

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA



**“LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD PARA LOS
SOLICITANTES DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO DE
NACIONALIDAD VENEZOLANA CON VIH/SIDA EN EL
PERÚ”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ABOGADA
QUE PRESENTA LA BACHILLER EN DERECHO :**

PAOLA CRISTINA ROJAS GONZALES

ASESOR:

Dr. RAÚL MARTÍN VIDAL CORONADO

**LIMA
2021**

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, quiero agradecer a Dios por permitirme concluir este proyecto de manera satisfactoria; así también, a la universidad, la facultad de Derecho y su plana docente, por enseñarme a no rendirme en la aventura que significa querer lograr tus sueños.

A mi papá Fortunato por su cariño, comprensión y apoyo desde que inicie este proceso, y que ahora desde el cielo comparte mi alegría al lograr uno de nuestros sueños, siempre te llevaré en mi corazón, gracias por seguir guiándome desde donde estés.

A mi mamá Adela por su valentía, cariño, apoyo y paciencia que siempre me ha demostrado, a pesar de las dificultades que nos ha tocado vivir, gracias por ayudarme a seguir adelante y no caer en el proceso.

Asimismo, agradezco a mis abuelitas Cristina y Paulina, mis tíos Víctor, Maura, Esperanza, Jesús, René y Techí, hermanos, primos hermanos, familia y amigos, por acompañarme, exigirme y hacer de ustedes la preocupación por la conclusión de la presente investigación.

También agradezco a mi compañero de vida, Raúl, y a mi segunda familia, por su cariño durante el tiempo que nos conocemos, y por brindarme su apoyo incondicional en el transcurso del desarrollo de mi investigación.

Finalmente, quisiera agradecer de manera especial al Dr. Edgardo Rodríguez Gómez quien, desde el inicio de este proceso de investigación, tuvo la paciencia de entender mis objetivos y guiarme en el estudio de los derechos humanos, así también por el compromiso que siempre mostró porque este proyecto pudiera hacerse realidad, le estoy eternamente agradecida. De la misma forma agradecer al Dr. Raúl Martín Vidal Coronado por brindarme su apoyo y aceptar ser partícipe de este reto maravilloso que implica concluir una tesis.

A todos muchísimas gracias.

RESUMEN

La movilidad humana involucra la movilización de personas que, de manera voluntaria o forzada, salen de sus países y deciden trasladarse a otros, siendo muchas veces flujos mixtos que involucran migrantes, refugiados, asilados, entre otros. En nuestra región actualmente atravesamos por la situación de movilidad de la población venezolana, donde casi 6 millones de personas se encuentran fuera de Venezuela (entre migrantes, refugiados y solicitantes de la condición de refugiado), quienes han llegado a países de destino como Perú, Colombia, Ecuador, Chile y Argentina. En ese sentido, el Perú es el país que más solicitudes de la condición de refugiado ha recibido desde que se inició el proceso de movilidad; por ello, el Estado peruano se ha visto en la necesidad de formular y adoptar mecanismos que permitan el control y la integración de esta población.

Asimismo, en este grupo en movilidad se han encontrado personas que viven con VIH/SIDA, que al ver vulnerados sus derechos en Venezuela deciden salir en busca de tratamiento y el acceso a servicios de salud en otros países, como una última oportunidad de vivir. En este contexto, las medidas que se han adoptado para atender a los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA son limitadas, por lo que es necesario determinar la normativa adecuada que satisfaga la protección de los derechos humanos y fundamentales de esta población en situación de vulnerabilidad, principalmente del derecho a la salud, permitiendo temporalmente y excepcionalmente su afiliación regular, a través de una norma, al Sistema Integral de Salud (SIS) subsidiado.

Palabras claves: Movilidad humana, refugio, migración, solicitantes, Venezuela, Perú, VIH/SIDA, derecho internacional, derechos humanos, derecho a la salud, situación de vulnerabilidad, sistema integral de salud.

ABSTRACT

Human mobility involves the mobilization of people who, voluntarily or forcibly, leave their countries and decide to move to others, these often being mixed flows involving migrants, refugees, asylees, among others. In our region we are currently going through a situation of mobility of the Venezuelan population, where almost 6 million people are outside Venezuela (having migrants, refugees and applicants for the refugee status), who have arrived to their country of destination such as Peru, Colombia, Ecuador, Chile and Argentina. In this regard, Peru is the country that has received the most applications for the refugee status since the mobility process began; for this reason, the Peruvian State has found it necessary to formulate and adopt mechanisms to control and integrate this population.

In addition, this mobility group included people living with HIV/AIDS, seeing that their rights are being violated in Venezuela, they decided to seek and look for medical treatment and access to health services in other countries, like the last chance to live. In this context, the measures that have been adopted to attend to applicants, for the refugee status, living with HIV/AIDS are limited, so it is necessary to determine the appropriate regulations that satisfy the protection of the human rights and fundamental rights of this population in a situation of vulnerability, mainly the right to health, temporarily and exceptionally allowing their regular affiliation through a rule to the subsidized Integral Health System (IHS).

Key words: Human mobility, refuge, migration, applicants, Venezuela, Peru, HIV/AIDS, international law, human rights, right to health, vulnerable situation, integral health system.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACNUDH	:	“Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos”
ACNUR	:	“Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados”
Carta de Banjul	:	“Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos”
CEPR	:	“Comisión Especial para los Refugiados”
CERD	:	“Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial”
CIDH	:	“Comisión Interamericana de Derechos Humanos”
CIREFCA	:	“Conferencia Internacional sobre Refugiados Centroamericanos”
CODEVIDA	:	“Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida”
Convención de 1951	:	“Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951”
Convención de la OUA	:	“Convención de la Organización de la Unidad Africana por la que se regulan los aspectos específicos de problemas de los refugiados en África”
Corte IDH	:	“Corte Interamericana de Derechos Humanos”
Declaración de Cartagena	:	“Declaración de Cartagena sobre Refugio”

DUDH	: “Declaración Universal de Derechos Humanos”
EPU	: “Examen Periódico Universal”
ESSALUD	: “Seguro Social de Salud”
FMI	: “Fondo Monetario Internacional”
MINSA	: “Ministerio de Salud”
Migraciones	: “Superintendencia Nacional de Migraciones”
MRE	: “Ministerio de Relaciones Exteriores”
OBIMID	: “Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo”
OEA	: “Organización de Estados Americanos”
OIM	: “Organización Internacional para las Migraciones”
OMS	: “Organización Mundial de la Salud”
ONGs	: “Organizaciones No Gubernamentales”
ONU	: “Organización de las Naciones Unidas”
ONUSIDA	: “Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA”
OPS	: “Organización Panamericana para la Salud”
OUA	: “Organización de la Unidad Africana”
OVCS	: “Observatorio Venezolano de Conflictividad Social”
OVS	: “Observatorio Venezolano de la Salud”
PNUD	: “Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo”

Pacto de San José	: “Convención Americana sobre Derechos Humanos”
PIDESC	: “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”
PEAS	: “Plan Esencial de Aseguramiento en Salud”
Protocolo de 1967	: “Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de 1967”
Protocolo de San Salvador	: “Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”
PROVEA	: “Programa Venezolano de Educación - Acción en Derechos Humanos”
PTP	: “Permiso Temporal de Permanencia”
SIDA	: “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”
SIS	: “Seguro Integral de Salud”
SPIJ	: “Sistema Peruano de Información Jurídica”
SUSALUD	: “Superintendencia Nacional de Salud”
TAR	: “Tratamiento Antirretroviral”
UNESCO	: “Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura”
UNRWA	: “Organización de las Naciones Unidas para la Ayuda a los Refugiados Palestinos en el Próximo Oriente”
VIH	: “Virus de Inmunodeficiencia Humana”

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
SIGLAS Y ABREVIATURAS	4
ÍNDICE	7
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	16
1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	21
1.1.1. Problema General	22
1.1.2. Problema Específico	22
2. HIPÓTESIS	22
2.1. HIPÓTESIS GENERAL	22
2.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA	22
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVO GENERAL	23
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	23
4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	23
5. ESTADO DE LA CUESTIÓN	25
6. METODOLOGÍA	28
7. MARCO TEÓRICO	29
CAPÍTULO II: MOVILIDAD HUMANA	31
1. PERSONAS EN SITUACIÓN DE MOVILIDAD HUMANA	31
1.1. DEFINICIÓN DE MOVILIDAD HUMANA	31
1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MOVILIDAD HUMANA	34
1.3. TIPOS DE MOVILIDAD HUMANA	37
1.4. DIFERENCIA ENTRE MOVILIDAD HUMANA, MIGRACIÓN Y REFUGIO	38
2. FACTORES DE LA MOVILIDAD VENEZOLANA	39
2.1. CAUSAS DE LA MOVILIDAD	41

2.1.1. Causas Económicas	41
2.1.2. Causas Políticas	42
2.1.3. Causas Sociales	43
2.1.4. Crisis en la Salud	44
3. EL PERÚ COMO PAÍS DE DESTINO PARA LOS MIGRANTES Y REFUGIADOS VENEZOLANOS	47
CAPÍTULO III: EL ESTATUTO DE REFUGIADOS	51
1. LA FIGURA DEL REFUGIO EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL	51
1.1. INSTRUMENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS REFUGIADOS	52
1.1.1. A Nivel Universal.....	52
1.1.2. A Nivel Regional	59
1.2. ASILO Y REFUGIO: SU TRATAMIENTO REGIONAL	64
1.3. EL DERECHO DE PETICIÓN Y SU ADMISIBILIDAD EN EL REFUGIO	67
1.4. CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CONDICIÓN DE REFUGIADO A LA LUZ DE LA “CONVENCIÓN DE 1951” Y EL “PROTOCOLO DE 1967”	68
1.4.1. “Fundados temores de ser perseguido”.....	68
1.4.2. “Por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas”	69
1.4.3. “Se encuentre fuera del país de su nacionalidad”.....	71
1.4.4. “Y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país”.....	72
1.4.5. “O que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él”	72
1.5. CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CONDICIÓN DE REFUGIADO A LA LUZ DE LA “DECLARACIÓN DE CARTAGENA”	73
1.5.1. “Violencia generalizada”.	73
1.5.2. “Agresión extranjera”.	73
1.5.3. “Conflictos internos”.....	74
1.5.4. “Violación masiva de los derechos humanos”.....	74

1.5.5. “Otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público”	74
1.6. LA SITUACIÓN DEL SOLICITANTE A NIVEL INTERNACIONAL	75
2. EL REFUGIO EN EL PERÚ	78
2.1. “ DECRETO SUPREMO N.º 001-85-RE, REGLAMENTO QUE ORDENA LA SITUACIÓN JURÍDICA DE LOS REFUGIADOS Y ASILADOS POLÍTICOS DEL PERÚ ”	78
2.2. “ LEY N.º 27891, LEY DEL REFUGIADO ” (LEY) Y EL “ DECRETO SUPREMO N.º 119-2003-RE, REGLAMENTO DE LA LEY DEL REFUGIADO ” (REGLAMENTO)	79
2.2.1. Definiciones de refugiado en la Ley	80
2.2.2. Principios en la Ley y el Reglamento	82
2.2.3. Entidades especializadas en la materia	83
2.2.4. Procedimiento para la calificación de la calidad de refugiado	83
2.2.5. Derechos y obligaciones de los refugiados	85
2.3. “ DECRETO LEGISLATIVO N.º 1350, LEY DE MIGRACIONES ” Y EL “ DECRETO SUPREMO N.º 007-2017-IN, REGLAMENTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N.º 1350 ”	86
2.4. LA SITUACIÓN DEL SOLICITANTE EN EL PERÚ	86
CAPÍTULO IV: EL DERECHO A LA SALUD	92
1. DERECHO A LA SALUD: EL PARADIGMA DE LA GARANTÍA DE LA SALUD	92
1.1. DEFINICIÓN DE LA SALUD	92
1.2. LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO	95
1.3. LA SALUD COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL	98
1.4. EL DERECHO A LA SALUD	100
1.4.1. Elementos esenciales del derecho a la salud	102
1.4.2. Características del derecho a la salud	105
1.4.3. El derecho a la salud y su relación con otros derechos	106
2. PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD POR MEDIO DE LOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES Y REGIONALES DE DERECHOS HUMANOS	106

2.1. A NIVEL INTERNACIONAL	107
2.1.1. La “ <i>Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial</i> ”	107
2.1.2. La “ <i>Convención sobre los Derechos del Niño</i> ”	107
2.1.3. La “ <i>Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer</i> ”	108
2.1.4. La “ <i>Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares</i> ”	108
2.1.5. La “ <i>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</i> ”	109
2.2. A NIVEL REGIONAL	109
2.2.1. El “ <i>Pacto de San José</i> ”	109
2.2.2. El “ <i>Protocolo de San Salvador</i> ”	110
2.2.3. La “ <i>Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales</i> ”	110
2.2.4. La “ <i>Carta Social Europea en su forma revisada</i> ”	110
2.2.5. La “ <i>Carta de Banjul</i> ”	111
3. ¿QUE SE ENTIENDE POR SISTEMA DE SALUD, ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD?	113
3.1. LA SALUD PÚBLICA	114
3.1.1. Las funciones esenciales de la salud pública	115
3.1.2. Actividades de la salud pública	116
4. EL DERECHO A LA SALUD PARA REFUGIADOS DESDE LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL	117
4.1. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS SOLICITANTES DESDE LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL	119
5. DERECHO A LA SALUD PARA REFUGIADOS DESDE LA PERSPECTIVA NACIONAL	120
5.1. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS SOLICITANTES DESDE LA PERSPECTIVA NACIONAL	122
CAPÍTULO V: LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN VENEZUELA Y EL PERÚ PARA PERSONAS CON VIH/SIDA	124
1. ALGUNOS ALCANCES SOBRE EL VIH Y SIDA	124

1.1. ¿QUÉ ES EL VIH/SIDA?	124
1.2. TRANSMISIÓN DEL VIH.....	125
1.3. TRATAMIENTO	125
1.4. ¿QUÉ IMPLICA HABLAR DE VIH Y OTRAS ENFERMEDADES?	126
1.5. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES Y REGIONALES, VINCULANTES Y NO VINCULANTES, CON ENFASIS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA	128
2. LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD A PARTIR DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA DE 1999	133
2.1. EL COLAPSO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA	136
2.2. LA REALIDAD DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA EN VENEZUELA Y SU MOVILIZACIÓN FORZOSA.....	139
3. DERECHO A LA SALUD EN EL PERÚ	142
3.1. EL SIS.....	147
3.1.1. Situación actual del SIS	151
3.2. EL DERECHO A LA SALUD PARA LAS PERSONAS CON VIH/SIDA EN EL PERÚ	153
CAPÍTULO VI: LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD PARA LOS SOLICITANTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA DE NACIONALIDAD VENEZOLANA EN EL PERÚ	161
1. CONTEXTO ACTUAL.....	161
1.1. TRATAMIENTO NACIONAL DE LOS SOLICITANTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA DE NACIONALIDAD VENEZOLANA	163
1.2. COOPERACIÓN INTERNACIONAL.....	172
2. LOS SOLICITANTES CON VIH/SIDA DE NACIONALIDAD VENEZOLANA FRENTE A UNA NUEVA REALIDAD: PANDEMIA DEL COVID-19.....	176
3. RESPUESTAS A LA INSUFICIENCIA Y LA INEFICACIA PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS SOLICITANTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA DE NACIONALIDAD VENEZOLANA: LA TESIS.....	183
APORTE AL DERECHO.....	190

MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	195
CONCLUSIONES	196
BIBLIOGRAFÍA	200
ANEXO	224

INTRODUCCIÓN

*“No one leaves home unless
home is the mouth of a shark
you only run for the border
when you see the whole city running as well...”
Home - Warsan Shire¹*

La idea de elaborar el presente trabajo de investigación surge de la experiencia obtenida durante mi primera práctica pre profesional, la cual realicé, durante todo el año 2018, en la Oficina de Derecho Internacional Público del MRE del Perú. En dicha etapa pude ser partícipe de diferentes acontecimientos y situaciones que el Estado peruano tuvo que afrontar, siendo uno en específico el que llamo mi atención, la llegada masiva de personas de nacionalidad venezolana al país.

Es así que durante la realización de mis labores pude advertir las diversas interrogantes que se planteaban al respecto, así como la necesidad de poder presentar respuestas efectivas que brindaran protección y ayuda a este grupo en movilidad; de esta experiencia pude conocer y analizar las distintas perspectivas que plantea el Derecho Internacional para brindar soluciones a este tipo de situaciones, teniendo como base el marco internacional que garantiza la protección de los derechos humanos de las personas, sean nacionales o no.

El interés por el tema de investigación surge de mi deseo de brindar un aporte al país a través de la propuesta de un marco normativo que brinde soluciones a situaciones que no se previeron pero que tampoco eran imposibles de suceder, pues a pesar de ser un país de destino para refugiados y migrantes nuestro sistema nunca antes se había enfrentado a grandes grupos en movilización.

En ese marco, el tema que aborda la presente tesis es la protección del derecho a la salud para los solicitantes de la condición de refugiado (en adelante, se les denominará solicitantes) de nacionalidad venezolana que viven con VIH/SIDA en

¹ Shire Warsan, “Home”, en *FACING HISTORY & OURSELVES*, 2015. <<<https://www.facinghistory.org/standing-up-hatred-intolerance/warsan-shire-home>>>. Consultado el 13/01/21.

el Perú, su desarrollo se encuentra dividido en seis capítulos en los que se busca explicar y dar respuestas jurídicas al fenómeno.

En el capítulo I se desarrolla el diseño de la investigación explicando la delimitación del problema, las hipótesis, los objetivos, la justificación, el estado de la cuestión, la metodología y el marco teórico, que orientan el desarrollo de los capítulos del cuerpo de la tesis.

Así también, en el capítulo II se desarrolla y analiza el concepto general de la movilidad humana, su definición, características y tipos, permitiendo que se pueda realizar una diferenciación conceptual con los términos de migración y refugio. Este primer acercamiento nos ayuda a identificar diversas situaciones que la región viene atravesando, permitiendo analizar el contexto venezolano desde el origen y las causas por las que se encuentra en una profunda crisis que ha obligado a millones de sus ciudadanos a movilizarse fuera de su país, entre migrantes y refugiados, buscando nuevas oportunidades en países de destino como el Perú.

El capítulo III se centra en el análisis del estatuto de los refugiados, diferenciándolo de la categoría de asilo, desde el ámbito internacional y regional. El primero a través de los instrumentos universales como la DUDH, el *“Estatuto de la ACNUR”*, la *“Convención de 1951”*, el *“Protocolo de 1967”* y otros; y el segundo a través de instrumentos regionales como la *“Declaración de Cartagena”*, la *“Declaración de San José”*, la *“Declaración de Tlatelolco”*, la *“Declaración y Plan de Acción de México”*, entre otros; asimismo se analiza la figura de los solicitantes y su vulnerabilidad. Sobre la base de dichos instrumentos, se hace un estudio del marco normativo del refugio en el Perú según la *“Ley N.º 27891, Ley del Refugiado”* y el *“Decreto Supremo N.º 119-2003-RE, Reglamento de la Ley del Refugiado”*.

En el capítulo IV se analiza el derecho a la salud, desde la conceptualización de la salud en general hasta su identificación como un derecho humano y derecho fundamental que posee características, elementos esenciales y se interrelaciona con otros derechos, que además cuenta con la protección de instrumentos

internacionales y regionales de derechos humanos. Por ello, conforme al marco antes señalado se analiza el derecho a la salud para los refugiados y los solicitantes, desde una perspectiva internacional y nacional.

Asimismo, en el capítulo V, se estudia los sistemas de salud de Venezuela y Perú, así como la garantía del derecho a la salud en ambos sistemas para las personas que viven con VIH/SIDA teniendo en cuenta las particularidades y el impacto de la enfermedad, así como de los instrumentos internacionales y regionales que ofrecen atención y cuidado a este grupo en específico.

Finalmente, en el capítulo VI, conforme a los conceptos ya desarrollados, se busca construir un marco que permita entender la situación actual de los solicitantes de nacionalidad venezolana que viven con VIH/SIDA en el Perú identificando las medidas de protección y asistencia adoptadas por el Estado, así como la participación de la cooperación internacional. Además, se realiza un análisis de los efectos que la pandemia del COVID-19 ha tenido en este grupo en situación de vulnerabilidad.

CAPÍTULO I: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La Movilidad Humana es la denominación utilizada para identificar procesos de movilización que pueden ser motivados por diversas razones, sean voluntarios o forzados. Su concepción ha ido variando desde tiempos muy antiguos por lo que se considera a la movilidad como una característica inseparable de la condición humana, incluso esta característica permitió que el ser humano desarrollara su capacidad adaptativa. La comprensión de estos procesos se ha desarrollado lentamente en el tiempo; sin embargo, dado el contexto actual, tanto a nivel mundial como regional, nos vemos en la necesidad de entender, con mayor rapidez, la movilidad de una mayor cantidad de personas cuyo impacto sin precedentes genera cambios a nivel cultural, social, ambiental, económico, entre otros².

A nivel regional, un caso actual es el que sucede con Venezuela, puesto que sus ciudadanos se han visto impulsados a moverse hacia otros países, ya sea dentro del mismo continente u otros, en búsqueda de mejores condiciones y oportunidades, a través de un proceso complejo que involucra a migrantes y refugiados³.

Venezuela, durante el siglo XX, fue un destino para migrantes que deseaban obtener mejores oportunidades que garantizase una vida más digna, en ese sentido la población venezolana no requería ni necesitaba salir de su país, siendo una excepción los casos por razones de estudio u oportunidades de trabajo; por ello se puede comprender la falta de experiencia y cultura migratoria, así como que no requirieran de la asistencia de otros países, como países de acogida⁴.

