatividad de los virus de inmunodeficiencia humana y hepatitis vírales A y B.

La razón social y el registro unificado del importador o distribuidor general deberán figurar obligatoriamente por impresión o etiquetado en cada envase de venta al consumidor, conjuntamente con la fecha de vencimiento del medicamento.

La Autoridad de Salud de nivel nacional podrá autorizar provisionalmente, en caso debidamente calificados, la importación y venta, sin previo registro, de los productos comprendidos en el presente capítulo que correspondan, para usos medicinales de urgencia.

Artículo 53°.- Para fines exclusivos de investigación podrá autorizarse la importación, producción y uso de medicamentos no registrados, de conformidad con las disposiciones reglamentarias correspondientes.

Artículo 54°.- El Registro Sanitario es temporal y renovable cada cinco años. La Autoridad de Salud de nivel nacional podrá suspender o cancelar el Registro de los productos que no cumplen con las especificaciones técnicas que amparan su otorgamiento. Así mismo procederá la suspención o cancelación del Registro sanitario cuando informaciones científicas provenientes de la Organización Mundial de la Salud determine

que el producto es inseguro o ineficaz en su uso en los términos en que fue autorizado su registro.

Artículo 55°.- Queda prohibida la fabricación, importación, tenencia, distribución y transferencia a cualquier título, de productos farmacéuticos y demás que señale el reglamento, contaminados, adulterados, falsificados, alterados y expirados. Los productos antes señalados deben ser inmediatamente retirados del mercado y destruidos apropiadamente, bajo responsabilidad.

Artículo 56°.- Para desarrollar sus actividades, las personas naturales o jurídicas que se dedican a la fabricación o almacenamiento de productos farmacéuticos o ejecuten parte de los procesos que éstas comprenden, deben disponer de locales, equipo técnico y de control adecuado y suficientes según lo establece el reglamento. Así mismo, deben ceñirse a las Buenas Prácticas de Manufactura, de Laboratorio y de Almacenamiento recomendadas por la Organización Mundial de la Salud o a las que dicte la Autoridad de Salud de nivel nacional, y a las normas técnicas de fabricación según corresponda.

La Autoridad de Salud de salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, verificará periódicamente el cumplimiento de lo establecido en la presente disposición.

Artículo 57°.- El responsable de la calidad de los productos farmacéuticos es la empresa fabricante, si son elaborados en el país. Tratándose de productos elaborados en el extranjero la responsabilidad es del importador o distribuidor. Cuando se trate de laboratorios encargados de elaborar productos por cuenta de terceros, ya sea en su totalidad o en alguna de las etapas del proceso de producción, la responsabilidad por la calidad del producto es asumida solidariamente por éste y por la empresa titular del Registro.

Las distribuidoras y los establecimientos de venta al público de productos farmacéuticos, cada uno en su ámbito de comercialización, están obligados a conservar y vigilar el mantenimiento de su calidad hasta que sean recibidos por los usuarios, bajo responsabilidad.

Artículo 58°.- Los productos farmacéuticos que se comercializan en el país y demás que correspondan, deben responder en sus análisis cualitativos y cuantitativos a la fórmula y composición declarada por el fabricante y autorizada para su fabricación y expendio al otorgarse el registro Sanitario.

Artículo 59°.- El control de calidad de los productos farmacéuticos y demás productos que correspondan es obligatorio, integral y permanente. Para garantizar su calidad, las empresas fabricantes, bajo responsabilidad, deben contar con un sistema de control de calidad, que abarque todos los aspectos del proceso de elaboración, desde las materias primas empleadas hasta los productos terminados.

Artículo 60°.- La Autoridad de salud de nivel nacional es la encargada de vigilar la calidad de los productos comprendidos en este Capítulo. El control se efectúa mediante inspecciones en las empresas fabricantes, distribuidoras y dispensadoras y la ejecución de análisis de muestras de productos pesquisados en cualquiera de sus etapas de elaboración, distribución y expendio.

Artículo 61°.- Los estupefacientes, psicotrópicos y precursores de uso médico incluidos en los Convenios Internacionales sobre la materia y los que determine la Autoridad de Salud de nivel nacional, se rigen por esta ley y por su legislación especial.

Artículo 62°.- La Autoridad de Salud a nivel nacional establece un listado de plantas medicinales de uso restringido o prohibido por razón de su toxicidad o peligrosidad.

Artículo 63°.- La comercialización de plantas medicinales de sus preparados obtenidos en forma de extractos, liofilizados, destilados, tinturas, cocimientos o cualquier otra preparación galénica con finalidad terapéutica, diagnóstica o preventiva en la condición de fórmulas magistrales, preparados oficiales o medicamentos, se sujet a los

requisitos y condiciones que establece el reglamento. Las plantas medicinales que se ofrezcan sin referencia a propiedades terapéuticas, diagnósticas o preventivas, pueden comercializarse libremente.