2 Sanz Nuria y Valenzuela José, "Migración y Cultura", UNESCO, Tijuana, 2016, 21.

3 Bermúdez Yovanny, Mazuera - Arias Rina, Albornoz - Arias Neida y Morffe Peraza Miguel, "Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran [9 de abril al 6 de mayo de 2018]", Servicio Jesuita a Refugiados, San Cristóbal, 2018, 4.

4 Castillo Tomás y Reguant Mercedes, "Percepciones sobre la Migración Venezolana: Causas, España como Destino, Expectativas de Retorno", en *Migraciones - Revista del Instituto*

Durante los últimos años la población venezolana ha venido padeciendo por la crisis económica, la falta de servicios de salud, la represión social y política, además del déficit de protección por parte de las entidades estatales encargadas de salvaguardar la institucionalidad y la protección de los derechos humanos en el país.

La mayoría de esta población ha elegido como países de destino primordialmente a los ubicados dentro de la región (Brasil, Colombia, Chile, Perú y Ecuador), sin embargo, ello no limita que migrantes y refugiados lleguen a Europa u otros continentes, ya que las cifras demuestran que la presencia de personas venezolanas alrededor del mundo es amplia. Hasta el 5 de junio del presente año 5 millones 636 mil 986 venezolanos entre migrantes, refugiados y solicitantes se encuentran fuera del Estado venezolano, suma que podría ser mayor puesto que no integra a venezolanos con estatus migratorio irregular, asimismo al 31 de diciembre del 2020 cerca de 850 mil 818 eran solicitantes y solo 171 mil 793 fueron reconocidos como refugiados⁵.

Si bien todas las personas en movilidad (migrantes y refugiados) de nacionalidad venezolana se encuentran en una situación de vulnerabilidad, se debe reconocer que existen ciertos factores que pueden incrementar aún más su vulnerabilidad, sea por su sexo, edad, padecimiento de enfermedades crónicas como VIH/SIDA, cáncer, entre otros.

Las personas que viven con VIH/SIDA, en el contexto venezolano, se han visto afectados por la falta de acceso a medicamentos, TAR, exámenes y consultas médicas necesarias para poder controlar la enfermedad, lo que ha motivado su movilización. Cerca del 10% de los venezolanos con VIH han abandonado

Universitario de Estudios sobre Migraciones, Madrid, 2017, 133-163. <<<https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/7892/7677>>>. Consultado el 13/01/21.

⁵ Portal Operacional-Situaciones de Refugiados y Migrantes, *R4V - Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela*. <<<https://r4v.info/es/situations/platform>>>. Consultado el 13/01/21.

Venezuela en los últimos años y casi 8 mil de ellos han emigrado principalmente a países de la región⁶.

En el caso peruano se debe tener en cuenta que el ingreso de la población venezolana al país se vio en aumento a partir del año 2017, los primeros grupos optaron por que se les reconozca la condición de refugiados sobre la base de la violación masiva de derechos humanos en Venezuela. En ese marco, es necesario señalar que el Estado peruano ha suscrito y adoptado, a nivel multilateral, la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*”, que ha permitido que hoy en día se pueda hablar de un Derecho Internacional de los refugiados en el país.

Por ello, conforme a los instrumentos internacionales desarrollados en el párrafo anterior, el Estado peruano estableció la “*Ley N.º 27891, Ley del Refugiado*”, y su respectivo reglamento, que tienen como propósito normar el ingreso, reconocimiento y las relaciones jurídicas con el refugiado, que además incluye la definición establecida en la “*Declaración de Cartagena*”.

El proceso para la obtención del estatus de refugiado comienza con la entrega de una solicitud con la que se adquiere el carné de solicitante, posterior a ello se debe pasar por una entrevista y esperar la decisión de la CEPR del MRE en un plazo máximo de 60 días, el mismo que puede extenderse dadas las circunstancias de la evaluación. Cabe señalar que el reconocimiento de refugiado otorgado por un Estado es declarativo más no constitutivo.

La legislación peruana, con el propósito de la integración de los refugiados en el país, le garantiza el derecho al trabajo, a la no discriminación, la reunificación familiar, la residencia temporal, documentos de identidad gratuitos, entre otros⁷.

⁶ Agencia EFE, *Cerca del 10% de venezolanos con VIH han abandonado el país, según la ONU*, 2019. <<[⁷ Feline Luisa y Montoro Alejandro, *La condición de refugiados en el Perú: beneficios y límites*, PÓLEAMOS, 2018. <<\[18\]\(http://polemos.pe/la-condicion-refugiados-peru-beneficios-limites/#_ftn8>>”. Consultado el 13/01/21.</p></div><div data-bbox=\)](https://www.efe.com/efe/america/sociedad/cerca-del-10-de-los-venezolanos-con-vih-han-abandonado-el-pais-segun-la-onu/20000013-3879409#>>”. Consultado el 13/01/ 21.</p></div><div data-bbox=)

Respecto de los solicitantes se señala, en la *“Guía de Información para Refugiados y Solicitantes de la Condición de Refugiado en el Perú”*, que tienen derecho a la no devolución, a transitar libremente, a recibir educación, a no ser discriminado, a practicar libremente su religión, a trabajar, a recibir protección contra la violencia de índole sexual y de género, y el derecho a la salud; sobre este último se establece que pueden y deben ser atendidos en los hospitales y sistemas públicos de atención de salud⁸.

La situación jurídica de los solicitantes en el Perú se encuentra ubicada en un limbo entre migrantes y refugiados, es decir no se consideran migrantes ni han sido reconocidos como refugiados por el país de acogida. Los solicitantes no son migrantes porque no deciden salir de su país por voluntad propia, sino que, lo hacen de manera forzada debido a los motivos establecidos en normas internacionales como la *“Convención de 1951”*, el *“Protocolo de 1967”* y demás. Por ello, el criterio de la presente tesis no tiene un enfoque cuantitativo sino una preocupación por la urgencia de la protección ante las vulnerabilidades que presenta este grupo en específico y que generan riesgos de alcance internacional, así como de los riesgos que se pueden plantear en la salud y vida de la población nacional.

El sistema de refugio en el Perú ha venido sufriendo una serie de problemas debido a la gran cantidad de solicitudes que se presentaron, generando una saturación del sistema que ha llevado a la ampliación de los plazos de espera, por lo que mientras se resuelve su solicitud el carné de solicitante es el único documento que poseen. Sin embargo, se debe señalar que el carné de solicitante carece de reconocimiento en la sociedad peruana en general, incluso no es posible abrir una cuenta en una entidad bancaria, ni ser utilizado para acceder al SIS que reconoce únicamente el Carné de Extranjería (CE) como documento de identidad válido⁹.

⁸ MRE del Perú, Servicio Jesuita de la Solidaridad y ACNUR, *Guía de información para refugiados y solicitantes de la condición de refugiado en Perú*, 2017, 1. <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Peru/Guia_para_refugiados_y_solicitantes_antes_de_la_condicion_de_refugiado_en_Peru_2017.pdf>>. Consultado el 13/01/21.

⁹ Defensoría del Pueblo, *Estado debe dictar medidas de protección en favor de los que piden refugiarse en el país*, 2018. <<<https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-recomienda-al>>>.

El sistema de salud peruano se encuentra limitado en su acceso por una serie de criterios laborales o económicos, aplicados sin distinción alguna a la población nacional y extranjera. Por ello, el acceso al SIS depende de una serie de requisitos documentales que involucra principalmente la presentación del Documento Nacional de Identidad (DNI) para los nacionales y el CE para los extranjeros. Los solicitantes de nacionalidad venezolana se encuentran en una situación de espera, que en muchos casos ya han sobrepasado los 3 años, permaneciendo aún en riesgo, enfrentándose a diversas situaciones en las que el carné de solicitante que poseen no es reconocido como un documento válido para acceder al servicio de salud público.

El grupo en mayor situación de vulnerabilidad que se ha enfrentado a estas trabas han sido las personas que viven con VIH/SIDA que llegaron desde Venezuela al Perú y que han solicitado el reconocimiento de la condición de refugiado en vista a la vulneración de su derecho a la salud en su país de origen, por lo que llegan en busca de protección internacional que les permita salvaguardar su vida y garantizar su acceso al sistema de salud peruano, sobre todo al SIS subsidiado.

Si bien en el Perú el TAR se encuentra garantizado para toda persona sea nacional o no, este se brinda accediendo al sistema de salud peruano a través de un proceso en el que se requiere consultas médicas, exámenes y la apertura de una historia clínica. En el caso de los solicitantes, al no poder acceder al SIS subsidiado, tienen que costear los gastos que implican estos trámites; así también, no solo requieren del TAR sino de evaluaciones médicas de diversas especialidades que permitan identificar infecciones, enfermedades oportunistas u otros padecimientos, ya que al estar expuestos a una escasez de medicamentos y tratamientos su condición se ha visto agravada.

Las personas que viven con VIH/SIDA cuentan a nivel internacional con la protección del Sistema Universal de Derechos Humanos y a nivel regional del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, ambos poseen normativa que

estado-que-dicte-medidas-de-proteccion-en-favor-de-los-que-piden-refugiarse-en-el-pais/>>. Consultado el 13/01/21.

permite y garantiza la protección del derecho a la salud de esta población, por ello:

“La prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo son elementos que se refuerzan mutuamente y una secuencia continua para una respuesta eficaz al VIH. Deben integrarse en un enfoque amplio y es necesaria una respuesta polifacética. El tratamiento, atención y apoyo integrales incluyen fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos; pruebas diagnósticas y otras tecnologías relacionadas para la atención del VIH y el SIDA, de las infecciones oportunistas y de otras enfermedades; buena alimentación y apoyo social, espiritual y psicológico, así como atención familiar, comunitaria y domiciliaria...El acceso universal, basado en los principios de los derechos humanos, requiere que todos estos bienes, servicios e información no sólo estén disponibles y sean aceptables y de buena calidad, sino también que estén al alcance físico de todos y sean asequibles para todos”.¹⁰

Ante esta situación es bueno tener en cuenta que durante el 2017 el Estado peruano pasó por el EPU realizado por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, en dicho examen se felicitó al Perú por ir adoptando dentro de su sistema legislativo un marco de fortalecimiento para la defensa de los derechos humanos, así como también la lucha contra la discriminación; pero se nos instó a seguir mejorando nuestro ordenamiento jurídico enmarcado en las nuevas situaciones que viene atravesando el mundo¹¹.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Sobre la base de lo ya expuesto, se plantean las siguientes interrogantes:

¹⁰ ACNUDH y ONUSIDA, “Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (Versión consolidada de 2006)”, ACNUDH y ONUSIDA, Ginebra, 2007, 38.

¹¹ ONU, *Examen Periódico Universal - Perú*, 2017. <<[https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/368/26/PDF/G1736826.pdf? OpenElement](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/368/26/PDF/G1736826.pdf?OpenElement)>>. Consultado el 13/01/21.

1.1.1. Problema General

¿Son suficientes las medidas que el Estado peruano ha diseñado para afrontar la situación de los solicitantes de la condición de refugiado de nacionalidad venezolana, conforme a un enfoque basado en derechos humanos?

1.1.2. Problema Específico

¿Son eficaces las medidas, en materia de salud, que el Estado peruano ha adoptado para afrontar la situación de los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA de nacionalidad venezolana?

2. HIPÓTESIS

2.1. HIPÓTESIS GENERAL

El Estado peruano cuenta con un marco normativo sobre el refugio, que tiene como base los estándares internacionales del tratamiento del sistema internacional en el marco de la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*”, así como de otros instrumentos regionales, por lo que muchas de las medidas que se han adoptado frente a los solicitantes giran en torno a ello. Sin embargo, las respuestas y medidas que se han desarrollado son limitadas pues no existen los recursos económicos necesarios ni una adecuada política de integración por parte del Estado, por lo que para superar la insuficiencia se requiere reforzar el marco de protección a los solicitantes desde una perspectiva de derechos humanos con mayor acción tanto del Estado peruano y la ayuda de la cooperación internacional.

2.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA

El estatuto de refugio tiene un carácter internacional, de valor social y humanitario, que de por sí brinda ayuda a una población que se encuentra en situación de vulnerabilidad; sin embargo, se requiere comprender y evaluar la situación de mayor vulnerabilidad que las personas solicitantes atraviesan cuando son afectadas por pandemias que deterioran su salud. Por ello, los

solicitantes que viven con VIH/SIDA requieren ser atendidos en un marco de protección especial, gozando sin distinción alguna del reconocimiento de sus derechos humanos y fundamentales, principalmente el derecho a la salud.

Las medidas que el Estado peruano ha adoptado como país de acogida, respecto de la protección del derecho a la salud, para los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA no han sido las adecuadas ni las más eficaces, pues se carece de una respuesta desde el marco de la figura del refugio, por lo que se requiere de una interpretación desde la obligación de garantía que tiene el Estado, a través de los medios y procedimientos adecuados para responder a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran, y además requieren de una atención prioritaria.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las medidas que superen las insuficiencias y satisfagan la protección de los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA en el Perú en el ámbito de sus derechos humanos y fundamentales, así como de su acceso a los servicios públicos.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar las carencias del sistema de refugio en el Perú respecto de la protección del derecho a la salud de los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA y proponer respuestas eficaces a través de un procedimiento especial por su situación de vulnerabilidad.

4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio del presente tema de investigación es necesario e importante debido a la situación actual que los países de la región vienen atravesando, durante los últimos años, en el contexto de la movilización humana de la población venezolana que incluye a migrantes, solicitantes y refugiados. Antes del nuevo contexto, los grandes procesos de movilidad eran vistos de forma ajena en la

región, por lo que países como Ecuador, Colombia, Perú, Brasil y Chile no se encontraban preparados para ser países de destino o acogida para quienes huían de Venezuela en busca de oportunidades y mejores condiciones de vida, por lo que en el proceso tuvieron que ir configurando y adecuando sus ordenamientos normativos para brindar soluciones.

En el contexto peruano la población venezolana puso sus expectativas, como medida de solución, en el sistema de refugio que el país tiene establecido, lo cual desencadenó solicitudes masivas de la condición de refugiado y una población identificada únicamente con el carné de solicitante cuya validez es casi desconocida en el país, incluso para poder atenderse en los centros médicos. La sobrecarga llevó a revelar la carencia de un sistema que nunca estuvo preparado para una situación de grandes magnitudes, en la que además se encuentran inmersos individuos en mayor situación de vulnerabilidad, específicamente las personas que viven con VIH/SIDA.

Si bien la situación ya era difícil, el panorama no ha sido nada alentador debido a que este ha ido empeorando por las complicaciones que la pandemia COVID-19 ha originado; ello ha llevado a que el trabajo de los últimos años en la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA se haya visto interrumpido, retrocediendo en las metas fijadas para el año 2030.

Por ello, es oportuno tratar este tema en la actualidad, pues la importancia de brindar el TAR, atención médica, medicamentos y demás requerimientos de salud a las personas que viven con VIH/SIDA que además son solicitantes, permite evitar muertes innecesarias en la población venezolana que reside en el país; asimismo, desde una óptica de la salud pública, mientras la situación que originó la movilidad humana persista, será necesario que se pueda incluir a este grupo como parte de la lucha que el país viene realizando, en el contexto mundial, para poder acabar con la pandemia del VIH/SIDA, por lo que además se beneficiaría a la población nacional.

El tema de la inclusión de grupos como los solicitantes que viven con VIH/SIDA en el servicio de salud público viene tomando cada vez mayor importancia en los

países de destino, por lo que se va requiriendo del tratamiento jurídico que la presente investigación aporta con la idea de favorecer la protección del derecho a la salud, desde su perspectiva universal y fundamental sin discriminación, en el marco de un país que siempre ha recalcado su intención de cumplimiento de los instrumentos internacionales, así como la garantía, el respeto y promoción de los derechos humanos, tanto para nacionales y no nacionales, brindando apoyo a grupos de especial protección.

5. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La situación por la que atraviesan los solicitantes que viven con VIH/SIDA de nacionalidad venezolana en el Perú ha sido estudiada por diversos investigadores que plantean distintas soluciones desde diversas perspectivas.

Para Alfonso Silva Santisteban¹² la situación crítica del sistema de salud, la ausencia del TAR y la grave crisis económica en Venezuela han forzado a que miles de personas que viven con VIH/SIDA tengan que salir del país, denominándolos migrantes que salen en búsqueda de una oportunidad para salvar su vida. Asimismo, señala que la mejor manera de ayudar a esta población es la implementación de mecanismos administrativos y jurídicos que faciliten su acceso al SIS, específicamente al régimen subsidiado, a través de la eliminación de las barreras presentes; así como, que se generen y difundan directrices que prioricen el comienzo del TAR para los migrantes.

Del mismo modo David Sánchez Velásquez¹³ señala que la situación política, económica y social en Venezuela coadyuvó a que su población se viera en la necesidad de buscar un nuevo futuro en el Perú, entre ellos reconoce a un grupo vulnerable compuesto por los solicitantes con padecimientos que afectan su salud que no han recibido respuestas efectivas para acceder a los servicios de

¹² Silva Antonio, "Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú", ONUSIDA, Lima, 2019. <<<http://onusidalac.org/1/index.php/publicaciones/item/2470-diagnostico-rapido-situacion-de-los-migrantes-venezolanos-con-vih-en-el-peru>>>. Consulta el 14/05/21.

¹³ Sánchez David, "El Perú como país de refugio. Los retos del Estado peruano en el diseño y la implementación de una política nacional de acogida e integración para refugiados", Caja Negra, Lima, 2021, 53-55.

salud pública. Por ello plantea como medida de solución, al ya colapsado sistema de refugio peruano, el reconocimiento de la calidad de refugiado a todo migrante venezolano siempre que no incida en los motivos de exclusión que nuestra legislación establece; del mismo modo refiere como solución una política nacional de aceptación e incorporación a través de la creación de servicios de información cuyos beneficiarios son los solicitantes y los refugiados, siempre que pertenezcan a un grupo poblacional en situación de vulnerabilidad como *“niños, niñas y adolescentes no acompañados, mujeres embarazadas, hombres y/o mujeres con hijos menores de edad, personas indígenas, personas con discapacidad, víctimas de trata de personas, tortura y/o violaciones, ...comunidad LGBTI y adultos mayores”*. En materia de salud plantea como respuesta el uso del servicio de orientación, para el grupo ya descrito, enfocado en que se brinde la información sobre el procedimiento para la afiliación al sistema público de salud, SIS o ESSALUD.

Por otro lado, Cécile Blouin y Luisa Feline Freier¹⁴ refieren que la situación de la población venezolana en el Perú posee una multiplicidad de respuestas que se encuentran establecidos en la normatividad peruana, desde la perspectiva de Migraciones o el MRE. Sin embargo, respecto del acceso a derechos como salud y educación, plantean que no existe una adecuada respuesta que permita su acceso a servicios que brinda el sector público, a pesar de las facilidades en la obtención de alguna calidad migratoria; y que de llegar a acceder a los servicios estos suelen ser costosos, de baja calidad o sigue siendo un sistema complicado. Frente a esta situación recomiendan al Estado peruano:

“Evitar la creación de medidas ad hoc temporales y usar su propio marco normativo tanto desde lo migratorio como desde la protección internacional. En ese sentido, es urgente reconocer a las personas venezolanas como refugiadas con base en la definición ampliada de Cartagena prevista en la Ley del Refugiado. Ello daría una protección

¹⁴ Blouin Cécile y Feline Luisa, “Población venezolana en Lima: entre la regularización y la precariedad”, Luciana Gandini, Fernando Lozano Ascencio, Victoria Prieto (coord.), en *Crisis y migración de población venezolana: entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2019, 157 - 178.

*integral a este grupo garantizando su residencia en el país mediante el carné de extranjería que facilita el acceso al empleo formal y a otros tipos de servicios. La aplicación de la definición de Cartagena debe ser complementada con medidas migratorias integrales y duraderas. En ese sentido, urge implementar la calidad migratoria humanitaria. Esta calidad debe ser usada como “protección complementaria” hacia toda la población que no podría verse reconocida en el estatus de refugiado”.*¹⁵

De la misma forma Isabel Berganza Setién¹⁶ concuerda con la importancia de que los Estados apliquen la definición ampliada de la “*Declaración de Cartagena*”.

Así también Analí Briceño, Ander Alonso-Pastor, Yordi Ugaz y Carlos Enrique Godoy¹⁷ refieren que la población venezolana en el Perú requiere de una documentación específica que le permita tener acceso a derechos y servicios de manera formal, el caso más grave es la falta de acceso a los servicios de salud “*ya que en el Perú el 91,5% de la población venezolana no cuenta con ningún tipo de seguro de salud*”. Por ello a manera de recomendación plantean la aplicación de la calidad migratoria humanitaria como mecanismo de protección complementaria, el cual se encuentra reconocido en el artículo 29 inciso 2 literal k) del “*Decreto Legislativo N.º 1350, Ley de Migraciones*”, que sería una posibilidad de integración para las personas solicitantes; no obstante, plantean que de manera simultánea se les debería conceder la calidad de refugiados bajo la “*Declaración de Cartagena*”.

¹⁵ *Ibíd*em, 178.

¹⁶ Berganza Isabel, Blouin Cécile y Feline Luisa, “El elemento situacional de violación masiva de derechos humanos de la definición ampliada de Cartagena: hacia una aplicación en el caso venezolano”, en *Revista Chilena de Derecho*, Vol. 47, N.º 2, 2020, 404-405. <<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7507354>>>. Consultado el 14/05/21.

¹⁷ Briceño Analí, Alonso-Pastor Ander, Ugaz Yordi y Godoy Carlos, *La Calidad Migratoria Humanitaria y su relación con los derechos de la población venezolana en el Perú*, Equilibrium - Centro para el Desarrollo Económico (CenDE), Lima, 2020, 49 - 53. <<<https://equilibriumcende.com/calidad-migratoria-peru/>>>. Consultado el 14/05/21.

Desde otra perspectiva, la Defensoría del Pueblo¹⁸ ha señalado que la falta de reconocimiento del PTP y del carné de solicitante como documentos de identidad válidos impide un acceso adecuado a los servicios públicos, principalmente de sanidad y educación, aunados a problemas de estigmatización y discriminación. Por esta razón plantea como recomendaciones al MRE, primero *“aplicar la definición ampliada de persona refugiada, establecida en la Declaración de Cartagena y reconocida en la Ley del Refugiado, en los procedimientos de determinación de la condición de refugiado”*, segundo *“reducir el periodo para la entrega de los carnés de solicitante de refugio y para la determinación de la condición de refugiado”* y tercero *“reforzar los mecanismos de coordinación interinstitucional que permitan el reconocimiento del carné de solicitante de refugio como un documento válido”*, así también recomienda al MINSA y al SIS *“modificar el reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (2010), en concordancia con el Decreto Legislativo N.º 1350 y la Ley N.º 27891, a fin de incorporar toda la documentación establecida por ley que permita a las personas extranjeras identificarse para su acceso a los servicios de salud y aseguramiento”*¹⁹.

6. METODOLOGÍA

La presente investigación es de índole *“socio-jurídica”* pues se pretende identificar y analizar la normativa jurídica internacional y nacional aplicable para el estatuto de refugio, así como verificar la eficacia de su aplicación en nuestro país de forma adecuada y en cumplimiento de los estándares internacionales que se encuentran enmarcados en la defensa y reconocimiento de los derechos humanos, así como de los derechos fundamentales.

Así también, la investigación es de *“lege referenda”* ya que el objetivo de la misma consiste en proponer reformas del marco normativo interno actual con una interpretación favorable a las personas, garantizando la protección de los derechos humanos, principalmente enfocado en el derecho a la salud.

¹⁸ Defensoría del Pueblo, “Personas Venezolanas en el Perú. Análisis de su situación antes y durante la crisis sanitaria generada por el COVID-19”, Informe de Adjuntía N.º 002-2020-DP/ADHPD, 2020, 80-87.

¹⁹ *Ibidem*, 85-86.

7. MARCO TEÓRICO

Patricio Rubio Correa refiere que cuando se habla del desplazamiento forzoso este debe entenderse como *“el movimiento de personas obligadas a huir del lugar en el que habitan por existir situaciones extremas que ponen en riesgo su vida”*²⁰, es un proceso que siempre ha acompañado al ser humano.

La figura del refugio fue plasmada en escritos posteriores a los acontecimientos de la Primera Guerra Mundial adquiriendo mayor reconocimiento universal con la definición establecida en la *“Convención de 1951”*. Sin embargo, existió la necesidad de ampliar el alcance de este instrumento internacional, por lo que a través del *“Protocolo de 1967”* se logra superar las limitaciones geográficas para su aplicación.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que las situaciones de refugio no se limitan únicamente a lo señalado en la definición establecida, ya que se impulsaron nuevos instrumentos a nivel regional que generaron nuevos aportes para la figura de refugio, la primera fue la *“Convención de la OUA”*, que si bien incluye la definición tradicional suma a esta un nuevo concepto que guarda relación con las diversas problemáticas que la región africana enfrentaba, esta nueva perspectiva fue la inspiración para la *“Declaración de Cartagena”*.

Por ello, se puede señalar que la figura de refugio viene atravesando un importante proceso de evolución y desarrollo, no solo por la influencia de los instrumentos internacionales antes desarrollados, sino por las numerosas resoluciones y documentación que se ha ido estableciendo a nivel internacional y nacional de los Estados, pues estos han asumido compromisos respecto de la *“protección de refugiados, la materialización de principios de protección como el principio de no devolución o el de reunificación familiar, así como la*

²⁰ Rubio Patricio, “El concepto de refugiado en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951: tratamiento normativo y realidad”, en *Revista Agenda Internacional*, Vol. 6, N.º 12, Lima, 1999, 137. <<<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/agendainternacional/article/view/>>>. Consultado el 14/05/21.

*determinación de los derechos y obligaciones que corresponden a los refugiados, entre otros*²¹.

Todos los instrumentos antes señalados, principalmente los vinculantes, brindan a los Estados en los que se encuentren vigentes, reglas y principios fundamentales para establecer en sus ordenamientos jurídicos un marco adecuado para el tratamiento del refugio, pues *“de cada ordenamiento jurídico, dependen los alcances directos de estas reglas y principios, y el grado de desarrollo normativo requerido para su plena aplicación y vigencia”*²².

Además de ello, merece un tratamiento particular el marco jurídico internacional y nacional relativo a la movilidad humana.

²¹ Rubio Patricio, “Panorama del Procedimiento Interno de Calificación del Refugio a Nivel Latinoamericano”, Sandra Namihás (coord.), en *Derecho Internacional de los Refugiados*, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2001, 108.

²² *Ibidem*, 110.

CAPÍTULO II: MOVILIDAD HUMANA

1. PERSONAS EN SITUACIÓN DE MOVILIDAD HUMANA

Hablar de personas en situación de movilidad humana es referirse al conjunto de personas, familias o grupos humanos que realizan o experimentan una serie de procesos para establecerse de forma temporal o permanente en un lugar distinto a aquel donde nacieron o residieron²³.

La movilidad humana involucra tanto a la migración internacional como a la migración interna, que puede darse de manera voluntaria o forzada motivada por diversas razones (fenómeno multicausal)²⁴.

Para poder tener mayores alcances se debe conocer lo siguiente:

1.1. DEFINICIÓN DE MOVILIDAD HUMANA

La definición de movilidad humana incluye a todas aquellas formas de desplazamiento de un grupo humano, es parte de la historia de la humanidad, de la vida misma. Cabe señalar que desde tiempos inmemorables el ser humano no ha sido un ser sedentario, sino que supo movilizarse por su entorno, por diversas causas, adaptándose a los distintos ecosistemas y convirtiéndose en habitantes frecuentes o temporales, con miras a desarrollarse y establecerse.

El *“Informe de Desarrollo Humano del PNUD”* señala que la percepción general en torno a la migración se ha encontrado vinculado con el incremento del comercio y el fenómeno de la globalización al término del siglo XX, sin embargo, los movimientos con recorridos de grandes distancias y a gran

²³ Forero Óscar, “En pos de morada. Módulo formativo para fomentar la reflexión y la acción propositiva en movilidad humana y derechos humanos”, Fundación Esperanza, Quito, 2009, 9.

²⁴ CIDH, *Derechos humanos de migrantes, refugiados, apátridas, víctimas de trata de personas y desplazados internos: Normas y estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, CIDH, Washington, D.C., 2015, párr. 3-4. <<<http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/MovilidadHumana.pdf>>>. Consultado el 05/03/19.

escala ya eran comunes en el pasado²⁵, como por ejemplo la movilización de grandes masas, conformadas por hombres y mujeres, de “*más de medio millón de españoles y portugueses, y unos 700.000 súbditos británicos hacia las colonias americanas durante el apogeo del dominio europeo en América; el desplazamiento de 11 a 12 millones de africanos como esclavos entre los siglos XV y XIX; y el traslado de 2,3 millones de chinos y alrededor de 1,3 millones de indios entre 1842 y 1900 como trabajadores a contrata hacia el sudeste asiático, África y América del Norte*”²⁶.

La movilidad humana no es un nuevo proceso social, pero conceptualmente si lo es, puesto que la historia de la humanidad se caracterizó por tener presente, como se señala en el párrafo anterior, grandes procesos de movilidad; sin embargo, la terminología expresada para referirse a dichos procesos eran distintos a los hoy utilizados, pues cabe enfrentarse a un cambio conceptual con el cual se expande los conocimientos sobre el tema.

A principios del siglo XX este concepto era entendido como asuntos de población, después pasaron a ser llamados temas migratorios y en la actualidad se reconocen como temas relacionados a la movilidad humana.

Es importante agregar que la visión tradicional del concepto de movilidad humana planteaba un perfil de gestión únicamente instrumentalista y asistencialista, pues tomaba al individuo en movilización como objeto de atención y/o gestión, más que como un sujeto de derecho; es decir, no consideraba las necesidades propias de cada persona, las características o elementos de la movilidad, sino que trabajaban sobre la base de la existencia de un único grupo movable, sin identificar ni siquiera el tipo de movilidad²⁷.

²⁵ PNUD, “Superando barreras: movilidad y desarrollo humano”, en *Informe sobre Desarrollo Humano*, PNUD, Nueva York, 2009, 31. <<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2009_es_complete.pdf>>. Consultado el 05/03/19.

²⁶ OIM, “Módulo II: Movilidad Humana. Gestión Fronteriza Integral en la Subregión Andina”, OIM, Lima, 2012, 28.

²⁷ *Ibidem*, 23.

Si bien hoy se cuenta con una definición muy completa sobre movilidad humana se debe tener en cuenta que no se encuentra enmarcado en un único precepto, puesto que el uso del nuevo término ha llevado a que con cada investigación se vayan identificando diversos elementos de la movilidad, los cuales van formando parte de los conceptos que los autores desarrollan; ya que si bien los procesos de movilidad humana son antiguos no implica que las corrientes o flujos de personas que deciden movilizarse sean siempre de las mismas características, pues el contexto actual es mucho más diverso y complejo por lo que sería complicado definir un único parámetro respecto del perfil, cantidad o destino trazado, debido a que el número de países de origen, tránsito y destino han aumentado.

Existen algunas normas como la *“Ley Orgánica de Movilidad Humanidad de Ecuador”* que lo define como *“movimientos migratorios que realiza una persona, familia o grupo humano para transitar o establecerse temporal o permanentemente en un Estado diferente al de su origen o en el que haya residido previamente, que genera derechos y obligaciones”*²⁸, la importancia de esta Ley Orgánica radica en ser el primer instrumento legal de Sudamérica que consolida en un único documento todas las diferentes circunstancias de movilidad humana.

Sin embargo, para los fines de esta investigación se considera como un concepto muy importante y completo lo sostenido por la OIM, respecto de la movilidad humana, definiéndola como la movilización de personas de un lugar a otro en concordancia con la realización de su derecho a la libre circulación; por ello se trata de un proceso complejo, impulsado por diversos factores, de manera voluntaria o forzada, con la intención de permanecer en el lugar de destino, por un período corto o largo, o incluso un recorrido que permita relacionarse entre el lugar de origen y el lugar de destino, llamado movilidad circular²⁹. Cabe señalar que cada una de las formas de movilidad presenta

²⁸ Gobierno de Ecuador, *Ley Orgánica de Movilidad Humana, con registro R.O. 938*, del 06 de febrero de 2017, suplemento. <<<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/10973.pdf>>>. Consultado el 06/03/19.

²⁹ OIM, “Módulo II: Movilidad Humana. Gestión Fronteriza Integral en la Subregión Andina” ...,17.

una serie de factores, sean sociales, políticas, culturales, económicas, entre otras, que no son similares para cada uno de los distintos procesos de movilidad humana.

La definición de la OIM se enmarca en las características de un proceso de movilidad de la actualidad, puesto que los flujos de personas en movilización son hoy en día más complejos y variados de lo que se conocía en épocas anteriores. El análisis ahora es orientado directamente a la persona y los flujos de movilidad, por lo que se respalda en el derecho a la libre circulación, y consiste en la facultad de poder trasladarse libremente por el territorio de un Estado elegido con libertad, así como ingresar o salir de este, pero bajo la supervisión de lo señalado en la legislación internacional como nacional, pues así como se tienen derechos también se tienen obligaciones con el Estado de destino, ello no puede generar que en el proceso se vulneren derechos.

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MOVILIDAD HUMANA

La movilidad humana tiene como característica ser un proceso netamente humano, lo que implica que el principal actor del proceso del movimiento es el ser humano, quien es capaz de tomar sus propias decisiones al respecto; asimismo, podemos decir que es una expresión social del derecho a la libre circulación, que es multicausal porque las razones que llevan a la persona a movilizarse pueden ser diversas, siempre se tiene la intencionalidad de establecerse en el lugar de destino sea por un período corto o largo, y como último, requiere de un desplazamiento geográfico³⁰.

El desplazamiento geográfico puede darse dentro de un mismo Estado (interno) o puede involucrar más Estados (internacional). Este último surge con la creación de los Estados-Nación a partir de los “*Tratados de Westfalia*” de 1648, que llevó a la restructuración de la sociedad internacional en un conglomerado de Estados territoriales con límites geográficamente definidos que ejercen dominio sobre las personas establecidas dentro de sus fronteras,

³⁰ *Ibidem*, 18.

tomando además decisiones respecto de aquellos que querían ingresar a su territorio³¹.

Si bien la principal persona involucrada en la movilidad es la que decide desplazarse, ello también afecta a su familia, a la sociedad de la que sale y a la que desea acoplarse, así como a los diversos entes públicos o privados que facilitan, controlan o evitan el proceso de movilidad. Por ello, es necesario reconocer los diferentes tipos de movilidad, puesto que permite identificar las necesidades personales de quienes están inmersos en este proceso reconociendo de manera independiente las causas y consecuencias, para que sean tratadas de manera diferenciada, pero en equidad.

Como todo proceso que involucra la participación de los seres humanos este se vuelve complejo, considerando que existen múltiples causas que impulsan la movilidad, como por ejemplo motivos económicos, laborales, comerciales, educativos, sociales, entre otros, lo que puede originar que sea un desplazamiento voluntario, obligatorio o forzado. Asimismo, al ser un proceso, se encuentra compuesto por diversas etapas desde el momento en que se toma la decisión de salir de su lugar de origen hasta establecerse en su lugar de destino.

El proceso inicia con la intención, obligación o necesidad de salir del país de origen, luego optan por movilizarse a través de países de tránsito, lo que implica que sean de paso, con la idea de llegar al país de destino para establecerse; dadas las circunstancias pueden decidir integrarse a la nueva sociedad o en un período corto optar por el retorno a su país de origen. Cabe señalar que el proceso antes descrito es identificable para los casos en que la movilidad no se deba a la búsqueda de protección internacional, ya que de ser así a veces no se cumple con todos los pasos del proceso antes descrito.

³¹ CIDH, *Derechos humanos de migrantes, refugiados, apátridas, víctimas de trata de personas y desplazados internos: Normas y estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos...*, párr. 1.

Los grupos de protección especial reconocidos por los Estados, se caracterizan por encontrarse en mayor situación de vulnerabilidad que cualquier otro individuo en movilidad, como por ejemplo las personas refugiadas, los solicitantes de asilo, las víctimas de tratos de personas, etc.

En general, conforme a la definición y sus características, se debe expresar que como resultado los Estados se encuentran obligados a actuar ante las consecuencias de la movilidad humana, la CIDH señala que este debe *“generar las condiciones de vida mínima compatibles con la dignidad de la persona humana y a no producir condiciones que la dificulten o impidan”*³². Por lo mismo se deben adoptar medidas concretas y positivas que protejan el derecho a una vida digna de los seres humanos, el mismo que le permite optar por movilizarse y más cuando se encuentra en una situación de riesgo que lo vuelve vulnerable, por lo que es prioritario. Ello está vinculado a hablar de seguridad humana, brindándosele la protección necesaria conforme a lo que se le reconoce como ser humano, motivado por sus múltiples causas, que pueden variar según su contexto.

Bajo esta percepción, es necesario recalcar que la movilidad humana supera la clásica definición de migración, se vuelve la expresión del ejercicio de un derecho humano por el que *“toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado”*³³ y *“a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país”*³⁴, además empieza a abarcar otros conceptos que garanticen un trato humano a los movilizados bajo la protección de la DUDH³⁵.

³² Corte IDH, *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay*, sentencia de 17 de junio de 2005 (Fondo, Reparaciones, Costas). <<http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/serie125_esp.pdf>>. Consultado el 09/03/19.

³³ ONU, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948. <<<https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>>>. Consultado el 23/02/19.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ Aguilar Enrique (coord.), “El derecho humano a la libre circulación de personas en la migración internacional intracomunitaria”, Comisión Andina de Juristas, Lima, 2010, 15-35.

1.3. TIPOS DE MOVILIDAD HUMANA

Es primordial conocer los tipos de movilidad humana, ya que permite reconocer las necesidades propias de la persona que realiza los actos de desplazamiento; según la OIM existen los siguientes³⁶:

- a. **Por el territorio.** Se puede diferenciar a la movilidad interna e internacional.
- b. **Por las causas de la movilidad.** Las diversas causas de movilidad han creado diferentes esquemas de circulación, entre los principales tenemos la migración, el refugio y el asilo, entre otras.
- c. **Por la dirección.** Se refiere a la movilidad de salida o de ingreso (esto deberá ser analizado conforme al lugar de origen o destino).
- d. **Por el período de permanencia.** La movilidad puede ser temporal, permanente o circular.
- e. **Por la expansión territorial del marco jurídico que la regula.** Se encuentra relacionado a la gestión utilizada en fronteras, el cual involucra o no diferentes niveles siendo nacional, binacional, comunitaria e internacional.
- f. **Por la voluntariedad.** Se relaciona con la voluntad de la persona que desea iniciar el proceso de movilidad, por lo que se distingue entre movilidad voluntaria, obligatoria y forzada.
- g. **Por la situación documentaria de la persona en movilidad.** Esta clasificación es aplicable siempre que la movilidad sea internacional, pudiendo ser movilidad irregular y movilidad regular.

³⁶ OIM, "Módulo II: Movilidad Humana. Gestión Fronteriza Integral en la Subregión Andina" ..., 21-23.

1.4. DIFERENCIA ENTRE MOVILIDAD HUMANA, MIGRACIÓN Y REFUGIO

Asimismo, para efectos de no confundir conceptos se debe tener en cuenta que cuando hablamos de movilidad humana y migración nos referimos a una relación de género a especie, siendo el primero el que incluye al segundo, por lo mismo cuando nos referimos a migración se entenderá como el tránsito voluntario de personas de su lugar de origen para asentarse, de manera temporal o permanente, en otra ciudad o Estado.

Lo que caracteriza a este proceso es que el desplazamiento se realiza a través de una circulación libre, el cual tiene como objetivo asentarse en un nuevo lugar³⁷, para tal caso se pueden identificar dos tipos de migración, migración nacional y migración internacional. El derecho de refugiados, que es la materia en la que se realizará la presente investigación, tiene una esencia diferente y su fundamento es el deber de brindar protección internacional a personas reconocidas bajo la “Convención de 1951”, el “Protocolo de 1967” y otros instrumentos internacionales y regionales.

En conclusión, hablar de movilidad humana actualmente involucra hacer referencia a un fenómeno global que se encuentra en crecimiento, ya que durante los dos últimos años existieron importantes eventos de migración y desplazamiento, ya sea “a raíz de conflictos (por ejemplo, dentro y hacia fuera de la República Árabe Siria, el Yemen, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo y Sudán del Sur) y a raíz de situaciones de violencia extrema (como la ejercida contra los rohinyá, que tuvieron que ponerse a salvo en Bangladesh) o de grave inestabilidad económica y política (como la que afectó a millones de venezolanos)”, y por los efectos del cambio climático y medioambiental³⁸. En el 2019 existía en el mundo 272 millones de migrantes internacionales, que equivalía al 3,5% de la población mundial³⁹; la población de

³⁷ *Ibidem*, 30.

³⁸ OIM, *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*, OIM, Ginebra, 2019, 2. <<https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf>>. Consultado el 10/01/21.

³⁹ *Ibidem*, 3.

refugiados a nivel mundial fue de 26 millones, 4,2 millones de personas que solicitaron refugio⁴⁰ y la existencia de 4,2 millones de apátridas⁴¹.

Es así que en nuestro continente se puede visualizar, de manera cercana, una de las crisis humanitarias más numerosas del mundo debido a los problemas económicos, políticos y sociales en Venezuela, el cual ha desplazado a millones de personas; para mediados del 2019 más de 4 millones de venezolanos se encontraban en distintos países del mundo, la mayoría se trasladó a países vecinos como Perú, Colombia, Ecuador, entre otros, así como a países de Centroamérica y el Caribe⁴².

2. FACTORES DE LA MOVILIDAD VENEZOLANA

La República Bolivariana de Venezuela está ubicada en la costa norte de Sudamérica y comparte frontera con Colombia, Brasil y Guyana, se caracterizó durante el siglo XX por ser una sociedad con una economía netamente petrolera. Durante la década de los 60 y 80 Venezuela se volvió un país de destino para las personas, principalmente para inmigrantes que huían de los conflictos armados, las guerras civiles de Centroamérica, las dictaduras y crisis económicas en Sudamérica, debido a su estabilidad económica⁴³. El contexto estabilizado y de sueños venezolanos ha ido cambiando a través del tiempo, situación inimaginable para la que alguna vez fue una próspera economía, y que durante los últimos cinco años ha pasado de ser un país de destino a uno de origen de la movilidad.

El drástico cambio de patrón en la movilidad venezolana se produjo por diversas causas, como la carencia de recursos económicos, la persecución social y

⁴⁰ ACNUR, *Tendencias Globales. Desplazamiento forzado en 2019*, ACNUR, 2020, 2. <<<https://www.acnur.org>>>. Consultado el 10/01/21.

⁴¹ *Ibidem*, 56.

⁴² OIM, *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020...*, 108.

⁴³ Koechlin José, "Migración Venezolana al Perú", en *Revista Peruana de Derecho Constitucional. Migración y Derechos Fundamentales*, N.º 11, Centro de Estudios Constitucionales, Lima, 2018, 189. Se encuentra también en: Koechlin José, Vega Eduardo y Solórzano Ximena, "Migración venezolana al Perú: proyectos migratorios y respuesta del Estado", José Koechlin y Joaquín Eguren (ed.), en *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración*, Vol. 4, Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Konrad Adenauer Stiftung, OIM, OBIMID, Lima, 2018

política, entre otros. Otros autores refieren que se trata de una migración ante la inseguridad, la misma que tiene distintos aspectos, como la inseguridad económica relacionada con la crisis socioeconómica del país y la inseguridad personal vinculada con la violencia social en el país, a la cual también se le puede sumar la inseguridad creada por la incertidumbre acerca del futuro del país, lo que ha llevado a que se evalúen mejores posibilidades de vida en otros países⁴⁴.