Artículo 64°.- Las personas naturales o jurídicas que se dedican a la comercialización de productos farmacéuticos para desarrollar sus actividades deben cumplir con los requisitos y condiciones sanitarias establecidas en el reglamento, y ceñirse a las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Dispensación que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional.

La Autoridad de Salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, verificará periódicamente el cumplimiento de los establecidos en la presente disposición.

Artículo 65°.- Queda prohibida la venta ambulatoria de productos farmacéuticos. Con excepción de lo dispuesto en el inciso d) del Artículo 68, de la presente ley, el comercio de productos farmacéuticos sólo podrá efectuarse en establecimientos farmacéuticos, los que deben estar bajo la responsabilidad de un profesional químico farmacéutico. En los lugares donde no existan químicos farmacéuticos en número suficiente, se estará a lo que establece el reglamento.

Artículo 66°.- El profesional químico - farmacéutico que asume la dirección técnica o gerencia de cualquier establecimiento farmacéutico es responsable de cuanto afecte la identidad, pureza y buen estado de los productos que se elaboran, preparan, manipulan, almacenan o suministran en éstos.

Asimismo, responde de que la distribución o adquisición de los productos farmacéuticos en los establecimientos que dirigen o regentan, sólo se efectúe a y en establecimientos farmacéuticos, según el caso.

La responsabilidad del director técnico o del regente, no excluye, en ningún caso, la responsabilidad del establecimiento farmacéutico.

Artículo 67°.- Los medicamentos deberán ser identificados con su nombre de manera si lo tuvieren, y con su Denominación Común Internacional (DCI), establecida por la Organización Mundial de la Salud.

No podrán registrarse como marcas, para distinguir medicamentos, las DCI o aquellas otras denominaciones que puedan confundirse con éstas.

Artículo 68°.- La Autoridad de salud de nivel nacional clasificará los productos farmacéuticos para efectos de su expendio en las siguientes categorías:

- a) De venta con presentación de receta especial numerada, que sólo pueden ser expedidos en farmacias y boticas, las que cumplirán con las exigencias que determinan los convenios internacionales en los que el Perú es parte, la ley de la materia y su reglamento.
- b) De venta bajo receta médica que sólo pueden ser expedidos en farmacias y boticas,
- c) De venta sin receta médica que se expenden exclusivamente en farmacias y boticas, y
- d) De venta sin receta médica que pueden ser comercializados en establecimientos no farmacéuticos.

Artículo 69°.- Pueden ser objeto de publicidad a través de medios que se encuentren al alcance del público en general, los productos farmacéuticos que cuentan con Registro Sanitario en el país y autorizados para su venta sin receta médica.

Además de lo dispuesto en las normas generales sobre publicidad en defensa del consumidor, el anuncio publicitario destinado al público en general, no deberá contener exageraciones sobre sus propiedades que puedan inducir a error al consumidor.

Sólo por excepción y atendido a razones debidamente justificadas, la Autoridad de Salud de nivel bajo receta médica que pueden ser objeto de publicidad a través de medios que se encuentren al alcance del público en general. En este caso la publicidad remitirá al

consumidor a leer las instrucciones contenidas en el prospecto o inserto que acompañan al producto farmacéutico.

Artículo 70°.- Queda prohibida la publicidad en envases, etiquetas, rótulos, empaques, insertos o prospectos que acompañan a los productos farmacéuticos de venta bajo receta médica.

Artículo 71°.- La promoción y la publicidad de productos farmacéuticos autorizados para venta bajo receta médica, se encuentra restringida a los profesionales que los prescriben y dispensan. En el caso de tratarse de publicidad gráfica podrá hacerse únicamente a través de revistas especializadas, folletos, prospectos o cualquier otra forma impresa que contenga información técnica y científica.

Por excepción está permitida la difusión de anuncios de introducción y recordatorios dirigidos a los profesionales de los Cuerpos Médico y Farmacéutico a través de medios al alcance del público en general. El contenido de la información que se brinde está sujeta a la norma que la Autoridad de Salud de nivel nacional dicte sobre esta materia.

La información contenida en la publicidad de los productos farmacéuticos en general, debe arreglarse a lo autorizado en el Registro Sanitario.

Artículo 72°.- La publicidad engañosa de medicamentos está sujeta a rectificación.

Artículo 73°.- Los productores y distribuidores de medicamentos están obligados a informar a la Autoridad de Salud de nivel nacional las reacciones adversas de las que tengan conocimiento y que pudieran haberse derivado por el uso de los medicamentos que fabrican o comercializan, bajo responsabilidad.