Desde esa perspectiva, Venezuela se enfrenta a un éxodo sin precedentes. Hasta el 22 de octubre del presente año 5 millones 914 mil 519 venezolanos entre migrantes, refugiados y solicitantes se encuentran fuera del Estado Venezolano, suma que podría ser mayor puesto que no integra venezolanos con estatus migratorio irregular⁴⁵.

Al revisarse el patrón migratorio, varios estudios refieren que, para inicios del siglo XXI, dicha movilidad puede clasificarse en cuatro olas migratorias o períodos vinculados al entorno político y económico. La primera ola (2002) constituida por un migrante de clase alta y media alta inspirada por un contexto lleno de huelgas, despidos masivos y un golpe de Estado; la segunda ola (2007) donde hay fuga de capitales de medianas y grandes empresas en un contexto de referéndum por la reelección indefinida, expropiaciones de tierras y de empresas privadas que llevaron a la inseguridad jurídica de la propiedad privada; la tercera ola (2013) cuando emigran miembros de la clase media profesional en un contexto de fallecimiento del presidente Hugo Chávez, asunción de Nicolás Maduro y el declive económico; y por último la cuarta ola (2015) donde la población de clase media baja decide salir del país en un contexto de desabastecimiento de alimentos, inestabilidad política, violencia e inseguridad social y jurídica, y falta de protección constitucional⁴⁶.

⁴⁴ Blouin Cécile, “Antes de la Llegada: migración (forzada) de personas venezolanas”, Blouin Cécile (coord.), en *Después de la Llegada. Realidades de la migración venezolana*, THÉMIS, Lima, 2019, 16.

⁴⁵ Portal Operacional-Situaciones de Refugiados y Migrantes, *R4V - Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela*.

⁴⁶ Koechlin José, “Migración Venezolana al Perú” ..., 191.

Sin embargo, actualmente se viene hablando de una quinta ola migratoria que estaría conformada por los sectores que vivían de programas asistencialistas del gobierno y que por la profunda crisis se ven obligados a partir. Entre las razones que manifiestan para salir del país son cuatro, siendo dos relacionadas a temas económicos, uno a seguridad y el último a la salud.

2.1. CAUSAS DE LA MOVILIDAD

2.1.1. Causas Económicas

La crisis actual en Venezuela se desarrolla producto de un deterioro progresivo de su economía. A inicios del siglo XXI, Venezuela era uno de los países que más ingreso de divisas había generado, puesto que durante buena parte del mandato del ex presidente Hugo Chávez el petróleo contaba con los precios más altos, cabe recalcar que Venezuela es un país cuya principal fuente económica es la industria del petróleo.

El FMI sostiene que la crisis humanitaria y económica en Venezuela es cada vez mayor desde el 2014, conforme al avance de la caída de la producción y exportación de petróleo. Asimismo, recalca que ambos factores han tenido un impacto devastador, ya que se predijo que la economía se contraería alrededor de un tercio durante el 2019 y que para el año 2020 el colapso que se inició hace ya varios años continuaría, aunque no al ritmo drástico del año anterior⁴⁷.

Por otra parte, el índice de inflación en Venezuela se ha ido registrando de la siguiente manera: en el 2013 una inflación anual del 56.1%, el 2014 una inflación del 68.5%, el 2015 una inflación del 270,7%, el 2016 una inflación del 550%, el 2017 una inflación del 2,616%⁴⁸, el 2018 una inflación del

⁴⁷ FMI, *Perspectivas de la Economía Mundial. Desaceleración mundial de la actividad manufacturera, crecientes barreras comerciales*, FMI, Washington D.C., 2019, 11-17. <<file:///C:/Users/USER/Downloads/texts%20(3).pdf>>. Consultado el 09/11/19.

⁴⁸ Koechlin José, "Migración Venezolana al Perú" ..., 193.

1'698,844.2%⁴⁹, el 2019 cerró con una inflación del 9'585,500%⁵⁰ y se plantea que para el cierre del presente año este haya aumentado.

Por consiguiente, se puede desprender que con los altos índices de inflación no ha sido posible que los residentes en Venezuela puedan tener un salario adecuado para subsistir y resistir la crisis, ya que, desde el 2003 no ha sido posible acceder a la canasta básica familiar, la cual supera el sueldo mínimo casi equivalente a los 8 dólares mensuales debido al alza de los precios de la mayor parte de los productos y servicios.

2.1.2. Causas Políticas

La crisis política en Venezuela proviene de un largo proceso; sin embargo, es a partir del 2015 cuando este se agudiza. Tras la muerte de Hugo Chávez, luego de 16 años de gobierno, la oposición al gobierno de Nicolás Maduro logra ganar una mayoría de dos tercios en la Asamblea Nacional.

A inicios del 2016 se trató de iniciar un proceso de referéndum contra el presidente venezolano, sin éxito alguno, por lo que la población decidió salir a las calles a expresar su desacuerdo con el gobierno. Para el 2017 el Tribunal Supremo de Venezuela, controlado por el oficialismo, despoja de sus competencias al parlamento a través de dos sentencias, rompiendo el orden constitucional, por lo que la oposición vuelve a convocar a la población para realizar marchas pacíficas que son reprimidas, donde más de 100 personas pierden la vida.

Para el año 2018 se celebra la elección presidencial en Venezuela, la cual fue catalogada como fraude electoral, por lo que la mayoría de países deciden no reconocer esas elecciones. El 2019, por voluntad popular Juan Guaidó, opositor del oficialismo, juramenta como presidente interino durante

⁴⁹ Gestión, *Venezuela cierra 2018 con inflación de casi 1'700,000%, según el Parlamento*, 2019. <<<https://gestion.pe/mundo/venezuela-cierra-2018-inflacion-1-700-000-parlamento-255210-noticia/>>>. Consultado el 22/04/19.

⁵⁰ El País, *Venezuela reconoce una inflación del 9.500% en 2019*, 2020. <<https://elpais.com/economía/2020/02/06/actualidad/1580952300_537036.html>>. Consultado el 09/02/20.

una masiva movilización que se lleva a cabo en Venezuela, ello le valió el apoyo de países que no reconocían a Nicolás Maduro como presidente.

Durante este período el gobierno ha tenido como objetivo desactivar, cohibir y perseguir judicialmente a opositores(as), por lo que se empleó la represión selectiva de la oposición. Estas políticas han sido acompañadas de discursos públicos que atacan y desacreditan de manera incesante a quienes reprochan al gobierno o se oponen a él, es decir un constante desprestigio ante los medios de comunicación. En consecuencia, los opositores políticos, los(as) activistas de derechos humanos y los(as) periodistas, entre otros, son centro de discursos en los que se les señala como “traidores” y “agentes desestabilizadores”⁵¹.

Se considera que el gobierno ha utilizado las detenciones arbitrarias como uno de los principales instrumentos para intimidar y reprimir a la oposición política y cualquier expresión de disensión, real o presunta. Por ello cerca de 15 mil 45 personas fueron detenidas por motivos políticos entre enero de 2014 y mayo de 2019⁵², la mayoría de ellos han sido liberados luego de ser expuestos a interrogatorios y torturas que han puesto en peligro sus vidas, por lo que han decidido salir del país y buscar refugio en otros países.

Así también, se dio una crisis en las relaciones diplomáticas del país tras la decisión adoptada por el presidente Nicolás Maduro de retirarse de la Organización de Estados Americanos (OEA).

2.1.3. Causas Sociales

La situación en Venezuela no ha sido fácil, el grado de violencia ha ido en aumento en estos últimos años, convirtiéndose en uno de los países más

⁵¹ ONU, *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela*, 2019, 7-8. <<<https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24788&LangID=S>>>. Consultado el 06/06/19.

⁵² Foro Penal, *Reporte sobre la Represión en Venezuela*, Foro Penal, Caracas, 2019, 12. <<<https://foropenal.com/reporte-sobre-la-represion-en-venezuela-ano-2019/>>>. Consultado el 24/02/20.

violentos del mundo, esto en relación con la alta tasa de homicidios, robos, agresiones, secuestro y otros, motivados por la necesidad misma de querer ganar dinero para satisfacer sus necesidades básicas como alimentación y salud. Las personas que nunca han cometido delitos o no han tenido antecedentes penales son ahora quienes cometen los delitos, ello no excluye el hecho de que aún exista un porcentaje de delitos cometidos por razones ajenas a los argumentos de necesidad en los que se vive en Venezuela y que quienes lo realicen sean personas que desde antes de la crisis vivían de esa manera.

El aumento del desempleo en el país también ha llevado a que la población busque otras formas distintas de empleo a las que normalmente realizaban, introduciéndose de algún modo en el mundo delictivo.

La criminalidad ha aumentado en Venezuela, si bien en 1998, se registraron 4 mil 550 homicidios, con una tasa de 20 asesinatos por cada 100 mil habitantes, luego de 17 años, esta cifra se ha incrementado en un 512,63%, dando un resultado de 254 mil 887 homicidios totales⁵³. Por lo mismo la inseguridad ciudadana es uno de los motivos que ha llevado a los venezolanos a buscar una mejor calidad de vida en otros países, ya que muchos huyen de su país por amenazas de muerte, por la impunidad existente o por el miedo de un día salir a trabajar y ser víctima de actos delictivos. La crisis se ha agudizado por la falta de reconocimiento del Estado de dichas situaciones, pues considera que tal contexto es inexistente y que únicamente se trata de un desprestigio al gobierno.

2.1.4. Crisis en la Salud

Por su parte, el servicio de salud pública en Venezuela también ha caído en precariedad, ya que los venezolanos no reciben atención médica debido al deterioro de las instalaciones de los hospitales y los equipos médicos, así como la falta de suministros e insumos médicos. Ante ello tampoco es

⁵³ Castillo Tomás y Reguant Mercedes, "Percepciones sobre la migración venezolana: causas, España como destino, expectativas de retorno"... , 146.

posible buscar una segunda opción, ya que las clínicas privadas también han sido afectadas por los mismos motivos⁵⁴.

Ante esta situación hay personas con enfermedades graves y leves que se encuentran sin atención médica, incluyendo a los grupos más afectados conformado por niñas, niños, mujeres embarazadas, adolescentes, personas adultas mayores, y personas viviendo con enfermedades graves, crónicas o con el VIH/SIDA⁵⁵; asimismo personas que se vienen enfermando debido al deterioro del servicio público de aseo urbano y agua potable, que ha ocasionado contaminación por la acumulación de basura, aguas estancadas y por la falta de fumigación que ha permitido la proliferación de los mosquitos y zancudos cuyas picaduras transmiten enfermedades como la malaria⁵⁶.

Los pocos datos existentes señalan un panorama complejo acerca del brote de enfermedades que antes se encontraban controladas, como el sarampión y la difteria, así como el aumento de casos de tuberculosis, aunado a los niveles crecientes de desnutrición que agravan aún más la situación⁵⁷.

Para fines de esta investigación este apartado será adecuadamente analizado en el siguiente capítulo.

En consecuencia, después de analizar las causas, se debe entender que el fenómeno de la movilidad humana en Venezuela es un proceso a través del cual los venezolanos han optado por salir de su país en busca de oportunidades y una mejor calidad de vida. Esta realidad se encuentra enmarcado en un proceso complejo porque incluye distintos tipos de movilidad humana entre razones que involucran una salida voluntaria o forzada, que además va desde la idea de

⁵⁴ ACNUDH, *Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin*, Informe de la ACNUDH, 2018, 43-50. <<https://www.ohchr.org/Documents/Countries/VE/VenezuelaReport2018_SP.pdf>>. Consultado el 23/12/19.

⁵⁵ Blouin Cécile, "Antes de la llegada: migración (forzada) de personas venezolanas" ..., 16.

⁵⁶ ACNUDH, *Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin...*, 43-50.

⁵⁷ ONU, *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela...*, 2.

establecerse temporalmente en países fronterizos o buscar lugares para establecerse por largos períodos de tiempo, que además les brinden mayores oportunidades. Por ello, el análisis debe realizarse desde una perspectiva de derechos humanos.

El éxodo de las personas venezolanas es considerado hoy en día uno de los más grandes de América Latina y el Caribe, se considera que el grupo en movilidad se encuentra conformado en su mayoría por migrantes económicos y refugiados, siendo considerado un flujo mixto⁵⁸. Se puede hablar de la existencia de una movilidad de flujos mixtos cuando grandes grupos de personas se desplazan en el mismo lapso de tiempo, pero por distintos propósitos y causas, y a pesar de pertenecer a distintos grupos usan las mismas vías y medios de transporte e incluso enfrentan los mismos riesgos, por lo que en un solo grupo puede haber solicitantes, refugiados, migrantes, entre otros⁵⁹.

Como se mencionó anteriormente, la emigración venezolana está impulsada por los macro determinantes de la migración; la situación en el país ha llevado a que los venezolanos conformen grupos y decidan emigrar, independientemente de su estado civil, nivel educativo, ocupación y localización. En otras palabras, este es un tipo de movilidad generalizada que desemboca en una problemática poblacional para Venezuela y los países de destino, teniendo en cuenta que la mayor proporción de personas que emigran son jóvenes, por ello es tan visible la pérdida de mano de obra necesaria para la recuperación económica del país caribeño⁶⁰.

Para el 2019 existían cerca de 4 millones de refugiados y migrantes venezolanos por el mundo, al 2020 casi 5 millones, de los cuales la gran mayoría se encuentra en América Latina y el Caribe. Debido a la crisis de la situación socio-económica,

⁵⁸ Ramírez Jacques, Linárez Yoharlis y Useche Emilio, "(Geo) políticas migratorias, inserción laboral y xenofobia: migrantes venezolanos en Ecuador", Cécile Blouin (coord.), en *Después de la Llegada. Realidades de la migración venezolana*, THÉMIS, Lima, 2019,107.

⁵⁹ OIM, "Módulo II: Movilidad Humana. Gestión Fronteriza Integral en la Subregión Andina" ..., 63.

⁶⁰ Bermúdez Yovanny y otros, *Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran [9 de abril al 6 de mayo de 2018]...*, 9.

política y de derechos humanos en Venezuela, la ACNUR⁶¹ sostiene que la mayoría de las personas que huyeron del país necesitan de protección internacional.

Por lo que para la ACNUR la aplicación de la protección internacional se encontraría bajo el marco dispuesto por la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*”; y si además los Estados han adoptado la descripción de refugiado establecido en la “*Declaración de Cartagena*” dentro de su normativa nacional estos podrían aplicar dicho precepto, en razón de los graves riesgos a la vida seguridad e incluso la libertad que resultan de acontecimientos que hoy por hoy perturban drásticamente la seguridad pública en Venezuela⁶². Por ello los Estados deberían garantizar en estos casos la accesibilidad a los servicios de primera necesidad y la protección de sus derechos humanos fundamentales, este último abarca: la accesibilidad a la educación, la unidad familiar, la libertad de tránsito, el acceso a atención médica, disponibilidad de albergues, el derecho al trabajo, entre otros. Estos derechos deberán garantizarse de manera ecuaníme y no discriminatoria⁶³.

3. EL PERÚ COMO PAÍS DE DESTINO PARA LOS MIGRANTES Y REFUGIADOS VENEZOLANOS

Todos los elementos antes descritos han llevado a que miles de venezolanos se vean en la necesidad de buscar nuevas oportunidades en otros Estados, estos se convierten en países de destino que han tenido que configurar un sistema para la recepción de quienes van llegando. La movilidad humana de Venezuela al Perú se ha convertido en el más numeroso, según los niveles históricos e inéditos, configurándose como uno de los más importantes del siglo XXI.

⁶¹ “La ACNUR se creó el 14 de diciembre de 1950 después de la Segunda Guerra Mundial, para ayudar a los desplazados por el conflicto”. <<<https://www.acnur.org/historia-del-acnur.html>>>. Consultado el 23/06/19.

⁶² ACNUR, *Venezuela: Nota de orientación sobre consideraciones de protección internacional para los venezolanos*, 2019, 1. <<<https://www.refworld.org/es/docid/5ce2d44c4.html>>>. Consultado el 23/06/19.

⁶³ ACNUR, *Nota de orientación sobre el flujo de venezolanos*, 2018, 2. <<<https://www.refworld.org/es/docid/5aa076f74.html>>>. Consultado el 23/06/19.

El Estado peruano siempre se caracterizó por ser un país de origen o de tránsito más que uno de destino, ya que durante los años 80 debido al conflicto armado y la inflación muchas personas decidieron emigrar.

La situación migratoria del Perú comenzó a cambiar desde mucho antes del arribo de la población venezolana, el país dejó de ser uno de origen y empezamos a ser considerados también como lugar de destino y de tránsito hacia Estados vecinos, fundamentalmente Chile y Brasil. Es así que a partir del año 2010 aumentó el número de personas extranjeras residiendo en el país, especialmente colombianos y españoles, y se registró una migración de tránsito, especialmente de haitianos⁶⁴.

Las circunstancias de movilidad humana que hoy vivimos han hecho que el Perú sea un país de destino, tanto para migrantes como refugiados. No somos el primer país receptor ya que estamos por debajo del Estado colombiano, pero al 12 de febrero del 2021 se cuenta con una población de 465 mil 858 venezolanos con permiso de residencia y permanencia regular, y al 31 de diciembre del 2020 532 mil 303 solicitantes y solo 2 mil 628 personas tienen la calidad de refugiados. Sin embargo, dichas cifras no incluyen a las personas en condición de migración irregular por lo que el número de venezolanos en el país puede ser mucho mayor⁶⁵.

El Estado peruano es como una suerte de esperanza para los venezolanos que buscan oportunidades y protección, ellos deben decidir si permanecen de manera temporal o definitiva, pero por lo pronto varios elementos han llevado a que se configure este contexto:

- El primer elemento es el contexto económico y laboral del Perú, que ha sido el gran atractivo para atraer la inmigración venezolana, pues estuvimos en un período importante de crecimiento económico; entre

⁶⁴ Berganza Isabel, "Las personas venezolanas en Perú: entre la perspectiva de los derechos humanos y la seguridad", en *Revista Peruana de Derecho Constitucional. Migración y Derechos Fundamentales*, N.º 11, Centro de Estudios Constitucionales, Lima, 2018, 189.

⁶⁵ Portal Operacional-Situaciones de Refugiados y Migrantes, *R4V - Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela*.

los años 2003 y 2014 se obtuvo un crecimiento anual de 6.5% del PBI. En consecuencia, ello generó una perspectiva positiva, sobre todo a nivel regional, con la nueva imagen del Perú, por lo que se nos empezó a promover como un país lleno de oportunidades⁶⁶. Si bien hoy por hoy la economía peruana ha sufrido un desaceleración económica, ello no ha sido ningún impedimento para que siga siendo un país con atractivo económico;

- El segundo, son los costos para poder llegar al país, que no han sido tan elevados como los que se necesitarían para llegar a otros países del mundo, puesto que Venezuela colinda con el Estado colombiano y esta a su vez con el Estado peruano, o el ingreso por la frontera de Tumbes con Ecuador. Muchos de los movilizados han logrado llegar al país vendiendo algunos de sus bienes en Venezuela, otros de un mejor estatus social han hecho uso de sus ahorros y algunos se han lanzado a la aventura de viajar;
- El tercero, es que han recibido acogida con una serie de facilidades para que puedan arribar al país, como la creación del PTP o el reconocimiento de la condición de refugiado;
- Y cuarto, la reunificación familiar también ha sido un atractivo, puesto que han buscado oportunidades donde sus familiares han conseguido poder establecerse.

Cabe destacar que los elementos antes desarrollados fueron atractivos durante los años 2016, 2017 y 2018, posteriormente se han ido implementando otras políticas respecto de su ingreso al país, como la solicitud de una visa humanitaria u otra documentación, así como la limitación del PTP y la problemática de las solicitudes de refugio; sin embargo, ello no ha sido impedimento para que a través de distintas medidas sigan eligiendo al Perú como país de destino, lo que

⁶⁶ Koechlin José, Solórzano Ximena, Larco Giovanna y Fernández-Maldonado Enrique, "Impacto de la Inmigración Venezolana en el Mercado Laboral de Tres Ciudades: Lima, Arequipa y Piura", Lima, 2019, 25.

se evidencia en el incremento de la población venezolana para los años 2019, 2020 y 2021.

Sin embargo, se debe señalar que este proceso de transformación trajo muchos problemas para el país, ya que se dejó en evidencia el deficiente trabajo de las distintas entidades gubernamentales respecto de la recepción de grandes grupos en movilidad, tanto en su normativa como en su gestión.

En conclusión, la movilidad humana resulta ser un fenómeno que data desde la existencia del ser humano, que bajo su propia naturaleza requería moverse. Si bien no se conocía el concepto como tal, es hoy en día cuando se asume esta definición y se vuelve práctica ante un contexto en el que la movilidad de las personas se ha vuelto común, incentivada por diversos factores.

Referirnos a una situación específica de movilidad es hablar del contexto venezolano, porque es el proceso más cercano a la realidad peruana que ha transformado la óptica al respecto. Tal como se ha señalado, el contexto de movilidad venezolano radica en un conjunto de factores económicos, políticos y sociales que han llevado a su población a salir en busca de mejores oportunidades en una serie de olas migratorias que se dirigen a países vecinos o fuera de la región.