Artículo 74°.- La Autoridad de Salud de nivel nacional recoge y evalúa la información sobre las reacciones adversas de los medicamentos que se comercializan en el país y adopta las medidas a que hubiere lugar en resguardo de la salud de la población.

Artículo 75°.- La Autoridad de Salud de nivel nacional vela por el uso racional de medicamentos, promoviendo la provisión de medicamentos esenciales.

CAPITULO IV

DEL CONTROL NACIONAL E INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

Artículo 76°.- La Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades visibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes.

Asimismo tiene la potestad de promover y coordinar con personas e instituciones públicas o privadas la realización de actividades en el campo epidemiológico y sanitario.

Asimismo tiene la potestad de promover y coordinar con personas e instituciones públicas o privadas la realización de actividades en el campo epidemiológico y sanitario.

Artículo 77°.- La Autoridad de Salud competente es responsable del control de las enfermedades transmisibles en el ámbito de su jurisdicción.

Artículo 78°.- La Autoridad de Salud de nivel nacional determinará las enfermedades transmisibles de declaración y notificación obligatorias.

Todas las personas naturales o jurídicas están obligadas a proporcionar dicha información epidemiológica, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad que señala el reglamento.

Artículo 79°.- La Autoridad de Salud queda facultada a dictar las medidas de prevención y control para evitar la aparición y propagación de enfermedades transmisibles. Todas las persona naturales o jurídicas, dentro del territorio, quedan obligadas al cumplimiento de dichas medidas, bajo sanción.

Artículo 80°.- Sólo por razones médicas o biológicas podrá establecerse excepciones a la vacunación y revacunación obligatorias, establecida por la Autoridad de Salud de nivel nacional.

Artículo 81°.- Las autoridades administrativas, municipales, militares y policiales, así como los particulares, están obligados a prestar el apoyo requerido por la Autoridad de Salud para controlar la propagación de enfermedades transmisibles en los lugares del territorio nacional en los que éstas adquieran características epidémicas graves.

Artículo 82°.- En la lucha contra las epidemias, la Autoridad de Salud queda facultada para disponer la utilización de todos los recursos médico - asistenciales de los sectores público y privado existentes en las zonas afectadas y en las colindantes.

Artículo 83°.- La Autoridad de Salud es responsable de la vigilancia y control sanitario de las fronteras, así como de los puertos marítimos, aéreos, fluviales, lacustres o terrestres en el territorio nacional.

Artículo 84°.- Transitoriamente, y solo por razones de salud pública, la Autoridad de Salud puede restringir, la realización de actividades de producción de bienes y servicios y las de comercio, así como el tránsito de personas, animales, vehículos, objetos y artículos que representen un grave riesgo para la salud de la población.

Artículo 85°.- Los servicios de sanidad internacional se rigen por las disposiciones de esta ley, sus reglamentos y las normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, así como por los tratados y convenios internacionales en los que el Perú es parte.

Artículo 86°.- Las personas naturales o jurídicas que trabajan con virus, hongos, bacterias o sus componentes y, en general, con agentes biológicos peligrosos para la salud humana, deberán cumplir con las medidas de bioseguridad correspondiente. Sus actividades están sujetas a vigilancia de la Autoridad de Salud competente.

Artículo 87°.- Para evitar la transmisión de enfermedades a las personas, los propietarios o poseedores de animales domésticos, domesticados o en cautiverio deben cumplir las medidas sanitarias que la Autoridad de Salud competente determine. Son responsables frente a terceros los propietarios o poseedores de animales que transmiten enfermedades a las personas. La producción del daño motiva a la pérdida de su propiedad o su posesión, debiendo la Autoridad de Salud competente disponer del mismo en la forma que señala el reglamento.

La Autoridad de Salud competente tiene la libre disposición de los animales sin dueño o abandonados aunque no representen riesgo inmediato para la salud humana.

CAPITULO V

DE LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS, PRODUCTOS COSMETICOS Y SIMILARES, INSUMES, INSTRUMENTAL Y EQUIPO DE USO MEDICO-QUIRURGICO U ODONTOLOGICO, PRODUCTOS SANITARIOS Y PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL Y DOMESTICA

Artículo 88°.- La producción y comercio de alimentos y bebidas destinadas al consumo humano así como de bebidas alcohólicas están sujetos a vigilancia higiénica y sanitaria, en protección de la salud.

Artículo 89°.- Un alimento es legalmente apto para el consumo humano cuando cumple con las características establecidas por las normas sanitarias y de calidad aprobadas por la Autoridad de Salud de nivel nacional.

Artículo 90°.- Queda estrictamente prohibido importar, fabricar, fraccionar, elaborar, comerciar, traspasar a título gratuito, distribuir y almacenar alimentos y bebidas alterados, contaminados, adulterados o falsificados.

Artículo 91°.- Todo alimento y bebida elaborados industrialmente, de producción nacional o extranjera, sólo podrán expenderse previo Registro Sanitario.

Artículo 92°.- La Autoridad de Salud de nivel nacional es la encargada del control sanitario de los alimentos y bebidas, productos cosméticos y similares, así como de insumos, instrumental y equipo de uso médico - quirúrgico u odontológico, productos sanitarios y productos de higiene personal y doméstica.

El Registro Sanitario de alimentos y bebidas, productos cosméticos y similares, así como de insumos, instrumental y equipo de uso médico - quirúrgico u odontológico, productos sanitarios y productos de higiene personal y doméstica, será automático con la sola presentación de una solicitud con carácter de declaración jurada consignando el número de registro unificado de la persona natural o jurídica solicitante, y la certificación de libre comercialización y de uso, pudiendo constar ambas en un solo documento, emitido por la autoridad competente del país de origen o de exportación del producto.

La inscripción en el referido Registro Sanitario es automática, con la sola presentación de los documentos establecidos en la presente disposición, teniendo la autoridad de salud un plazo máximo de 7 días útiles para expedir el documento que acredite el número de registro.

El mencionado Registro Sanitario es temporal y renovable.

Las Aduanas de la República procederán al despacho de las mercancías a que se refiere el presente artículo, exigiendo además de las documentación general requerida para la importación, sólo la declaración jurada del importador consignando el número de registro sanitario, o en su defecto la fecha de presentación de la solicitud correspondiente, así como la fecha de vencimiento en el caso de alimentos envasados, la misma que debe figurar por impresión o etiquetado en los envases de venta al consumidor, conjuntamente con la razón social y Registro Unificado del importador o distribuidor general.

Queda prohibida la venta ambulatoria de insumos, instrumental y equipo de uso médico - quirúrgico u odontológico

Artículo 93°.- Se prohíbe la importación de todo alimento o bebida cuyo comercio, distribución y consumo no estén permitidos en el país de origen por constituir riesgo para la salud..

Artículo 94°.- El personal que intervenga en la producción, manipulación, transporte, conversación, almacenamiento, expendio y suministro de alimentos están obligado a realizarlo en condiciones higiénicas y sanitarias para evitar su contaminación.

Artículo 95°.- La fabricación, elaboración, fraccionamiento, almacenamiento y expendio de alimentos y bebidas debe realizarse en locales que reúnan las condiciones de ubicación, instalación y operación sanitariamente adecuadas, y cumplir con las exigencias establecidas en el reglamento que dicta la Autoridad de salud de nivel nacional.

La Autoridad de salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, verificará periódicamente el cumplimiento de lo establecido en la presente disposición.

CAPITULO VI

DE LAS SUSTANCIAS Y PRODUCTOS PELIGROSOS PARA LA SALUD

Artículo 96°.- En la importación, fabricación, alimentación, transporte, comercio, manejo y disposición de sustancias y productos peligrosos deben tomarse todas las medidas y precauciones necesarias para prevenir daños a la salud humana, animal o al ambiente, de acuerdo con la reglamentación correspondiente.

Artículo 97°.- Cuando la importación, fabricación, transporte, almacenamiento, comercio y empleo de una sustancia o producto se considere peligroso para la salud de la población, el Estado debe establecer las medidas de protección y prevención correspondiente.

Artículo 98°.- La Autoridad de Salud competente dicta las relacionadas con la calificación de las sustancias y productos peligrosos, las condiciones y límites de toxicidad y peligrosidad de dichas sustancias y productos, los requisitos sobre información, empaque, envase, embalaje, transporte, rotulado y demás aspectos requeridos para controlar los riesgos y prevenir los daños que esas sustancias y productos puedan causar a la salud de las personas.

Artículo 99°.- Los residuos procedentes de establecimientos donde se fabriquen, formulen, envasen o manipulen sustancias y productos peligrosos deben ser sometidos al tratamiento y disposición que se señalan las normas correspondientes. Dichos residuos no deben ser vertidos directamente a las fuentes, cursos o reservorios de agua, al suelo o al aire, bajo responsabilidad.

CAPITULO VII

DE LA HIGIENE Y SEGURIDAD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO

Artículo 100°.- Quienes conduzcan o administren actividades de extracción, producción, transporte y comercio de bienes o servicios, cualquiera que éstos sean, tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias para garantizar la promoción de la salud y la seguridad de los trabajadores y de terceras personas en sus instalaciones de trabajo.