El flujo migratorio venezolano es considerado un flujo mixto, el cual se encuentra conformado en su mayoría por migrantes económicos y refugiados. Para el Perú esto representa un caso inédito y novedoso, ya que el país se ha visto como una suerte de paraíso para quienes buscan oportunidades y protección. Sin embargo, para fines de esta investigación, se debe tener presente que el objeto de estudio serán los refugiados, concretamente aquellos quienes se encuentran en proceso de solicitud del estatus de refugiado.

CAPÍTULO III: EL ESTATUTO DE REFUGIADOS

1. LA FIGURA DEL REFUGIO EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Como se ha visto en los párrafos anteriores, la movilidad humana en Venezuela ha desarrollado dos tipos de grupos, como son los migrantes y refugiados, ello no aleja el hecho de que un porcentaje también opte por los pedidos de asilo; sin embargo, para los fines de esta investigación se analizara principalmente la figura del refugio.

En tal sentido, salvaguardar la integridad de quiénes son desplazados forzosamente es hoy en día uno de los temas centrales en la agenda global, siendo un tema de debate en los distintos foros como la ONU y otros organismos internacionales, incluso se ocupa como un tema recurrente en los Estados y población en general.

Por ello, es necesario conocer la figura del refugio para entender el actual contexto mundial. El refugio es una figura del derecho internacional, de alcance universal y de carácter apolítico, entendido como la salvaguarda de un individuo que sufre persecución y se encuentra fuera de su país de origen; surge a consecuencia de la huida forzada de hombres, mujeres y niños tras la Primera y Segunda Guerra Mundial. Y a pesar del transcurso de los años dicha condición jurídica sigue siendo reconocida en varios países del mundo.

En tales circunstancias, para fines del 2016 un total de 65,6 millones de personas se encontraban obligatoriamente desplazadas en todo el mundo, para el 2017 hubo un aumento de 300 mil personas en comparación al año anterior y para el 2018 se estableció que la cifra aumento en un total de 70,8 millones de desplazados forzosos, siendo 25,9 millones de refugiados: 20,4 millones se encuentran bajo la protección de la ACNUR y 5,5 millones de refugiados palestinos son acogidos por la UNRWA⁶⁷.

⁶⁷ ACNUR, *Tendencias Globales. Desplazamiento Forzado en 2018*, ACNUR, 2019, 1. <<<https://www.acnur.org/5d09c37c4>>> Consultado el 02/12/20.

La figura del refugio necesita tener un enfoque de derechos humanos, ya que la extensión de la cuestión va más allá del carácter migratorio, puesto que un refugiado no solo es un migrante, sino un sujeto cuyos derechos humanos han sido mellados. Si bien, la adopción de políticas migratorias por parte de los Estados es su derecho soberano, este derecho tiene una limitación y es el deber de garantizar el respeto de los derechos humanos.

El derecho de los refugiados pertenece al conjunto conformado por el “*Derecho Internacional Humanitario (DIH)*” y el “*Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH)*”. Siendo el segundo quien en su mayoría constituye el ámbito en el que se sustenta las disposiciones del derecho de los refugiados⁶⁸.

El derecho internacional ha permitido configurar un marco de ayuda y salvaguarda para los refugiados, teniendo en cuenta sus derechos humanos y derechos fundamentales que deben ser garantizados por los Estados. Por ello, para hacer frente al problema de los refugiados la comunidad internacional desarrolló todo un sistema jurídico especializado en la atención de los refugiados que se conoce como el “*Derecho Internacional de los Refugiados*”.

1.1. INSTRUMENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS REFUGIADOS

1.1.1. A Nivel Universal

Se consideran como instrumentos centrales del DIDH y para la protección de las personas refugiadas los siguientes:

1.1.1.1. La “*Declaración Universal de Derechos Humanos*” de 1948

Fue proclamada por la Asamblea General (AG) de la ONU en París, el 10 de diciembre de 1948, la cual señala en su artículo 1 y 2 lo siguiente:

⁶⁸ ACNUR y Unión Interparlamentaria, *Protección de los refugiados: Guía sobre el derecho internacional de los refugiados*, Guía Práctica para Parlamentarios N.º 2, 2001, 18. <<<https://www.refworld.org/es/docid/57f76b071b.html>>>. Consultado el 02/12/20.

*“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (...).”*⁶⁹

Lo descrito en el párrafo anterior permite entender que la defensa de los derechos de los seres humanos es inherente a su condición de ser humano, y que al estar bajo cualquier circunstancia no es admisible que exista una vulneración de ellos.

Cabe señalar que, si bien el derecho internacional acepta el derecho de toda persona a salir de cualquier país y regresar al de su origen, bajo el derecho a la libre circulación, este no incluye el derecho a entrar a otro país libremente, por lo que a cambio se establecen prerrogativas a los Estados para determinar criterios de admisión y expulsión de los extranjeros; es decir medidas que protejan y ayuden a los diversos grupos en movilidad a acceder a una protección justa.

1.1.1.2. El “Estatuto de la ACNUR”

Fue adoptado por la AG de la ONU el 14 de diciembre de 1950, se podría afirmar que es el primer instrumento como tal que define de manera directa la figura del refugio.

Así en el párrafo 6, sección A, i, contempla como refugiados a todas aquellas personas que gozaban de protección en cinco documentos que fueron suscritos entre 1926 y 1946; asimismo en el párrafo 6, sección A, ii considera como refugiado a *“cualquier persona que, como resultado de acontecimientos ocurridos antes del 1º de enero de 1951 y debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión,*

⁶⁹ ONU, *Declaración Universal de Derechos Humanos...*,34.

*nacionalidad u opinión política, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores o de razones que no sean de mera conveniencia personal, no quiera acogerse a la protección de ese país o que por carecer de nacionalidad y estar fuera del país donde antes tenía su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores o de razones que no sean de mera conveniencia personal, no quiera regresar a él*⁷⁰.

Y en el párrafo 6, sección B *“cualquier otra persona que se halle fuera del país de su nacionalidad o, si carece de nacionalidad, fuera del país en el cual tenía su residencia habitual, por tener o haber tenido temores fundados de ser víctima de persecuciones por motivos de raza, religión, nacionalidad u opiniones políticas, y no pueda o, debido a ese temor, no quiera acogerse a la protección del gobierno del país de su nacionalidad o, si carece de nacionalidad, no quiera regresar al país donde antes tenía su residencia habitual”*⁷¹.

Lo señalado en los párrafos anteriores permite inferir que dichos parámetros fueron elaborados para la funcionalidad de la ACNUR, es decir que no se aplicaba a los Estados, sino que era únicamente para contar con una definición de las personas en cuyo nombre podría actuar el organismo internacional.

1.1.1.3. La “Convención de 1951”

Es el principal instrumento del derecho internacional de los refugiados, fue adoptado el 28 de julio de 1951 durante la *“Conferencia de Plenipotenciarios de la ONU sobre el Estatuto de los Refugiados y las Personas Apátridas”* celebrada en Ginebra, con 19 países firmantes; entró en vigor el 22 de abril de 1954 y actualmente tiene 146 Estados partes⁷².

⁷⁰ ACNUR, *Estatuto de la ACNUR*, 1950. <<<https://www.acnur.org/5b07680a4.pdf>>> Consultado el 22/03/19.

⁷¹ *Ibíd*em, 2.

⁷² United Nations, *Treaty Collection*. <<https://treaties.un.org/doc/Treaties/1954/04/19540422%2000-23%20AM/Ch_V_2p.pdf>>. Consultado el 02/02/20.

Respecto de la definición que le otorga al refugiado se señala que retoma la figura expuesta en cinco documentos anteriores: los arreglos del 12 de mayo de 1926 y 30 de junio de 1928, los Convenios de 28 de octubre de 1933 y 10 de febrero de 1938, el Protocolo de 14 de setiembre de 1939 y la *“Constitución de la Organización Internacional de Refugiados”* de 1946. Las definiciones enunciadas en estos 5 instrumentos permitían vincular al refugiado con su *“origen nacional”*, el *“territorio del que salieron”* y la *“falta de protección de su país de origen”*, ello permitió que su aplicación e interpretación fuera muy sencilla ya que se podía identificar con facilidad a quiénes eran refugiados; sin embargo, para la actualidad es ya un concepto poco aplicable, pero aquellas personas que se encuentren en dichas definiciones seguirán siendo refugiados y gozaran de protección internacional. Cabe señalar que estos documentos fueron incluidos tal como figuran en el *“Estatuto de la ACNUR”*⁷³.

En ese sentido, el párrafo 2 del artículo 1 de la *“Convención de 1951”* define al refugiado como la persona:

“Que como resultado de acontecimientos ocurridos antes del 1 de enero de 1951 y debido a fundados temores de ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que careciendo de nacionalidad y hallándose a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores no quiera regresar a él”.⁷⁴

⁷³ ACNUR, *Manual sobre procedimientos y criterios para determinar la condición de refugiado y Directrices sobre protección internacional en virtud de la Convención de 1951 y el Protocolo de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados*, ACNUR, Ginebra, 2019, párrs. 1-4. <<<https://www.refworld.org/es/docid/5d9e13214.html>>>. Consultado el 02/02/20.

⁷⁴ Mansilla y Mejía María, “Convención de Ginebra de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados”, en *Revista de la Facultad de Derecho de México*, Vol. 60, N.º 253, UNAM, Ciudad de México, 2010, 217. <<<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfdm/issue/view/4656>>>. Consultado el 06/03/19.

La definición fue planteada tras la Segunda Guerra Mundial, como consecuencia de los hechos ocurridos antes del 1 de enero de 1951 en Europa o en otro lugar. Su contenido está centrado en identificar a quiénes se hallan fuera de su país de origen y que son refugiados.

Además de definir al refugiado establece otros parámetros, como el reconocimiento de derechos con los que se garantizan los servicios básicos durante los programas de atención, recepción e identificación, así como el derecho a la no devolución, directivas sobre su permanencia en el Estado de acogida, directivas para que los Estados de acogida respeten la condición del refugiado, entre otros.

La “*Convención de 1951*” tiene la virtud de situar la figura del refugiado en una zona de equilibrio, ya que el reconocimiento de algunos de sus derechos fundamentales es homologado a la par de los nacionales y en otros, se les reconoce como extranjeros; lo cual es totalmente positivo puesto que de no ser así los refugiados se encontrarían en una situación superior o inferior en relación con los nacionales⁷⁵.

1.1.1.4. El “*Protocolo de 1967*”

Es un instrumento autónomo de la “*Convención de 1951*” pero vinculado directamente a este. Fue firmado el 31 de enero de 1967 en la ciudad de Nueva York, entró en vigor el 4 de octubre de 1967 y actualmente cuenta con 147 Estados partes.

En el párrafo 2 artículo 1 define al refugiado como:

“Toda persona comprendida en la definición del artículo 1 de la Convención, en la que se darán por omitidas las palabras ...como resultado de acontecimientos ocurridos antes del 1 de enero de 1951...”

⁷⁵ *Ibidem*, 219.

y “las palabras ... a consecuencia de tales acontecimientos, que figuran en el párrafo 2 de la sección A del artículo 1”.⁷⁶

Es decir, el “*Protocolo de 1967*”, logra anular los límites de tiempo y espacio antes contenidos en la “*Convención de 1951*”, y al suscribirse los Estados aceptan aplicar los términos contenidos desde el artículo 2 hasta el artículo 34 de la “*Convención de 1951*” a todos aquellos que cumplan con los parámetros enunciados en la definición de refugiado; sin embargo, hay Estados que decidieron adherirse a ambos instrumentos internacionales, permitiendo que sean considerados como el centro del sistema internacional de protección para el refugiado⁷⁷.

En el mismo orden de ideas, es primordial recalcar que el “*Estatuto de la ACNUR*” y la “*Convención de 1951*” poseen una serie de diferencias mínimas en lo planteado para la definición del refugiado, sin embargo la diferencia más notable es que el “*Estatuto de la ACNUR*” establece desde el inicio un concepto sin limitaciones de tiempo y espacio de aplicación, por lo contrario a la “*Convención de 1951*”, que contenía ciertos parámetros que fueron actualizados con el “*Protocolo de 1967*”; sin embargo, ambos cumplen con su función de proteger al refugiado.

1.1.1.5. La “*Declaración de Nueva York sobre Refugiados y Migrantes*”, el “*Pacto Mundial sobre los Refugiados*” y el “*Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular*”

Estos tres instrumentos no son de carácter vinculante, sin embargo, han ayudado a que los Estados trabajen de manera conjunta en los nuevos retos que atraviesa la movilidad humana, sobre todo en la figura del refugio, ya que es necesario tener un marco de protección que se adapte al nuevo contexto internacional.

⁷⁶ United Nations, *Treaty Collection*. <<https://treaties.un.org/doc/Treaties/1967/10/19671004%2007-06%20AM/Ch_V_5p.pdf>>. Consultado el 29/03/19.

⁷⁷ ACNUR y Unión Interparlamentaria, *Protección de los refugiados: Guía sobre el derecho internacional de los refugiados...*,10.

La ONU adoptó la “*Declaración de Nueva York sobre Refugiados y Migrantes*” el 19 de septiembre de 2016, la cual contiene una serie de compromisos para mejorar la protección de los refugiados y migrantes. La declaración reafirma la importancia de un régimen de protección internacional y establece el compromiso de los Estados miembros para fortalecer y mejorar la protección de las personas que se desplazan⁷⁸.

El 17 de diciembre de 2018 la AG de la ONU aprobó el “*Pacto Mundial sobre los Refugiados*”, el cual establece un marco que permite plantear una respuesta internacional más sólida, equitativa y predecible a la movilidad forzosa. El pacto orienta a la comunidad internacional, los Estados y comunidades que los acogen, con la finalidad de que se apoye a las personas refugiadas⁷⁹.

El “*Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular*” fue aprobado durante la “*Conferencia Intergubernamental*” celebrada los días 10 y 11 de diciembre de 2018, en Marruecos; en el cual se desarrollan preceptos como los valores de la soberanía de los Estados, la responsabilidad compartida, la no discriminación y la protección de los derechos humanos⁸⁰.

De lo señalado, se puede destacar que el derecho de los refugiados, si bien no se limita únicamente a la “*Convención de 1951*” y su “*Protocolo de 1967*”, son estos dos instrumentos los que integran el marco general de la figura del refugio.

⁷⁸ ACNUR, *Declaración de Nueva York sobre Refugiados y Migrantes*, 2016. <<<https://www.acnur.org/declaracion-de-nueva-york-sobre-refugiados-y-migrantes.html>>>. Consultado el 30/03/19.

⁷⁹ ACNUR, *Pacto Mundial sobre Refugiados: Guía Rápida del ACNUR*, 2018, 2. <<<https://www.acnur.org/publications/pubprot/5bbe32564/pacto-mundial-sobre-refugiados-guia-rapida-del-acnur.html>>>. Consultado el 30/03/19.

⁸⁰ Fajardo del Castillo Teresa, “El Pacto Mundial por una migración segura, ordenada y regular: un instrumento de soft law para una gestión de la migración que respete los derechos humanos”, en *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, N.º 38, 2019, 1-34. <<<http://www.reei.org/index.php/revista/num38>>>. Consultado el 20/03/20.

El concepto de refugio antes analizado instituye una serie de medidas legales convenientes para la protección de los refugiados al rededor del mundo, por lo que los instrumentos no deberán ser considerados como excluyentes e incompatibles, sino que la subsistencia de ambos permite la existencia de un concepto más amplio⁸¹.

Existen también instrumentos no vinculantes que han permitido recalcar la importancia de mantener un contexto actualizado, instando a los Estados a ser partícipes de una serie de compromisos que permitan reafirmar el trabajo conjunto en pro del refugio y los derechos humanos.

1.1.2. A Nivel Regional

Se consideran instrumentos regionales a aquellos mecanismos planteados en relación a preocupaciones particulares de regiones específicas, siendo en este caso el de los Estados latinoamericanos, los cuales son:

1.1.2.1. La “Declaración de Cartagena”

Fue adoptada por el "*Coloquio Sobre la Protección Internacional de los Refugiados en América Central, México y Panamá: Problemas Jurídicos y Humanitarios*", celebrado en la ciudad de Cartagena, Colombia, del 19 al 22 de noviembre de 1984.

Cabe señalar que la “*Declaración de Cartagena*” tuvo como precedente y referente a la “*Convención de la OUA*”⁸² de 1969. La OUA comprendió que los éxodos masivos exigían de una definición de refugiado propia, regional, independiente y más amplia de lo planteado por la “*Convención de 1951*”,

⁸¹ Jackson Ivore, “The 1951 Convention relating to the Status of Refugees: A Universal Basis for Protection”, in *Internacional Journal of Refugee Law*, Vol. 3, N.º. 3, Oxford University Press Oxford, 1991, 411-412. Se recoge la traducción de Ruiz de Santiago Jaime, “Derechos humanos, derecho de refugiados: evolución y convergencias”, Sandra Namihás (coord.), en *Derecho Internacional de los Refugiados*, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2001, 32-33.

⁸² “La OUA fue fundada el 25 de mayo de 1963, fue una organización regional que agrupaba a los países del continente africano. Fue reemplazada por la Unión Africana (UA), fundada en mayo de 2001 y con sede en Addis Abeba, Etiopía, cuenta con 55 Estados miembros que trabajan conjuntamente para abordar los principales problemas políticos, sociales y económicos”. <<<https://www.acnur.org/la-union-africana.html>>>. Consultado el 30/03/19.

de aplicación exclusiva para el continente africano. Dentro del texto de la “*Convención de la OUA*”, párrafo 1 de su artículo 1, se incorpora la definición establecida en la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*”; en el párrafo 2 se señala como refugiados a las personas que dejaron su país de origen por causa de persecución, pero además incluye a quienes tuvieron que huir “*debido a la agresión externa, la ocupación, la dominación extranjera, o a eventos que alteraban seriamente el orden público, ya sea en parte o en todo su país de origen o nacionalidad*”⁸³. Esto refiere que toda persona que cumpla con lo señalado en la definición tendrá el derecho de pedir la condición de refugiado en los Estados que sean parte de la “*Convención de la OUA*”, al ser este vinculante, sean fundados o no sus temores a ser perseguidos.

Por ello, la “*Declaración de Cartagena*” fue promovida ante una situación de grave violencia en Centroamérica que forzó a miles de personas a abandonar sus hogares y buscar resguardo en otros países. Durante el Coloquio se discutieron temas relativos al refugio, haciéndose un llamando a que se promueva entre los Estados latinoamericanos normas internas que faciliten la aplicación de la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*”, así como que se establezcan los procedimientos y recursos internos para la protección de refugiados, entre otros.

Como resultado se recomienda que la definición utilizada en toda la región latinoamericana abarque no solo elementos de la “*Convención de 1951*” sino también se considere como refugiados “*a las personas que han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público*”⁸⁴.

⁸³ Arboleda Eduardo, “La Declaración de Cartagena de 1984 y sus semejanzas con la Convención de la Organización de la Unidad Africana de 1969: una perspectiva comparativa”, Sandra Namihás (coord.), en *Derecho Internacional de los Refugiados*, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2001, 81.

⁸⁴ ACNUR y Unión Interparlamentaria, *Protección de los refugiados: Guía sobre el derecho internacional de los refugiados...*, 14.

La nueva terminología utilizada en la definición del refugiado reflejó la necesidad de responder a las nuevas realidades regionales, ya que este obedeció a preocupaciones humanitarias y procuró brindar soluciones prácticas al problema de la determinación de la condición de esta figura; ello permitió que la definición utilizada sea más amplia en su uso, pues su concepción ha permitido que se aplique con eficacia en el contexto regional.

Al mismo tiempo, sentó importantes antecedentes y una guía de los principios y criterios que debían orientar la protección internacional de los refugiados en Latinoamérica; destaca la reafirmación del “*principio de no devolución*”, así como la prohibición del rechazo en frontera, la protección de los refugiados alojados en campamentos próximos a las fronteras y otros. Además, es considerado un instrumento innovador por que señala y recalca la necesidad de que los Estados adopten leyes nacionales de protección para los refugiados, y que la incorporación de una concepción amplia no se agote únicamente en la protección contra la devolución y la provisión de documentos, sino que como parte integral de esta tarea también se comprometan a asegurar la protección de sus derechos económicos, sociales y culturales, los que son necesarios para mantener la dignidad y posibilidad de su integración en el país de destino, obteniendo la prestación de servicios básicos como la salud, educación y trabajo u otras alternativas que les permitan generar medios de subsistencia⁸⁵.

Aunque la “*Declaración de Cartagena*” no es jurídicamente vinculante para los países, la mayor parte de ellos a raíz de su propia iniciativa la adopta en la práctica y algunos la han incluido en su legislación nacional (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay), cada uno con algunas singularidades.

⁸⁵ Demant Eva, “30 años de la Declaración de Cartagena sobre Refugiados. Avances y desafíos de la protección de refugiados en Latinoamérica”, en *Agenda Internacional*, Vol. 20, N.º 31, 2013, 131-132. <<<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/agendainternacional/article/view/7731>>>. Consultado el 30/03/19.

Cabe señalar que este documento recibió el apoyo y reconocimiento por parte de la OEA, la AG de la ONU y el Comité Ejecutivo de la ACNUR, pues se destacó la intención del documento de proteger al refugiado dentro de las nuevas circunstancias que la región venía atravesando. Por ello, los esfuerzos realizados por los Estados al respecto representan una serie de buenas prácticas frente a la figura del refugio.