Artículo 101°.- Las condiciones de higiene y seguridad que deben reunir los lugares de trabajo, los equipos, maquinarias, instalaciones, materiales y cualquier otro elemento relacionado con el desempeño de actividades de extracción, producción, transporte y comercio de bienes o servicios, se sujetan a las disposiciones que dicta la Autoridad de Salud competente, la que vigilará su cumplimiento.

Artículo 102°.- Las condiciones higiénicas y sanitarias de todo centro de trabajo deben ser uniformes y acordes con la naturaleza de la actividad que se realiza sin distinción de rango o categoría, edad o sexo.

Artículo 103°.- La protección del ambiente es responsabilidad del Estado y de las persona naturales y jurídicas, los que tienen la obligación de mantenerlo dentro de los estándares que para preservar la salud de las personas, establece la Autoridad de Salud competente.

Artículo 104°.- Toda persona natural o jurídica, está impedida de efectuar descargas de desechos o sustancias contaminantes en el agua, el aire o el suelo, sin haber adoptado las precauciones de depuración en la forma que señalan las normas sanitarias y de protección del ambiente.

Artículo 105°.- Corresponde a la Autoridad de Salud competente, dictar las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos para la salud de las persona derivadas de elementos, factores y agentes ambientales, de conformidad con lo que establece, en cada caso, la ley de la materia.

Artículo 106°.- Cuando la contaminación del ambiente signifique riesgo o daño a la salud de las personas, la Autoridad de Salud de nivel nacional dictará las medidas de prevención y control indispensables para que cesen los actos o hechos que ocasionan dichos riesgos y daños.

Artículo 107°.- El abastecimiento de agua, alcantarillado, disposición de excretas, rehuso de aguas servidoras y disposición de residuos sólidos quedan sujetos a las disposiciones que dicta la Autoridad de Salud competente, la que vigilará su cumplimiento.

TITULO TERCERO

DEL FIN DE LA VIDA

Artículo 108°.- La muerte pone fin a la persona. Se considera ausencia de vida al cese definitivo de la actividad cerebral, independientemente de que algunos de sus órganos

o tejidos mantengan actividad biológica y puedan ser usados con fines de transplante, injerto o cultivo.

El diagnóstico fundado de cese definitivo de la actividad cerebral verifica la muerte. Cuando no es posible establecer tal diagnóstico, la constatación de paro cardiaco - respiratorio irreversible confirma la muerte.

Ninguno de estos criterios que demuestran o corroboran por constatación la muerte del individuo, podrán figurar como causas de la misma en los documentos que la certifique.

Artículo 109°.- Procede la práctica de la necropsia en los casos siguientes:

- a) Por razones clínicas, para evaluar la exactitud y precisión diagnóstico y la calidad del tratamiento de pacientes.
- b) Con fines de cremación, para determinar la causa de la muerte y prever la desaparición de pruebas de la comisión de delitos.
- c) Por razones sanitarias, para establecer la causa de la muerte con el propósito de proteger la salud de terceros; y
- d) Por razones médico - legales, para determinar la causa de muerte, en los casos que la ley lo establece o cuando lo ordena la autoridad judicial competente, o para precisar la identidad del fallecido.

Sólo la necropsia por razones clínicas requiere de la autorización a que se refiere el Artículo 47 de la presente ley.

Artículo 110°.- En los casos en que por mandato de la ley deba hacerse la necropsia o cuando se proceda al embalsamamiento o cremación del cadáver se podrá realizar la ablación de órganos y tejidos con fines de transplante o injerto, sin requerirse para ello de autorización dada en vida por el fallecido o del consentimiento de sus familiares.

La disposición de órganos y tejidos de cadáver para los fines previstos en la presente disposición se rige por esta ley, la ley de la materia y su reglamento.

Artículo 111°.- Sólo es permitido inhumar cadáveres en cementerios debidamente autorizados por la Autoridad de Salud competente, conforme a lo que dispone la ley de la materia y su reglamento.

Artículo 112°.- Todo cadáver que haga posible la propagación de enfermedades será cremado previa necropsia.

Artículo 113°.- La Autoridad de Salud competente está obligada a disponer la erradicación de cementerios cuando su ubicación constituya un riesgo para la salud.

Artículo 114°.- Los cadáveres de personas no identificadas o, que habiendo sido identificados, no hubieren sido reclamados dentro del plazo de treintiséis (36) horas luego de su ingreso a la morgue. Para los mismos fines podrán ser dedicados a fines de investigación o estudio. Para los mismos fines podrán utilizarse cadáveres o restos humanos por voluntad manifiesta de la persona antes de fallecer o con consentimiento de sus familiares.

Artículo 115°.- La inhumación, exhumación, traslado y cremación de cadáveres o restos humanos, así como el funcionamiento de cementerios y crematorios se rigen por la disposiciones de esta ley, la ley de la materia y sus reglamentos.

Artículo 116°.- Queda prohibido el comercio de cadáveres y restos humanos.

TITULO CUARTO

DE LA INFORMACIÓN EN SALUD Y SU DIFUSIÓN

Artículo 117°.- Toda persona natural o jurídica, está obligada a proporcionar de manera correcta y oportuna los datos que la Autoridad de Salud requiere para la elaboración de las estadísticas, la evaluación de los recursos en salud y otros estudios especiales que sea necesario realizar y concurren al conocimiento de los problemas de salud o de las medidas para enfrentarlos

Artículo 118°.- En caso de epidemia declarada o de peligro de epidemia, la prensa, la radio, la televisión y todo otro medio de comunicación social debe colaborar con la Autoridad de Salud competente en la forma que el Poder Ejecutivo disponga

Artículo 119°.- La información, la propaganda y la publicidad que se refiere a la salud, al tratamiento de enfermedades, a la rehabilitación, al ejercicio de las profesiones de a salud y servicio a que se refiere esta ley, no debe inducir a conductas, prácticas o hábitos nocivos que impliquen riesgo para la salud física o mental, ni desvirtuar o contravenir las disposiciones que en materia de prevención, tratamiento o rehabilitación de enfermedades establece la Autoridad de Salud.

Sin perjuicio de lo dispuesto en las normas generales de publicidad en defensa del consumidor, la publicidad sobre prestación de servicios de salud no podrá ofrecer tratamientos preventivos, curativos o de rehabilitación cuya eficacia no haya sido comprobada científicamente.

Artículo 120°.- Toda información en materia de salud que las entidades del Sector Público tengan en su poder es de poder es de dominio público. Queda exceptuado la información que pueda afectar la intimidad personal y familiar o la imagen propia, la seguridad nacional y las relaciones exteriores, así como aquellas que se refiere a aspectos protegidos por las normas de propiedad industrial de conformidad con la ley de la materia.

Artículo 121°.- Es obligación de la Autoridad de Salud competente advertir a la población, por los canales y medios más convenientes y que mas se adecuen a las circunstancias, sobre los riesgos y daños que ocasionan o pueden ocasionar a la salud determinados productivos, sustancias o actividades.

TITULO QUINTO

DE LA AUTORIDAD DE SALUD.

Artículo 122°.- La Autoridad de salud se organiza y se ejerce a nivel central, descentrado y descentralizado. La autoridad de Salud la ejercen los órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que les confieren sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales en el campo de la salud.

Artículo 123º.- Entiéndase que la Autoridad de Salud de nivel nacional es el órgano especializado del Poder Ejecutivo que tiene a su cargo la dirección y gestión de la policía nacional como la máxima autoridad normativa en materia de salud.

Artículo 124º.- En aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizadas quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia..

Artículo 125º.- El ejercicio descentralizado de competencias de control en materia de salud, no supone, en ningún caso, el ejercicio de competencia normativa, salvo estipulación en contrario de la propia ley.

La delegación de competencias de control en materia de salud, no supone, en ningún caso, la delegación de facultades normativas.

Artículo 126º.- No se podrá dictar normas que reglamenten leyes o que tengan jerarquía equivalente, que incidan en materia de salud, sin el refrendo de la Autoridad de Salud de nivel nacional.

Artículo 127º.- Quedan sujetas a supervigilancia de la Autoridad de Salud de nivel nacional, las entidades públicas que por sus leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales están facultadas para controlar aspectos sanitarios y ambientales.

Asimismo, quedan sujetos a supervigilancia de la Autoridad de Salud de nivel nacional los Colegios Profesionales de las ciencias de la Salud de nivel nacional los Colegios Profesionales de las ciencias de la Salud, únicamente en lo que se refiere a la vigilancia que éstos realizan sobre las actividades que sus asociados efectúan en el ejercicio de su profesión.

Artículo 128º.- En el uso de las atribuciones que le confieren la presente ley, las leyes orgánicas, las leyes de organización y funciones, otra leyes especiales y que reglamentos, la Autoridad de Salud está facultada a disponer acciones de orientación y educación, practicar inspecciones en cualquier bien mueble o inmueble, tomar muestras y proceder a las pruebas correspondientes, recabar información y realizar las demás acciones que considere pertinentes para el cumplimiento de sus funciones, así como, de ser el caso, aplicar medidas de seguridad y sanciones.