1.1.2.2. Los “Principios y Criterios para la Protección y Asistencia de los Refugiados, Repatriados y Desplazados Internos Centroamericanos en América Latina”; la “Declaración de San José”; la “Declaración de Tlatelolco”; la “Declaración y Plan de Acción de México”; la “Declaración de Brasilia”; y la “Declaración y Plan de Acción de Brasil”

Del 29 al 31 de mayo de 1989 tuvo lugar en Guatemala la CIREFCA, la cual adoptó un documento titulado “Principios y Criterios para la Protección y Asistencia de los Refugiados, Repatriados y Desplazados Internos Centroamericanos en América Latina”, este recoge los principios y recomendaciones contenidos en la “Declaración de Cartagena” y resume la experiencia adquirida en materia de protección de refugiados, repatriados y desplazados en el período que va entre la adopción de dicha Declaración y la celebración de CIREFCA. Es un documento importante para la protección de refugiados, repatriados y desplazados, ya que incluye normas del Derecho de los refugiados, de los Derechos Humanos y del DIH⁸⁶.

Durante el “Coloquio Internacional: 10 Años de la Declaración de Cartagena sobre Refugiados”, celebrado en San José, Costa Rica, del 5 al 7 de diciembre de 1994 se adopta la “Declaración de San José sobre Refugiados y Personas Desplazadas”, a través de él se integra, en un solo documento,

⁸⁶ ONU, *Principios y Criterios para la Protección y Asistencia de los Refugiados, Repatriados y Desplazados Internos Centroamericanos en América Latina*, 1989. <<https://www.oas.org/dil/esp/cirefca_89-9_esp.pdf>>. Consultado el 30/03/19.

el marco jurídico elaborado en la teoría y la práctica que fue acumulada durante una década desde la “*Declaración de Cartagena*”⁸⁷.

La “*Declaración de Tlatelolco sobre Acciones Prácticas en el Derecho de los Refugiados en América Latina y El Caribe*”, fue adoptada en el “*Seminario Regional sobre Acciones Prácticas en el Derecho de los Refugiados*”, en la Ciudad de México los días 10 y 11 de mayo de 1999, en dicho documento se establece una evaluación de la práctica en la región en los últimos años, así como la situación actual y los posibles retos a futuro, con la finalidad de brindar algunas recomendaciones para fortalecer la figura del refugio en la región⁸⁸.

En épocas más actuales, veinte países de la región adoptaron la “*Declaración y Plan de Acción de México para Fortalecer la Protección Internacional de los Refugiados en América Latina*”, el 16 de noviembre del 2004, en Ciudad de México, en la que se reafirma la importancia de la protección del refugiado, así como el reconocimiento de sus derechos y obligaciones, destaca la participación de las ONGs, las obligaciones de los Estados para brindar protección internacional, y entre otros puntos reiteran y reconocen lo avanzado sobre la figura del refugio, pero a su vez promueven formalmente la obligación de ayudar y proteger a aquellos en necesidad⁸⁹.

En ese mismo orden de ideas, la “*Declaración de Brasilia sobre la Protección de Personas Refugiadas y Apátridas en el Continente Americano*”, adoptada en Brasilia, el 11 de noviembre del 2010, en el marco de la celebración del sexagésimo aniversario de la ACNUR, y de la “*Convención de 1951*”, fomenta y recomienda las buenas prácticas de la

⁸⁷ ACNUR, *Declaración de San José sobre Refugiados y Personas Desplazadas*, 1994. <<<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0012.pdf>>>. Consultado el 30/03/19.

⁸⁸ ONU, *Declaración de Tlatelolco sobre Acciones Prácticas en el Derecho de los Refugiados en América Latina y El Caribe*, 1999. <<https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Tlatelolco_1999.pdf>>. Consultado el 30/03/19.

⁸⁹ ACNUR, *Declaración y Plan de Acción de México para Fortalecer la Protección Internacional de los Refugiados en América Latina*, 2004. <<<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3016.pdf?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3016>>>. Consultado el 30/03/19.

“Declaración y Plan de Acción de México”, así como la importancia de soluciones duraderas para los problemas de los refugiados⁹⁰.

Así también la *“Declaración de Brasil: Un Marco de Cooperación y Solidaridad Regional para Fortalecer la Protección Internacional de las Personas Refugiadas, Desplazadas y Apátridas en América Latina y el Caribe”*, adoptada en Brasilia, el 3 de diciembre de 2014, consagra la trascendencia de establecer métodos que determinen el estatus de refugiado, de manera que estos sean justos y eficientes; en su segundo capítulo incluye una serie de programas, el primero denominado *“Asilo de Calidad”* que busca *“mejorar los procedimientos de elegibilidad, fortalecer la capacidad y el conocimiento de las autoridades de asilo, e introducir conceptos eficientes de gestión y manejo de los procedimientos”* y el segundo, *“Fronteras Solidarias y Seguras”*; y en el tercer capítulo se desarrollan los programas *“Repatriación Voluntaria”*, *“Integración Local”*, *“Reasentamiento Solidario”* y *“Movilidad Laboral”*⁹¹.

Todos estos instrumentos forman un importante marco regional contemporáneo que permite brindar respuestas a la problemática que deviene de los desplazamientos forzados, pues formulan medidas concretas que brindan protección y asistencia a los refugiados. Cabe señalar que estos instrumentos no son vinculantes, pero son de suma importancia para la región y se adaptan a las necesidades y desafíos propios del contexto regional y temporal.

1.2. ASILO Y REFUGIO: SU TRATAMIENTO REGIONAL

Este análisis se hace necesario puesto que existe una confusión terminológica entre la figura del asilo y el refugio. Varios instrumentos del derecho

⁹⁰ ACNUR, *Declaración de Brasilia sobre la Protección de Personas Refugiadas y Apátridas en el Continente Americano*, 2010. <<<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8133.pdf?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8133>>>. Consultado el 30/03/19.

⁹¹ Gobierno de Brasil, *Declaración de Brasil: "Un Marco de Cooperación y Solidaridad Regional para Fortalecer la Protección Internacional de las Personas Refugiadas, Desplazadas y Apátridas en América Latina y el Caribe"*, 2014. <<<https://www.refworld.org/es/docid/548707d04.html>>>. Consultado el 30/03/19.

internacional emplean la palabra asilo para referirse a la admisión y protección de los refugiados por parte de un país, tales como la DUDH (que establece en su artículo 14 que *“en caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país”*), la *“Convención de 1951”* (considerando N.º 4) y la *“Declaración sobre Asilo Territorial”* de 1967; lo mismo ocurre con las resoluciones sobre refugiados adoptadas por la AG de la ONU y las conclusiones adoptadas por el Comité Ejecutivo de la ACNUR⁹².

Así también, a nivel regional, la *“Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH)”* de 1948 que reconoce en su artículo 27 el derecho que tiene todo sujeto de *“buscar y recibir asilo en territorio extranjero, en caso de persecución que no sea motivada por delitos de derechos común y de acuerdo con la legislación de cada país y con los Convenios internacionales”*⁹³. Y, el *“Pacto de San José”* que reconoce en su artículo 22 inciso 7 que *“toda persona tiene el derecho de buscar y recibir asilo en territorio extranjero en caso de persecución por delitos políticos o comunes conexos con los políticos y de acuerdo con la legislación de cada Estado y los Convenios internacionales”*⁹⁴.

Por ello, la AG de la ONU, a través del informe realizado por la ACNUR, reconoce *“que toda persona tiene derecho a solicitar y gozar de asilo contra la persecución en otros países y, puesto que el asilo es un instrumento indispensable para la protección internacional de los refugiados, exhorta a todos los Estados a que se abstengan de tomar medidas que comprometan la institución del asilo, en particular devolviendo o expulsando a refugiados o personas que solicitan asilo, contrariamente a los instrumentos*

⁹² San Juan César, “Informe General de la Investigación: El asilo y la protección internacional de los refugiados en América Latina: Análisis crítico del dualismo asilo-refugio a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos”, Leonardo Franco (coord.), en *El Asilo y la protección internacional de los refugiados en América Latina: Análisis crítico del dualismo “asilo-refugio” a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, ACNUR, San José, C.R., 2004, 36.

⁹³ “La DADDH de 1948 fue aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, en Bogotá, Colombia”. <<https://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n_americana_de_los_Derechos_y_Deberes_del_Hombre_1948.pdf>>. Consultado el 25/07/19.

⁹⁴ “El Pacto de San José, adoptada en San José, Costa Rica el 22 de noviembre de 1969”. <<<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0001.pdf>>>. Consultado el 25/07/19.

*internacionales de derechos humanos, al derecho humanitario y al derecho de los refugiados*⁹⁵.

Entonces, en función de lo planteado en el párrafo precedente, se puede deducir que tanto la figura del refugio y del asilo, a pesar de lo distinto de sus denominaciones, cumplen un factor importante; por lo que no se cuestiona el uso de asilo o refugio como denominación para la protección de personas que son perseguidas. Sin embargo, se debería tener en cuenta que ello ha generado una concomitancia equivalente de dos marcos jurídicos, lo cual ha permitido asentar la idea de una concepción dualista que se ve reflejada de manera progresiva en las legislaciones de los Estados, conformado primero por los tradicionales Convenios interamericanos de asilo (el Estado es quien tiene el derecho de concederlo a los extranjeros que son perseguidos por razones políticas, delitos políticos o conexos) , y segundo, por lo señalado en las regulaciones de la ONU respecto del refugio, conforme a la “*Convención de 1951*” y su “*Protocolo de 1967*”⁹⁶.

Para fines de esta investigación, se debe tener en cuenta que la duda suscitada respecto de la figura del asilo y refugio no requiere mayores alcances, ya que se viene trabajando en torno a la figura del refugio enmarcado en la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*”.

En general, para la interpretación y aplicación de los instrumentos internacionales y regionales de carácter vinculante para los Estados, se debe tener en cuenta los siguientes principios:

- a. El principio referido en el artículo 27 de la “*Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados*”⁹⁷ donde se señala que el Estado no puede

⁹⁵ Asamblea General de la ONU, *A/RES/52/103*, 1998, párr. 5. <<<https://undocs.org/es/A/RES/52/103>>>. Consultado el 25/08/19.

⁹⁶ San Juan César, “El asilo y la protección internacional de los refugiados en América Latina: Análisis crítico del dualismo asilo-refugio a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos” ..., 67.

⁹⁷ “*La Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados fue adoptada en Viena, Austria el 22 de mayo de 1969 por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Derecho de los Tratados y entró en vigor el 27 de enero de 1980, actualmente cuenta con 116 Estados parte*”.

recurrir a preceptos de su derecho interno como motivo de inobservancia de un tratado.

- b. Del artículo 8 de la DUDH se puede obtener el segundo principio, en él se menciona que todo individuo tiene derecho a un recurso efectivo ante sus tribunales nacionales, que lo amparen de hechos que puedan vulnerar sus derechos fundamentales reconocidos en la Constitución o leyes.
- c. Y, tercero es el principio del “*pacta sunt servanda*”, traducido como lo pactado obliga, que refiere que todo tratado debe ser cumplido por las partes conforme a lo señalado. Principio reconocido en la “*Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados y la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados celebrados entre Estados y Organizaciones Internacionales o entre Organizaciones Internacionales*”⁹⁸.

Por el contrario, si bien los dispositivos internacionales y regionales de carácter no vinculante o “*soft law*” influyen en la implementación de medidas respecto de los temas que abordan, estos no poseen una vinculación de cumplimiento obligatorio; sin embargo, pueden ser reconocidos o integrados por los Estados a sus sistemas, siendo viable la exigencia de su cumplimiento sobre la base de su integración o también del derecho consuetudinario.

1.3. EL DERECHO DE PETICIÓN Y SU ADMISIBILIDAD EN EL REFUGIO

El derecho de petición, reconocido en el artículo 24 de la DADDH, permite garantizar que las personas que se consideren refugiadas tengan el derecho de solicitar que se estudie su pedido y que las autoridades competentes de los Estados o de la ACNUR, de forma obligatoria, respondan a dicho pedido.

<<https://www.oas.org/xxxivga/spanish/reference_docs/convencion_viena.pdf>> Consultado el 25/08/19.

⁹⁸ “*La Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados celebrados entre Estados y Organizaciones Internacionales o entre Organizaciones Internacionales fue adoptada el 21 de marzo de 1986, aún no se encuentra en vigor*”. <<https://treaties.un.org/doc/Treaties/1986/03/19860321%2008-45%20AM/Ch_XXIII_3.pdf>>. Consultado el 25/08/19.

Se trata de un derecho subjetivo fundamentado en el derecho a buscar refugio, el “*principio de no devolución*” y la práctica internacional que permite garantizar que se escuche y procese los casos de quienes reclamen ser refugiados, solo con la solicitud⁹⁹.

El derecho fundamental de los refugiados tiene como regla básica otorgar a toda persona la oportunidad de presentar su pedido, y que después de un adecuado e imparcial estudio se pronuncien sobre su condición de refugiado; se debe considerar que no será un proceso justo si se encuentra lleno de arbitrariedades, como por ejemplo que no se escuchó a la persona o que de por sí no se consideró su pedido.

Por lo tanto, el único criterio de admisibilidad es que la persona pida ser refugiado y solicite la evaluación de su caso, ello no comprende el debate de si se le otorga o no la condición.

1.4. CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CONDICIÓN DE REFUGIADO A LA LUZ DE LA “CONVENCIÓN DE 1951” Y EL “PROTOCOLO DE 1967”¹⁰⁰

Los refugiados son personas naturales, nos referimos a seres humanos, que por encima de cualquier particularidad tienen derechos que deben ser protegidos tanto por el Estado como por la comunidad internacional. Los parámetros para determinar la condición de refugiado según la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*” se encuentran plasmados en las definiciones que establecen los mencionados instrumentos, por consiguiente, se analizará cada uno de los supuestos:

1.4.1. “Fundados temores de ser perseguido”

El reconocimiento de la condición de refugiado de un individuo está ligado al concepto de lo que se entiende por temor, ya que este es subjetivo; por ello,

⁹⁹ Galindo Francisco, “Consideraciones sobre la determinación de la Condición de Refugiado”, Sandra Namihás (coord.), *en Derecho Internacional de los Refugiados*, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2001, 46.

¹⁰⁰ ACNUR, *Manual sobre procedimientos y criterios para determinar la condición de refugiado y Directrices sobre protección internacional ...*, 12-23.

se requiere fundamentalmente de la valoración de las declaraciones que preste el solicitante; al elemento de temor se le agrega la variable de ser fundado, por lo que no solo basta el estado de ánimo de la persona, sino que además se requerirá de un elemento objetivo. Por lo que para determinar si existen “*fundados temores*” debe considerarse ambos elementos.

Respecto del elemento objetivo este se encuentra en un debate de si solo el temor puede fundamentarse en las razones que la persona da o si requiere de pruebas, la experiencia internacional no plantea una única postura al respecto, ya que, a favor de la primera, existe jurisprudencia de la República Federal Alemana y de los Estados Unidos, mientras a favor de la segunda, se tiene como ejemplo la jurisprudencia del “*Tribunal del Distrito de la Haya*”¹⁰¹.

Sin embargo, es necesario recalcar que el artículo 1 de la “*Convención de 1951*” señala el término “*fundados temores*”, ello denota que no es necesario estar bajo persecución sino con temor de estarlo¹⁰².

1.4.2. “Por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas”

Conforme a lo señalado, para ser considerado refugiado se debe mostrar fundados temores de ser perseguido por uno de los siguientes motivos:

- a. “**Raza**”. El concepto empleado para definir el término de “*raza*” debe ser interpretado en su noción más amplia, permitiendo abarcar la totalidad de los grupos étnicos usualmente designados como razas. Asimismo, se podrá involucrar también la vinculación a un grupo social de determinado parentesco que constituya un número limitado ante una colectividad amplia.

¹⁰¹ Mariño Fernando, “El Concepto de Refugiado en un Contexto de Derecho Internacional General”, en *Revista Española de Derecho Internacional*, Vol. 35, No. 2, Madrid, 1983, 354.

¹⁰² Rubio Patricio, “El concepto de refugiado en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951: tratamiento normativo y realidad” ..., 142.

No obstante, el hecho de formar parte de un determinado grupo racial no justificará el pedido de la condición de refugiado siempre que por circunstancias especiales el pertenecer a dicho grupo se vuelva causa de persecución¹⁰³.

- b. **“Religión”**. Bajo la protección de la DUDH toda persona tiene derecho *“a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, derecho que incluye la libertad de cambiar de religión y la libertad de manifestar su religión, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia”*¹⁰⁴.

La persecución por motivos de religión puede admitir múltiples criterios, por lo que será necesario analizar cada caso en concreto para establecer una razón suficiente de persecución¹⁰⁵.

- c. **“Nacionalidad”**. No debe ser entendido únicamente como un sinónimo de *“ciudadanía”*, pues refiere también la pertenencia a un grupo étnico o lingüístico, que incluso puede concordar con el concepto planteado de *“raza”*¹⁰⁶.

La nacionalidad debe ser considerada de una manera amplia, en el sentido de que numerosos grupos nacionales forman parte de un Estado. Muchos de estos Estados están lejos de ser homogéneos, ya que al interior pueden existir diversas comunidades con distintas costumbres, idiomas, religión y antecedentes históricos, siendo así estados multinacionales¹⁰⁷.

¹⁰³ ACNUR, *Manual sobre procedimientos y criterios para determinar la condición de refugiado y Directrices sobre protección internacional ...*, párrs. 68-70.

¹⁰⁴ *Ibidem*, párrs. 71. *“Se puede encontrar también en el artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de todas las Formas de Intolerancia y Discriminación Fundadas en la Religión o las Convicciones, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 25 de noviembre de 1981, Resolución 36/55”*. <<<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/religionorbelief.aspx>>>. Consultado el 25/08/19.

¹⁰⁵ *Ibidem*, párrs. 73.

¹⁰⁶ *Ibidem*, párrs. 74-76.

¹⁰⁷ Galindo Francisco, *“Consideraciones sobre la determinación de la Condición de Refugiado”* ..., 52.

- d. **“Pertenenencia a determinado grupo social”**. Suele comprender a un conjunto de individuos que comparten antecedentes, costumbres o condiciones similares.

Para la ACNUR un determinado grupo social *“es un grupo de personas que comparte una característica común distinta al hecho de ser perseguidas o que son percibidas a menudo como grupo por la sociedad. La característica será innata e inmutable, o fundamental de la identidad, la conciencia o el ejercicio de los derechos humanos”*¹⁰⁸.

Los Estados han aceptado que para fines de la *“Convención de 1951”* *“las mujeres, las familias, las tribus, los grupos profesionales y los homosexuales constituyen grupos sociales determinados”*, sin embargo, no se puede plantear que existe una delimitación acerca de cuáles grupos deberían ser considerados como *“determinados grupos sociales”*¹⁰⁹.

- e. **“Opiniones políticas”**. Implica el sostener opiniones políticas diferentes a las de las autoridades, por lo que es necesario que el solicitante haya expresado dichas ideas, que estas hayan llegado a las autoridades y que estos puedan identificar al sujeto¹¹⁰.

1.4.3. **“Se encuentre fuera del país de su nacionalidad”**

Cuando se señala que el solicitante se debe encontrar fuera de su país de nacionalidad se refiere a que este se encuentre fuera de la jurisdicción de su país de origen, no se le puede otorgar protección internacional mientras esto no suceda. Para probar su nacionalidad podrá utilizar su pasaporte nacional,

¹⁰⁸ ACNUR, *Manual sobre procedimientos y criterios para determinar la condición de refugiado y Directrices sobre protección internacional ...*, párr. 77.

¹⁰⁹ ACNUR, *Directrices sobre la Protección Internacional: “Pertenenencia a un determinado grupo social” en el contexto del Artículo 1A (2) de la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y/o su Protocolo de 1967*, HCR/GIP/02/02, 2002, 2-4. <<<https://www.refworld.org.es/docid/4714a75a2.html>>>. Consultado el 15/01/21.

¹¹⁰ ACNUR, *Manual sobre procedimientos y criterios para determinar la condición de refugiado y Directrices sobre protección internacional ...*, párr. 77-82.

ello crea la presunción de que el titular es nacional del país que lo expidió, salvo que se consigne otra información¹¹¹.

En relación a la idea anterior, existe otro supuesto, ya que no es necesario que la persona que solicita el refugio salga de su país irregularmente ni que lo haya abandonado por razón de fundados temores, puesto que pudo haber solicitado el reconocimiento de su condición de refugiado estando ya fuera de su país de origen por algún tiempo y que las circunstancias surgieron mientras se encontraba fuera. La persona que al salir de su país no era un refugiado y adquiere con posterioridad dicha calidad será denominado refugiado “*sur place*”¹¹².

1.4.4. “Y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país”

El hecho de que la persona “*no pueda*” acogerse a una protección implica que existan situaciones ajenas a su voluntad que lo impiden, como por ejemplo una guerra, disturbios y otros; o que existiendo medidas de protección el país de su nacionalidad se lo niegue. Respecto de la expresión “*no quiera*” se puede determinar que el solicitante se niega a aceptar la protección de su país, debido a fundados temores de persecución.

1.4.5. “O que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él”

Estas líneas refieren lo concerniente a los refugiados apátridas, quienes al no tener una nacionalidad poseen una residencia habitual, pero para ser refugiados estos deben hallarse fuera del país considerado como su residencia habitual bajo los motivos expresados en la definición.

¹¹¹ *Ibidem*, párr. 93.

¹¹² *Ibidem*, párr. 94-96.

1.5. CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CONDICIÓN DE REFUGIADO A LA LUZ DE LA “DECLARACIÓN DE CARTAGENA”

La definición expresada en la “*Declaración de Cartagena*” fue elaborada de forma amplia con el propósito de cerciorarse que este abarque a personas cuya necesidad de protección internacional era evidente y que requerían y necesitaban ser asistidos como refugiados¹¹³.

Los términos de la definición de refugiado establecidos en la “*Declaración de Cartagena*” son aplicados conforme a la política o disposición que los Estados empleen. Por ello, para brindar ayuda a los Estados sobre el amplio margen de interpretación se estableció las “*Directrices sobre Protección Internacional N.º 12 de la ACNUR*”¹¹⁴ que dan un marco acerca de los elementos de la definición, lo que ha permitido a los Estados trabajar de manera satisfactoria.