Artículo 129º.- La Autoridad de Salud podrá solicitar el auxilio de la fuerza pública para asegurar el cumplimiento de las disposiciones y medidas que adopte en resguardo de la salud.

TITULO SEXTO

DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD, INFRACCIONES Y SANCIONES

CAPITULO I

DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

Artículo 130°.- Son medidas de seguridad las siguientes:

- a) El aislamiento;
- b) La cuarentena;
- c) La observación personal;
- d) La vacunación de personas;
- e) La observación animal;
- f) La vacunación de animales;
- g) La destrucción o control de insectos u otra fauna transmisora y nociva;
- h) El decomiso o sacrificio de animales que constituyan peligro para la seguridad o la salud de las personas;
- i) La suspensión de trabajos o servicios;
- j) La emisión de mensajes publicitarios que adviertan peligro de daños a la salud de la población;
- k) El decomiso, incautación, inmovilización, retiro del mercado o destrucción de objetos, productos o sustancias;
- l) La suspensión temporal del ejercicio de actividades de producción y comercio ya la restricción del tránsito de personas, animales, vehículos, objetos y artículos;
- m) El cierre temporal o definitivo de empresas o sus instalaciones;
- n) Suspensión o cancelación del registro sanitario; y
- o) Las demás que a criterio de la Autoridad de Salud se consideran sanitariamente justificables, para evitar que se cause o continúe causando riesgo o daños a la salud de la, población.

Artículo 131°.- Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución y se aplican sin perjuicio de las sanciones que correspondan.

Artículo 132°.- Todas las medidas de seguridad que adopta la Autoridad de Salud en aplicación de la ley, se sujetan a los siguientes principios:

- a) Deben ser proporcionales a los fines que se persiguen;
- b) Su duración no debe exceder lo que exige la situación de riesgo inminente y grave que las justificó; y
- c) Debe preferirse aquellas medidas que siendo eficaces para el fin que se persigue, menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de empresa y cualesquiera otros derechos afectados.

Artículo 133°.- El reglamento establece el procedimiento para la aplicación de las medidas de seguridad a que se refiere este capítulo.

CAPITULO II

DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 134°.- Sin perjuicios de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar, las infracciones a las disposiciones contenidas en la presente ley y su reglamento, serán posibles a una o más de las siguientes sanciones administrativas:

- a) Amonestación
- b) Multa
- c) Cierre temporal o clausura del establecimiento; y,
- d) Suspensión o cancelación del registro Sanitario del producto.

Artículo 135°.- Al imponer una sanción, la Autoridad de Salud tendrá en cuenta:

- a) Los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas;
- b) La gravedad de la infracción; y,
- c) La condición de reincidencia o reiterancia del infractor.

Artículo 136°.- Toda sanción se clausura cierre temporal de establecimiento, así como de suspensión o cancelación de Registro Sanitario de productos, debe ser publicada, a costa del infractor, por la Autoridad de Salud en la forma que establece el reglamento.

Artículo 137°.- El reglamento establece la calificación de las infracciones, la escala de sanciones y el procedimiento para su aplicación.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS, TRANSITORIAS Y FINALES

PRIMERA.- Los establecimientos a que se refiere el Artículo 37, los establecimientos dedicados a las actividades comprendidas en los Artículo 56, 64, 95, 96 de la presente ley, así como las agencias funerarias, velatorios y demás servicios funerarios relacionados con éstos no requieren de autorización sanitaria para su habilitación o funcionamiento.

SEGUNDA.- La Autoridad de salud de nivel nacional determina la tarifa por concepto de riesgo sanitario, la misma que no podrá exceder del 10% de la Unidad Impositiva Tributaria. Los ingresos provenientes por dicho concepto serán utilizados exclusivamente para las acciones de inspección y control de calidad.

TERCERA.- En los casos de muerte súbita o accidental, y en tanto no se complete el canje de la Libreta Electoral por el Documento Nacional de Identidad al que se refiere las Leyes N°s. 26497 y 26745, se presume la voluntad positiva del fallecido de donar sus órganos o tejidos para fines de transplante o injerto, sin que se admita prueba en contrario

CUARTA.- Deróganse las siguientes disposiciones:

- a) Decreto Ley N° 17505, que aprueba el Código Sanitario;
- b) Decreto Ley N° 19609, referido a la atención de emergencia;

- c) Ley N° 2348, de 23 de noviembre de 1916, de Declaración, Aislamiento y Desinfección Obligatoria de Enfermedades;
- d) Ley del Ejercicio de la Medicina y la Farmacia, de fecha 28 de noviembre de 1988;
- e) Decreto Ley N° 25596 por el cual se establece los requisitos para la obtención del Registro Sanitario y de las Autorización para la importación del Registro Sanitario y de la Autorización para la importación y comercialización de medicamentos genéricos y de marca;
- f) Tercera Disposición Complementaria del Decreto Ley N° 25988, sobre carné de salud, así como toda disposición legal, administrativa y técnica que establezca la obligatoriedad de obtener y portar carné de salud o documento similar, y
- g) Las demás que se opongan a lo establecido por la presente ley.

QUINTA.- El Ministerio de salud, en término máximo de treinta (30) días, contados a partir de la vigencia de la presente ley, presentará para su aprobación, los reglamentos que se requieran para la ejecución de lo dispuesto por esta ley.

SEXTA.- La presente Ley entrará en vigencia a los ciento ochenta (180) días calendario de su publicación, con excepción de los Capítulos III y V del Título Segundo, que rigen desde el día siguiente a la publicación de esta Ley.

Comuníquense al señor Presidente de la república para su promulgación.

En Lima, a los nueve días del mes de julio de mil novecientos noventa y siete.

VICTOR JOY WAY ROJAS
Presidente del Congreso de la República
CARLOS TORRES Y TORRES LARA
Primer Vicepresidente del Congreso de la República.

3.4 Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM

Lima, 17 de Agosto de 1995

CONSIDERANDO.

Que el, gobierno ha establecido como prioridad social eliminar las diferencias que existen en la población, para el acceso a la información y los servicios de planificación familiar;

Que el costo de los indicados servicios constituye un factor importante que limita el libre ejercicio del derecho de las personas, para decidir voluntariamente sobre el tamaño de sus familias;

De conformidad con lo previsto en los Artículo 1°, 3° inciso f), 4° incisos d) y f), y 7° del Decreto Legislativo 584;

Estando a lo informado por la Dirección de Programas Sociales de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

1. Los establecimientos de salud del Sector Público deberán priorizar y reforzar sus acciones regulares de difusión, información y educación en planificación familiar.
2. Los establecimientos que dependen del Ministerio de Salud y de las Regiones y Subregiones de Salud, deberán suministrar, en forma totalmente gratuita, la más amplia gama de métodos anticonceptivos, a fin de asegurar a las personas su libre e informada elección.

Regístrese, comuníquese y publíquese

EDUARDO YONG MOTTA, Ministro de salud

3.5 Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM

Lima, 06 de Febrero de 1996

Visto el Oficio DGPS-N° 1811-95 de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que los lineamientos de la Política Nacional de Población están orientados al logro del adecuado crecimientos de la población de acuerdo con el desarrollo del país;

Que para asegurar el cumplimiento de dicho objetivo es necesario disponer de un instrumento técnico – normativo que garantice el irrestricto ejercicio del derecho a la salud reproductiva, condición esencial para que el ser humano disfrute plenamente de sus derechos civiles, políticos, económicos y sociales;

Que con tal propósito es conveniente aprobar el “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000”, elaborado por la Dirección de Programas Sociales, y el mismo que describe la situación sociodemográfica actual, especialmente en los aspectos de salud, educación, vivienda y trabajo; señala la misión, objetivos, metas, líneas de acción y estrategias; así como su estructura organizacional y estrategias de financiamiento.

Con la opinión favorable del Vice Ministro de salud;

SE RESUELVE:

1. Aprobar el “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000”, que constituye el marco referencial y estratégico de las acciones locales y de nivel nacional.
2. La dirección de Programas Sociales del Ministerio de Salud, tendrá a su cargo la dirección de la ejecución, coordinación, supervisión y evaluación del Programa, en el ámbito del Sector Salud y demás sectores sociales.
3. Derogar todas las disposiciones administrativas que se opongan a lo normado en el Programa que se aprueba conforme al numeral primero de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

EDUARDO YONG MOTTA
Ministro de Salud

3.6 Resolución Directorial N°001-DGSP

Lima, 29 de febrero de 1996

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 26530 modifica el Artículo VI del Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población para incluir a la anticoncepción quirúrgica voluntaria, ligadura de trompas y vasectomía como métodos anticonceptivos.

Que la citada Ley establece el derecho irrestricto de toda persona mayor de edad a la libre elección para optar por los métodos de anticoncepción quirúrgica voluntaria disponible en el sector público y privado del nivel nacional.

Estando a lo informado por la Dirección de Programas Sociales – Programa Nacional de Planificación Familiar.

SE RESUELVE:

Para acceder a los métodos anticonceptivos quirúrgicos se debe respetar el libre ejercicio de la voluntad personal, de varones y mujeres mayores de edad, no siendo necesaria la autorización del cónyuge, conviviente o pareja.

Regístrese y Comuníquese.

EDUARDO ZÁRATE CÁRDENAS
Director General
Dirección General de salud.