Por lo cual se analiza los criterios a continuación:

1.5.1. “Violencia generalizada”. No se considera como un término técnico, ni posee significado en sentido estricto o cerrado, pero se puede entender como violencia indiscriminada y/o suficientemente amplia que incide en poblaciones enteras o grandes grupos de personas. La violencia generalizada puede ser identificada a través de la gravedad o extensión territorial de la violencia, o ambas; normalmente es desarrollada por agentes estatales o no estatales.

1.5.2. “Agresión extranjera”. Se refiere a la agresión utilizada por la fuerza militar de un país en contra de la independencia política, la soberanía e integridad territorial de otro, u otra modalidad incongruente a lo dispuesto en la “*Carta de la ONU*”.

¹¹³ CIREFCA, *Principios y criterios para la protección y asistencia a los refugiados, repatriados y desplazados Centroamericanos en América Latina*, CIREFCA, Ciudad de Guatemala, 1989, 9. <<https://www.oas.org/dil/esp/cirefca_89-9_esp.pdf>>. Consultado el 25/08/19.

¹¹⁴ ACNUR, *Directrices sobre Protección Internacional N.º 12: Solicitudes de la condición de refugiado relacionadas con situaciones de conflicto armado y violencia bajo el artículo 1A (2) de la Convención de 1951 y/o el Protocolo de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados y las definiciones regionales de refugiado*, 2016, 15-17. <<<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=58c654244>>>. Consultado el 25/08/19.

1.5.3. “Conflictos internos”. Bajo este elemento se incluye al “*Conflicto Armado No Internacional (CANI)*”, conforme al significado brindado por el DIH; pero también a conflictos armados que no estén bajo la concepción antes planteada.

1.5.4. “Violación masiva de los derechos humanos”. El término “*masivo*” alude a la escala o magnitud de la violación de derechos, independiente de la duración, por lo que puede ser resultado de un solo evento. Asimismo “*se considera cumplido este elemento cuando se producen violaciones en gran escala que afectan los derechos humanos y las libertades fundamentales consagradas en la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos relevantes*”¹¹⁵.

1.5.5. “Otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público”. Se entiende por orden público como el normal funcionamiento de las instituciones del Estado, así como la estabilidad, paz, seguridad interna y externa de la sociedad, sustentado en el respeto de la dignidad humana y el Estado de Derecho.

De la inclusión de este apartado se puede identificar que la “*Declaración de Cartagena*” otorga resguardo más allá de las situaciones que se han estudiado, debido a la amplia interpretación otorgada al término “*otras circunstancias*”.

A pesar de la existencia de estas directrices los conceptos son aún muy contradictorios, y no parecen suficientes ni adecuados para la aplicación de la definición de refugiado, ya que confunden aún más a los Estados en torno a su aplicabilidad, lo que ha llevado a que cada uno utilice su propia interpretación.

¹¹⁵ CIREFCA, *Principios y criterios para la protección y asistencia a los refugiados, repatriados y desplazados Centroamericanos en América Latina...*, 11.

1.6. LA SITUACIÓN DEL SOLICITANTE A NIVEL INTERNACIONAL

La denominación de solicitante es una expresión utilizada para reconocer a una persona que ha solicitado la condición de refugiado y aún no cuenta con una decisión, es decir se encuentra en un proceso. Mientras el Estado decide si le reconoce formalmente esta condición, la persona es denominada “*solicitante de la condición de refugiado*” y desde ya cuenta con protección internacional¹¹⁶.

Según la OIM el solicitante es un individuo que solicita su ingreso a un país como refugiado y se encuentra a la expectativa de una decisión, de acuerdo a los instrumentos nacionales e internacionales que le sean aplicables¹¹⁷. El reconocimiento que se le otorga es de carácter declarativo, puesto que la decisión que emite el Estado solo reconoce y reitera ello, en consecuencia, desde que la persona manifiesta su necesidad de alcanzar dicho reconocimiento se le es aplicable el “*principio de no devolución*”, elemento necesario para garantizar que la persona no sea devuelta o expulsada mientras se encuentre en espera de la evaluación de su condición de refugiado¹¹⁸. La CIDH señaló que “*el reconocimiento de la condición de refugiado de una persona no tiene carácter constitutivo, sino declarativo*”, en este sentido, se puede expresar que la condición de refugiado de una persona resulta de las circunstancias que afrontó en su país y no de la determinación que realizan los Estados¹¹⁹. Asimismo, se le reconoce una protección en base a las normas humanitarias de trato.

¹¹⁶ Rebaza Karen y Guerra Diana, “Viaje sin retorno: Avances y desafíos en la Protección de Extranjeros bajo la Condición de Refugiados y Solicitantes de Refugio en el Perú”, en *Persona y Familia, Revista del Instituto de la familia*, Vol. 1, N.º 5, Instituto de la Familia de la Facultad de Derecho de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, 2016, 85. <<<http://revistas.unife.edu.pe/index.php/personayfamilia/article/view/462>>>. Consultado el 25 /08/19.

¹¹⁷ OIM, *Glosario sobre migración*, OIM, Ginebra, 2006, 69.

¹¹⁸ ACNUR, *Opinión Consultiva sobre la aplicación extraterritorial de las obligaciones de no devolución en virtud de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967*, 3. <<<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2009/7123.pdf>>> Consultado el 27/08/19.

¹¹⁹ CIDH, *Debido proceso en los procedimientos para la determinación de la condición de persona refugiada y apátrida, y el otorgamiento de protección complementaria*, 2020, párr. 13-14. <<<http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/307.asp>>>. Consultado el 27/12/20.

Lo que se brinda al refugiado y al solicitante es la protección internacional, ya sea por parte de un Estado o un organismo internacional en base a los Convenios internacionales o sus legislaciones internas.

Durante su evaluación, el solicitante deberá decir la verdad de los hechos, procurará ofrecer elementos de prueba disponibles y en caso de carecer de ellos dar una explicación convincente, así como aportar toda la información pertinente sobre sí mismo y la situación por la que atravesó.

Si el solicitante principal conforma una familia (a estos últimos se les reconocerá como “*solicitantes derivados*”, generalmente se presenta el caso de la esposa o el hijo menor de edad), estos reciben la protección y la condición sobre la base de la solicitud del principal, pues siguen la suerte de este; sin embargo, los casos pueden variar¹²⁰.

Asimismo, los solicitantes deben recibir un carné de identificación y una prueba de su solicitud, ello será considerado como una autorización de residencia temporal hasta que se dé una respuesta definitiva; así también se le debe brindar el acceso a la alimentación, vivienda, vestimenta y salud, y debe permitírsele permanecer temporalmente en el país de acogida mientras se resuelve su pedido¹²¹. La CIDH señala “*que el acceso a los DESC no debe ser objeto de condicionamiento en relación al estatuto administrativo o nivel de protección...En este sentido, todo solicitante de protección internacional debe tener acceso a la salud, educación, vivienda, seguridad y otros, en condiciones de igualdad con los nacionales*”¹²².

La posición del solicitante no viene contemplada dentro de la “*Convención de 1951*” ni del “*Protocolo de 1967*”, por lo mismo la situación de espera en la que se encuentra la persona es regulada por el derecho interno de cada

¹²⁰ OIM, *Glosario sobre migración...*, 69.

¹²¹ Rebaza Karen y Guerra Diana, “Viaje sin retorno: Avances y desafíos en la Protección de Extranjeros bajo la Condición de Refugiados y Solicitantes de Refugio en el Perú” ..., 85-86.

¹²² CIDH, *Debido proceso en los procedimientos para la determinación de la condición de persona refugiada y apátrida, y el otorgamiento de protección complementaria...*, párr. 279.

Estado¹²³. No obstante, la ACNUR posee una gran experiencia respecto a la orientación en la formulación de la legislación nacional sobre la materia, por ello refiere que los solicitantes deben recibir, en un idioma en el que comprendan, información y asesoramiento jurídico respecto de los procedimientos que debe seguir. Las autoridades de los Estados tienen potestad para poder plantear que pueden acceder a tener contacto con la ACNUR, así como que no pueden ser víctimas de detenciones arbitrarias o prolongadas, ni de rechazo en fronteras, ni sanción por ingreso irregular.

Se debe tener en cuenta también que al solicitante que no se le conceda el estatus de refugiado, tiene derecho a que se le provea la información necesaria sobre los mecanismos para recurrir a un recurso de revisión o apelación, conforme a como cada Estado lo establezca; así también, que se le conceda un plazo razonable para el mismo, al presentarse este recurso se le debe permitir quedarse en el país mientras se dé una decisión definitiva.

En este marco, en América Latina y el Caribe se desarrolló un documento titulado “*Los 100 puntos de Brasilia*”¹²⁴, como aporte de la región para el “*Pacto Mundial sobre los Refugiados*”, que además refleja los avances de la “*Declaración y del Plan de Acción de Brasil*” en el cual se señala las buenas prácticas de la experiencia regional respecto de la protección de las personas solicitantes, refugiadas, desplazadas y apátridas. Este documento comprende una serie de medidas que varios Estados ya han incorporado en sus sistemas jurídicos respecto de los solicitantes, como que se les brinde documentación, se les permita su estadía legal en el país, el acceso a servicios básicos y la protección de sus derechos; así también, que las poblaciones en situación de vulnerabilidad puedan acceder, de forma confidencial y segura, a tratamientos de prevención y seguimiento contra el VIH, entre otros; sin embargo, también

¹²³ Pérez Sergio, “El Estatuto de Refugiado en la Convención de Ginebra de 1951”, en *Revista electrónica del Departamento de Derecho - Universidad de La Rioja (REDUR)*, N.º 1, Servicio de publicaciones de la Universidad de La Rioja, 2003, 243. <<<https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/redur/article/view/3840/3138>>>. Consultado el 27/08/19.

¹²⁴ ACNUR, *ACNUR: Los 100 Puntos de Brasilia. Aportes de América Latina y el Caribe para el Pacto Mundial sobre Refugiados*, 2018, 1-10. <<<https://www.refworld.org/es/docid/5a9dc0f44.html>>>. Consultado el 27/08/19.

existen Estados que recién se están adecuando a estas denominadas buenas prácticas¹²⁵.

2. EL REFUGIO EN EL PERÚ

La “*Convención de 1951*” entró en vigor el 21 de diciembre de 1965 en Perú, después de 10 años que entrara en vigor a nivel internacional; y posteriormente, tuvieron que pasar casi 18 años para la entrada en vigencia del “*Protocolo de 1967*”, el 15 de setiembre de 1983. El Estado peruano ha incluido y reconocido la figura del refugio en normas internas que son parte de la legislación; a continuación, un análisis.

2.1. “**DECRETO SUPREMO N.º 001-85-RE, REGLAMENTO QUE ORDENA LA SITUACIÓN JURÍDICA DE LOS REFUGIADOS Y ASILADOS POLÍTICOS DEL PERÚ**”

Tras más de 20 años de la entrada en vigor de la “*Convención de 1951*” recién se pudo adoptar una norma en la legislación interna respecto de la condición del refugiado, a través del “*Decreto Supremo N.º 001-85-RE*”, promulgado el 5 de julio de 1985, compuesto por 5 capítulos y 84 artículos, en un contexto histórico en el cual se dio un ingreso masivo de cubanos a la embajada de Perú en La Habana en 1980, quienes más tarde llegarían al Perú en calidad de refugiados.

Se incorporó las definiciones de refugiado señalados en la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*”, así como los supuestos de “*situaciones excepcionales, períodos de tensión internacional grave y conflicto armado en que el Perú no esté comprometido*”, sobre este último a pesar de ser confuso, se puede comprender que hace una inserción de los supuestos establecidos en la “*Declaración de Cartagena*”; asimismo, señaló que el MRE sería el órgano encargado de la calificación y gestión de la materia a través de una comisión exclusivamente constituida por funcionarios de dicho ministerio¹²⁶.

¹²⁵ “*La reunión fue organizada por el Gobierno de Brasil con el apoyo de la ACNUR, y contó con la participación de representantes de 35 países de Latinoamérica y el Caribe, incluido el Perú*”.

¹²⁶ Rubio Patricio, “Panorama del Procedimiento Interno de Calificación del Refugio a Nivel Latinoamericano” ..., 113.

Las causales de refugio establecidas en el Decreto Supremo fueron ampliadas mediante la “*Ley N.º 24710, Ley de Extradición*”, en su artículo 43, en la que se contempla la persecución por motivos de sexo¹²⁷.

Sin embargo, a pesar de tener elementos positivos también tuvo muchas críticas, una de ellas reflejada en el uso de la “*Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución Política del Perú*”¹²⁸ en la que se señala que los tratados de derechos humanos poseen un rango constitucional, por lo que su desarrollo normativo interno debió efectuarse mediante una Ley y no un Decreto Supremo¹²⁹; así como que en dicha norma se regulaba tanto a la figura del refugio y la del asilo, por lo que no era fácil distinguir sus concepciones casi similares¹³⁰.

Actualmente, esta norma fue derogada por el Artículo 2 y la Primera Disposición Final del “*Decreto Supremo N.º 119-2003-RE, Reglamento de la Ley del Refugiado*”.

2.2. “LEY N.º 27891, LEY DEL REFUGIADO” (LEY) Y EL “DECRETO SUPREMO N.º 119-2003-RE, REGLAMENTO DE LA LEY DEL REFUGIADO” (REGLAMENTO)

Con el transcurso de los años el “*Decreto Supremo N.º 001-85-RE*” fue quedando obsoleto para las nuevas tendencias internacionales, ya que no supo amoldarse a los estándares en los que ya no primaba un criterio restrictivo, sino que se incluían nuevos elementos de los procesos internacionales actuales.

¹²⁷ SPIJ, *Ley N.º 24710, “Ley de extradición*”, 1987. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp. Consultado el 22/02/20. “*Nota: La presente ley no ha sido derogada por lo que se puede entender su aporte hasta la actualidad*”.

¹²⁸ SPIJ, *Constitución Política del Perú*, 1993. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 22/02/20.

¹²⁹ Rubio Patricio, “Panorama del Procedimiento Interno de Calificación del Refugio a Nivel Latinoamericano” ..., 110.

¹³⁰ Valdez Flor de María, “Ampliación del Concepto de Refugiado en el Derecho Internacional Contemporáneo”, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2004, 207.

Es así que el 25 de diciembre del 2002 se publicó la “Ley N.º 27891, Ley del Refugiado”¹³¹, en un contexto en el que varios países latinoamericanos se encontraban modificando sus regulaciones nacionales sobre la materia, con conceptos actuales que antes no eran tomados en cuenta. Esta ley únicamente regula la figura del refugio, en comparación con el “Decreto Supremo N.º 001-85-RE”, en 8 capítulos y 36 artículos.

Cuenta además con un Reglamento, el “Decreto Supremo N.º 119-2003-RE”¹³², publicado el 14 de octubre de 2003, con 8 capítulos, 47 artículos y 2 disposiciones transitorias.

2.2.1. Definiciones de refugiado en la Ley

La definición de refugiado se encuentra en la Ley y contiene tres apartados en el artículo 3, el cual incluye la definición de la “Convención de 1951”, el “Protocolo de 1967” y la “Declaración de Cartagena”, así como elementos de la “Convención de la OUA” y el concepto del refugiado “*sur place*”.

Definición	Análisis
<p><i>“a) A la persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que careciendo de nacionalidad y</i></p>	<p>Contiene los mismos elementos de la definición establecida en los instrumentos internacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Convención de 1951” • “Protocolo de 1967”

¹³¹ SPIJ, Ley N.º 27891, “Ley del Refugiado”, 2002. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 22/02/19.

¹³² Superintendencia Nacional de Migraciones, Decreto Supremo N.º 119-2003-RE, Reglamento de la Ley del Refugiado, 2003. <<<https://www.gob.pe/institucion/migraciones/normas-legales/1660280-n-119-2003-re-reglamento-de-la-ley-del-refugiado>>>. Consultado el 22/02 /19.

<p><i>hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él</i>¹³³.</p>	
<p><i>“b) A la persona que se ha visto obligada a huir de su país de nacionalidad o de residencia habitual por causa de la violación masiva de los derechos humanos, agresión extranjera, conflicto interno, ocupación o dominación extranjera; o en razón de acontecimientos que perturben gravemente el orden público”</i>¹³⁴.</p>	<p>Incorpora la definición de la “Declaración de Cartagena” con algunas variaciones como la eliminación del término “violencia generalizada”, además de la ausencia de las palabras seguridad, vida o libertad del individuo; sobre este último se debe tener en cuenta que, a pesar de no estar de forma expresa, se entiende la importancia de entender que la norma va direccionada a una verdadera necesidad de protección, siendo estos elementos los que siempre se ponen en riesgo. Así también implementa términos de la “Convención de la OUA”.</p>
<p><i>“c) A la persona que, encontrándose legalmente en el territorio de la República, debido a causas sobrevinientes surgidas en su país de nacionalidad o de residencia, no puede o no quiere volver a dicho país debido al temor</i></p>	<p>Incluye la figura del refugiado <i>sur place</i>, tomada del “Manual de Procedimientos y Criterios para Determinar la Condición de Refugiado de la ACNUR” en el que se señala:</p>

¹³³ SPIJ, Ley N.º 27891, “Ley del Refugiado”, 2002. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 22/02/19.

¹³⁴ *Ibíd.*

<p><i>de sufrir persecución de acuerdo al inciso a) del presente artículo”¹³⁵.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“El requisito de encontrarse fuera de su país para ser refugiado no significa que deba necesariamente haber salido de ese país ilegalmente ni que haya debido abandonarlo por razón de fundados temores. Puede haber decidido solicitar el reconocimiento de su condición de refugiado encontrándose ya en el extranjero desde algún tiempo atrás”¹³⁶.</i>
---	--

Fuente: Elaboración propia.

2.2.2. Principios en la Ley y el Reglamento

Asimismo, la Ley contiene principios generales de los derechos de los refugiados como el *“Principio de No Devolución”* (la persona que invoque la condición de refugiado no puede ser rechazada, devuelta, expulsada, extraditada o sujeta a medida alguna que implique su retorno al país en el cual su vida, integridad física o la libertad se vea amenazada, artículo 5° de la Ley y artículo 3 inciso b del Reglamento), el *“Principio de No Sanción”* (no se podrá interponer sanción alguna contra el solicitante que ingrese o permanezca ilegalmente en el país, cabe señalar que la norma presenta una serie de supuestos al respecto, artículo 31 de la Ley y artículo 3 inciso a del Reglamento), el *“Principio de Unidad Familiar”* (el reconocimiento de la condición de refugiado puede ser extensiva al cónyuge del refugiado, a la pareja de hecho, hijos u otras personas dependientes económicamente de él, siempre que se haya requerido y acreditado, artículo 25 de la Ley y artículo 3 inciso c del Reglamento), el *“Principio de Confidencialidad”* (la información tanto de los solicitantes como de los refugiados es confidencial, artículo 11 de la Ley y artículo 3 inciso d del Reglamento) y el *“Principio del*

¹³⁵ *Ibíd.*

¹³⁶ ACNUR, *Manual sobre procedimientos y criterios para determinar la condición de refugiado y Directrices sobre protección internacional ...*, párrs. 94-96.

Beneficio de la Duda” (en caso de existir duda respecto del análisis o uso de una norma, primará la que sea más beneficiosa para el solicitante o refugiado, artículo 2 del Reglamento)¹³⁷.

2.2.3. Entidades especializadas en la materia

La Ley establece que dos son las entidades partícipes:

- a) La Comisión Especial para los Refugiados (CEPR).** Se encuentra dentro de la Dirección de Derechos Humanos del MRE y se encarga de recibir, estudiar, procesar y resolver las solicitudes de refugio.

- b) La Comisión Revisora para Asuntos de Refugiados.** Es el órgano que se encarga de recibir las apelaciones interpuestas contra las resoluciones emitidas por la Comisión, por lo que decide al respecto en última y definitiva instancia.

2.2.4. Procedimiento para la calificación de la calidad de refugiado

Conforme a lo señalado en el capítulo IV del Reglamento, el procedimiento para la obtención de la condición de refugiado es el siguiente:

- a) La solicitud de refugio.** El primer paso es presentar la solicitud de refugio, el cual debe efectuarse por escrito, en caso de haber algún inconveniente para la presentación por escrito se dará facilidades para realizar el trámite dejando constancia de los motivos. La solicitud puede ser presentada de manera personal, a través de un representante legal o de la ACNUR, esto último con consentimiento del sujeto. Esta será presentada antes de la fecha en que finalice su estancia temporal en el Perú o de carecer dicha autorización, será dentro de un plazo no mayor a 30 días desde la fecha de su ingreso al territorio, salvo que existan causas que justifiquen lo contrario, lo cual será evaluado por la CEPR.

¹³⁷ Rubio Patricio, “El asilo como fundamento de la protección de los refugiados”, Martín Lettieri (ed.), en *Protección Internacional de Refugiados en el Sur de Sudamérica*, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, 2012, 446-449.

Existen dos opciones respecto del lugar en donde se deberá presentar la solicitud: la primera es en la frontera, puesto de control migratorio y la oficina policial o militar, y la segunda es ante CEPR; las solicitudes que no han sido presentadas ante la CEPR deberán ser remitidas a esta dentro de los 15 días calendario.

Cabe señalar que las autoridades antes mencionadas deben permitir a los solicitantes su ingreso al país, además de brindarles una adecuada orientación sobre los trámites por seguir. Los solicitantes no requieren de visa o alguna calidad migratoria para su ingreso y permanencia en el país.

- b) La entrevista.** Los solicitantes serán entrevistados por el secretario ejecutivo de la CEPR o su representante. Si es necesario, la CEPR puede proporcionar un intérprete o traductor.

- c) Decisión de la Comisión.** La CEPR dispone de 60 días hábiles para resolver el pedido, sin embargo, este plazo se puede prorrogar tantas veces como sea necesario. La decisión que emita la CEPR deberá ser a través de una resolución que tendrá carácter vinculante para todos los ámbitos de competencia en la materia.

- d) Recurso de reconsideración.** Si se decide denegar la solicitud, ésta podrá ser impugnada mediante recurso de reconsideración interpuesto por el solicitante, su representante legal o la ACNUR, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la notificación, debiendo resolverse el recurso en un plazo máximo de 30 días.

- e) Recurso de apelación.** La apelación es interpuesta por el solicitante, su representante legal o la ACNUR ante la Comisión Revisora para Asuntos de Refugiados, y debe resolverse en un plazo máximo de 30 días hábiles, pudiendo prorrogarse un plazo similar. La decisión que se tome será definitiva.

f) Decisión definitiva. En caso de una decisión definitiva, se debe tener en cuenta dos caminos: el primero, de otorgarse la condición de refugio, la persona es admitida en calidad de extranjero residente y se le otorgará el CE, que deberá ser renovado anualmente mediante un comunicado que la Secretaría Ejecutiva de la Comisión remite a la Dirección General de Migraciones y Naturalización del Ministerio del Interior.

Y, el segundo, en caso que se le denegara la condición de refugiado, se aplicarían las normas de inmigración y extranjería. Si es necesario, el extranjero podrá permanecer en el país hasta que sea aceptado por otro, siendo el período de estadía de 3 meses, contados a partir de la fecha en la que se le comunique la decisión final.

Cabe señalar que al respecto de la decisión definitiva existen algunos cuestionamientos, puesto que si bien se señala que es definitiva muchos consideran que ya no existiría otra instancia a la que recurrir ante la denegatoria de la condición de refugiado; sin embargo, se plantea el debate acerca de que este proceso es de carácter administrativo, lo que permitiría que las decisiones puedan ser impugnadas mediante un proceso contencioso administrativo¹³⁸. Al respecto no se profundizará sobre este debate ya que no resulta relevante para los fines de la presente investigación.

2.2.5. Derechos y obligaciones de los refugiados

Los refugiados tienen derecho a moverse libremente, recibir educación, trabajar, obtener el acceso a servicios de salud, no sufrir discriminación y practicar libremente su religión. Están obligados a acatar las leyes nacionales, normas regionales y/o municipales, así como de informar a la Secretaría Ejecutiva cuando pretendan viajar al exterior, su dirección y

¹³⁸ *Ibidem*, 464-465.

correo electrónico, además de dar a conocer su situación actual, respetando a los demás individuos, entidades y organismos públicos y privados¹³⁹.

2.3. “DECRETO LEGISLATIVO N.º 1350, LEY DE MIGRACIONES” Y EL “DECRETO SUPREMO N.º 007-2017-IN, REGLAMENTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N.º 1350”¹⁴⁰

Ambas normas reconocen la figura del refugio, además de algunos elementos respecto de su aplicación como el “*principio de no sanción*”, el “*principio de no devolución*”, el deber de protección por parte de la entidad competente, la competencia del MRE, así como la salida o expulsión de los refugiados, o la pérdida de su condición conforme a la Ley y los convenios vigentes para el Perú.

2.4. LA SITUACIÓN DEL SOLICITANTE EN EL PERÚ

La figura del solicitante se encuentra amparada en la Ley y su Reglamento, como un estado general en el que se encuentra la persona que espera una respuesta respecto de su pedido para la obtención de la condición de refugiado, por ello se le reconoce derechos además de la obligación a la no devolución por parte del Estado, no hay sanciones por entrada irregular, prohibición de deportación y la emisión de un documento temporal que demuestre la existencia de una solicitud en proceso.

El documento que se otorga tiene una vigencia de 60 días y puede renovarse hasta la finalización del proceso, su finalidad es salvaguardar la permanencia temporal del solicitante en el territorio y la otra es que le permite trabajar. El solicitante puede desempeñarse como un trabajador dependiente o como uno independiente, sin embargo, este documento no es muy reconocido en el Perú ya que en la práctica los empleadores no conocen del status del carné de solicitante, además que, por ejemplo, carece de validez para abrir una cuenta

¹³⁹ MRE del Perú, Servicio Jesuita de la Solidaridad y ACNUR, *Guía de información para refugiados y solicitantes de la condición de refugiado en Perú...*, 1.

¹⁴⁰ Superintendencia Nacional de Migraciones, *Ley y Reglamento de Migraciones*, 2017. <<<https://www.gob.pe/institucion/migraciones/informes-publicaciones/1116250-ley-y-reglamento-de-migraciones>>>. Consultado el 25/03/19.

en una entidad bancaria y tampoco puede ser utilizado para acceder al SIS, ya que solamente se reconoce al CE como documento válido para los extranjeros.

Sin embargo, en comparación con otros países nuestras normas aún no distinguen de forma adecuada la figura del solicitante, puesto que a pesar de ser una situación transitoria este ocupa un tiempo de espera, donde la persona requiere de protección solo por el hecho de serlo. Como se mencionó en los párrafos anteriores, la situación del peticionario se encuentra protegida por razones humanitarias hasta que finalmente se resuelva su solicitud, por lo tanto, se puede señalar que le son aplicables los derechos básicos que la Constitución otorga a todas las personas, como el derecho a la vida, el acceso a la justicia, libertad religiosa, mantenimiento de su identidad cultural, etc., pero ciertos derechos están restringidos por su condición de solicitantes, como la libertad de expresión y la libertad de difusión de ideas, ya que puede generar problemas de injerencia política en su país de origen¹⁴¹.

Los solicitantes, que salen de sus países de origen, sienten vulnerada su dignidad humana debido a que no se les garantiza el derecho a la libertad, la paz, la vida, la salud, entre otros, y que además pueden recibir daños a su integridad física, moral y psicológica, por lo que la idea de buscar refugio en un país de acogida es para que dichas situaciones cesen¹⁴².

Se ha podido apreciar que para la actualidad existe un creciente número de solicitantes venezolanos en Perú, y que a la par existe una baja aceptación de las solicitudes, es así que durante el 2016 se presentaron 3 mil 580 solicitudes de las cuales solo se reconocieron 64, para el 2017 fueron 33 mil 141 solicitudes de las que se reconocieron 133, el 2018 fueron 120 mil solicitudes de las que se reconocieron 386 y para el 2019 fueron 140 mil

¹⁴¹ Rubio Patricio, "Panorama del Procedimiento Interno de Calificación del Refugio a Nivel Latinoamericano" ..., 446.

¹⁴² Rebaza Karen y Guerra Diana, "Viaje sin retorno: Avances y desafíos en la Protección de Extranjeros bajo la Condición de Refugiados y Solicitantes de Refugio en el Perú" ...,86.

solicitudes de las que se reconocieron 340¹⁴³. En cifras generales, hasta el 31 de diciembre del 2020, el Perú cuenta con 532 mil 303 solicitantes y solo han adquirido dicha condición 2 mil 628 venezolanos¹⁴⁴.

Los expedientes resueltos no han aumentado al mismo ritmo que las solicitudes, lo que trae como consecuencia dos aspectos: primero, un gran número de casos pendientes por resolver, por lo mismo muchos tienen que quedarse en la condición de solicitantes por un período mayor a lo establecido y necesario, y segundo, que algunos casos han sido resueltos de manera rápida y no han permitido evaluar adecuadamente los parámetros de la solicitud, por lo que se han extendido a procesos de reconsideración y apelación. Incluso la entrega del carné de solicitante que los identifique ha sido insuficiente, ya que por el gran número se ha recurrido únicamente a la entrega de una carta de autorización de trabajo, que tal como se titula se limita únicamente a permitirle trabajar, pero no cumple la función de identificarlo como solicitante ¹⁴⁵. Este contexto ha generado un incremento en la vulnerabilidad de los solicitantes.

Las personas venezolanas reconocidas como refugiados en el Perú son sobre la base del apartado de la “*Convención de 1951*”, ya que no se ha aplicado la “*Declaración de Cartagena*”. Los sistemas de reconocimiento de la condición de refugiado y regularización migratoria se encuentran colapsados, lo que tiene consecuencias negativas para las personas venezolanas que de verdad requieren de una protección, ya que pueden estar hasta un año identificados únicamente con el carné de solicitante¹⁴⁶.

Por consiguiente, el Estado peruano tiene un marco jurídico con aspectos positivos y negativos frente a los solicitantes, ese marco de protección de

¹⁴³ Rojas Alicia, *Migración venezolana al Perú se redujo en más del 90% en julio*, El Comercio, 2019. <<[¹⁴⁴ Portal Operacional-Situaciones de Refugiados y Migrantes, *R4V - Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela*.](https://elcomercio.pe/peru/venezolanos-peru-migracion-refugiados-venezuela-peru-90-julio-noticia-ecpm-664639-noticia/>>”. Consultado el 25/11/19.</p></div><div data-bbox=)

¹⁴⁵ Blouin Cécile y Feline Luisa, “Población venezolana en Lima: entre la regularización y la precariedad” ...,165-166.

¹⁴⁶ Berganza Isabel, “Las personas venezolanas en Perú: entre la perspectiva de los derechos humanos y la seguridad” ...,185.

personas refugiadas cumple con ciertos estándares mínimos establecidos conforme a sus obligaciones internacionales, pero estos se encuentran aún por debajo de otras legislaciones de la región sobre la materia, pues a pesar de manejar el concepto amplio de refugio el Estado no ha aplicado sus propios estándares¹⁴⁷.

Estos resultados han evidenciado que el Perú no estaba preparado para ser receptor de solicitudes de refugio, pasó de ser un país que recibía 300 solicitudes al año a recibir 140 mil solicitudes, por lo que no se contaba con la infraestructura ni el personal para atender la alta demanda.

El contexto actual permite determinar que, debido a la alta demanda y la baja eficiencia, se han producido ciertos cambios en el cumplimiento de los procedimientos para el reconocimiento de la condición de refugiado, ya que se han tomado medidas para restringir los trámites desde julio de 2019. Antes de este contexto, las personas podían registrar su intención de solicitar la condición de refugiado en la frontera y continuar el trámite en la oficina del CEPR en Lima o en una oficina descentralizada del MRE; sin embargo, a partir de la fecha antes mencionada, no se permitió el ingreso de las personas para realizar su solicitud, sino que únicamente podían realizarlo en la y debían esperar ahí una respuesta, por lo tanto no ingresaban al país mientras sus solicitudes estuvieran pendientes. Los solicitantes esperaban entre 30 y 70 días para una respuesta, en condiciones no adecuadas, pero con algunos resguardos por parte de la ACNUR¹⁴⁸.

Dentro de estos cambios también se han ido colocando mayores restricciones para su ingreso: el primero, la necesidad de un pasaporte para su ingreso al país¹⁴⁹; el segundo, la solicitud de una visa (laboral, humanitaria, turista o

¹⁴⁷ Feline Luisa y Montoro Alejandro, *La condición de refugiados en el Perú: beneficios y límites*, PÓLEMOS, 2018. <<http://polemos.pe/la-condicion-refugiados-peru-beneficios-limites/#_ftn8>>. Consultado el 10/11/19.

¹⁴⁸ Amnistía Internacional, *Buscando Refugio*, 2020, 19-21. <<<https://www.amnesty.org/download/Documents/AMR4616752020SPANISH.PDF>>>. Consultado el 12/03/20.

¹⁴⁹ “En la Sentencia del Quinto Juzgado Penal de Lima, Exp. N.º 06488-2018-0-1801-JR-PE-05, del 2018 el Superintendente de Migraciones, en su descargo, señaló que si bien había una obligatoriedad respecto de los pasaportes existía la excepción de que aún se permitiría el ingreso con Cédula de Identidad por supuestos de carácter humanitario”.

cualquier otra calidad migratoria)¹⁵⁰; y el tercero, es que se vengán realizando pre entrevistas a los solicitantes antes de que se les pueda autorizar su ingreso al territorio, lo que ha desencadenado en una práctica de rechazo hacia ellos.

Estas situaciones y arbitrariedades también han sido señaladas por la ACNUR, quien refiere que a partir del 22 de junio de 2019 se estableció un procedimiento acelerado para las solicitudes de refugio en frontera, detallado de la siguiente manera:

“1. Todas las personas debían pasar primero por el control de Migraciones, quien evaluaba si portan con los documentos de viaje correspondientes (visa humanitaria u otro documento si aplica dentro de los grupos vulnerables definidos como excepción).

2. Si la persona no contaba con los documentos para ingresar por el sistema migratorio, debía verbalizar su pedido de refugio; es decir, que la persona debía hacer conocer a los funcionarios de migraciones que va a solicitar refugio.

3. Si solicita refugio ante la autoridad/operador de migraciones será derivado a la CEPR.

4. La CEPR iniciará un procedimiento acelerado para determinar si acepta la solicitud de refugio. Preguntará básicamente el motivo por el cual salió de su país y que considera que le pasaría si regresa.

5. En caso de que la evaluación sea denegatoria, será notificado con la Resolución de denegatoria en frontera. Tendrán abierta la posibilidad de presentar el recurso de reconsideración en el mismo CEBAF, y si la

¹⁵⁰ Blouin Cécile, *La política de los brazos cerrados*, Instituto de Democracia y Derechos Humanos, 2019. <<<http://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/la-politica-de-los-brazos-cerrados-por-cecile-blouin/>>>. Consultado el 12/03/20.

decisión vuelve a ser denegatoria, la CEPR informa que podrán realizar la apelación en algún consulado del Perú en el exterior.

6. En caso la evaluación tuviese decisión positiva, no implicaba el reconocimiento de la condición de refugiado. Únicamente la autorización de ingreso al territorio y el pase al procedimiento de determinación regular. En ese sentido, cuando la persona llegaba a su destino final, debía acercarse a la Secretaria Ejecutiva de la CEPR en Lima o a la ODE del MRE en otras ciudades para continuar con el procedimiento de calificación”.¹⁵¹

Este proceso implicó que solo las personas que cumplieran con los criterios de la definición de la “Convención de 1951” pudieran ingresar al país para continuar con el procedimiento de calificación, que como ya se ha ido esbozando en párrafos anteriores no asegura el reconocimiento de la condición de refugiado.

Cabe destacar que el otorgamiento del estatuto de refugiado tiene consecuencias importantes que impactan directamente en el goce y disfrute de los derechos de las personas de origen venezolano, principalmente en el derecho a la salud; asimismo, repercute de manera directa e indirecta en la población nacional.

¹⁵¹ Clínica Jurídica Pedro Arrupe S.J., Encuentros Servicio Jesuita de la Solidaridad, ACNUR, *Manual para la orientación legal a personas solicitantes de la condición de refugiado, refugiadas y migrantes en Perú*, Tercera Actualización, 2021, 21. <<<https://r4v.info/es/documente/details/84243>>>. Consultado el 12/03/20.

CAPÍTULO IV: EL DERECHO A LA SALUD

1. DERECHO A LA SALUD: EL PARADIGMA DE LA GARANTÍA DE LA SALUD

1.1. DEFINICIÓN DE LA SALUD

Antes de analizar el concepto del derecho a la salud, debemos preguntarnos qué se entiende por el término “salud”, ya que este ha pasado de tener una concepción negativa y estricta a una positiva y muy amplia, por lo que es fundamental determinar su alcance y entendimiento para los fines de la presente investigación.

La palabra “salud” proviene del latín “salus”, “salute”, “salvación”, que se entiende como el normal funcionamiento psicobiológico de la persona¹⁵².

En la antigüedad, el concepto de estar sano era equivalente a la concepción de una persona que podía realizar actividades cotidianas como trabajar, tener relaciones familiares y sociales, entre otros, por más de que este padeciese malestares que hoy en día se considerarían enfermedades. Esta definición era pragmática, por lo que los términos “sano” y “sufrimiento de malestares” eran compatibles, siempre que estas no fueran decisivas para la realización de alguna actividad ordinaria¹⁵³.

Hasta mediados del siglo pasado el concepto de salud predominante era el somático, el cual se refería a una ausencia de enfermedad. La palabra “enfermedad” era entendida como pérdida de la salud. Esta concepción permitió enfocar la definición de “salud” vinculado a la ausencia de

¹⁵² Müller Ágüeda, “El Derecho de la Salud y los Derechos Humanos”, Marisa Aizenberg (directora), en *Estudios acerca del Derecho de la Salud*, La Ley, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias sociales de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2014, 15.

¹⁵³ *Ibídem*, 17.

enfermedades, ya que ambos eran utilizados como conceptos opuestos, donde cada uno limitaba el alcance del otro¹⁵⁴.

Estas definiciones fueron modificadas por la OMS¹⁵⁵, que se refirió sobre la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*¹⁵⁶; esta definición incluyó un concepto negativo (acerca de la ausencia de enfermedad) y un concepto positivo (respecto de la promoción del bienestar). La ampliación de la comprensión del concepto de *“salud”* conllevó a brindar la asistencia idónea para el desarrollo del ser humano, previamente a su nacimiento y mejorando su calidad de vida¹⁵⁷.

En la *“Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”*¹⁵⁸ se propuso que *“para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de calibrar o adaptarse al medio ambiente”* donde *“las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad”*. Por lo que a través de concepción se pudo entender que la salud es el resultado de las condiciones antes señaladas, puesto que permite identificar el estado subjetivo (me siento sano) y el estado objetivo (este hombre está sano) con el hecho de que es un hombre

¹⁵⁴ Currea-Lugo Víctor, “La Salud como Derecho Humano: 15 requisitos y una mirada a las reformas”, en *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, N.º 32, Universidad de Deusto, Bilbao, 2005, 30.

¹⁵⁵ “La OMS inició sus actividades al entrar en vigor su Constitución el 7 de abril de 1948, cuyo objetivo es construir un futuro mejor y más saludable para las personas de todo el mundo”. <<<https://www.who.int/about/es/>>>. Consultado el 23/05/19.

¹⁵⁶ “La Constitución de la OMS fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948”. <<https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>>. Consultado el 23/05/19.

¹⁵⁷ Brena Ingrid, “El derecho y la Salud: Temas a reflexionar”, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2004, 104.

¹⁵⁸ “La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud fue desarrollada durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud celebrada el 21 de noviembre de 1986 en Canadá”. <<<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>>. Consultado el 23/05/19.

equilibrado física y mentalmente, adaptado adecuadamente a su entorno físico y social¹⁵⁹.

Asimismo, se plantean algunas concepciones generales como lo señalado por la Real Academia Española que lo define como el *“estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”*¹⁶⁰.

Dentro de este orden de ideas, se puede plantear entonces que es a partir de la definición de la OMS que se introdujo una concepción integradora de la salud, que permitió vincular lo mental y lo social, ampliando el criterio físico que había prevalecido hasta entonces¹⁶¹. Sin embargo, esta concepción no se encuentra fuera de controversia, ya que algunos autores se han referido a ella como demasiada utópica señalando la inexistencia de un completo estado de bienestar, puesto que generaría dificultades operacionales para delimitar las responsabilidades del sector salud. Y, al mismo tiempo, lo han calificado como un concepto que trasciende el campo exclusivamente médico, ya que requiere de la intervención de otras disciplinas.

Por lo tanto, cuando se habla de la definición del término *“salud”* no siempre se puede referir a un solo concepto, ya que han ido surgiendo distintos; sin embargo, lo que se debe tener en cuenta es que la salud forma parte importante de los aspectos básicos que acuñan el concepto de los derechos humanos, que trasciende más allá de la responsabilidad individual para constituirse en responsabilidad de la sociedad en general. Así también, del análisis realizado, se ha podido evidenciar que el concepto de *“salud”* va más allá del solo hecho de creer en la ausencia de la enfermedad, ya que integra un conjunto de capacidades que facilitan el desarrollo del ser humano en sus diversas etapas, los niveles de calidad de vida y el acceso a servicios básicos.

¹⁵⁹ Müller Ágüeda, “El Derecho de la Salud y los Derechos Humanos” ..., 19.

¹⁶⁰ Real Academia Española. << <https://dle.rae.es/salud?m=form>>>. Consultado el 23/05/19.

¹⁶¹ Mazzafero Vicente, “El desarrollo de la salud pública en las sociedades humanas”, en *Medicina en Salud Pública*, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1989, 2.

Dicho de otra manera, a pesar de que se critique la idea de bienestar de la definición planteada por la OMS por ser tautológica, ideal y utópica¹⁶², se debe tener en claro que esta es una definición normativa y deontológica que ha permitido establecer lineamientos específicos de acción en el marco de las políticas de salud.

1.2. LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO

Los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional, étnico, religión, lengua o cualquier otra condición, además de que se encuentran respaldados por los principios de “universalidad” y “no discriminación”. Cabe considerar además que de por sí los derechos humanos se encuentran interrelacionados y son independientes e indivisibles; es decir no se pueden respetar algunos y otros no, puesto que influyen en el goce y disfrute del conjunto de derechos humanos.

La expresión más notoria de esta relación se establece en el artículo 1 de la DUDH, donde se señala que “*todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros*”¹⁶³.

En este sentido, la visión antes plasmada es “*ius naturalista*”, ya que se refiere a él como un conjunto de prerrogativas que le son inherente a las personas por su condición de tal, por lo que podrán ser ejercidas frente al Estado, y este a su vez tiene la obligación de respetarlas, promoverlas y garantizarlas, ya que deriva de la noción de la dignidad de las personas. El reconocimiento de los derechos humanos, como atributos inherentes a la persona, tiene como consecuencia la exigencia de que estos se encuentren protegidos por un Estado de derecho, sean universales, transnacionales, irreversibles y

¹⁶² Carmona Luz, Roza Claudia y Mogollón Amparo, “La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social”, en *Revista Ciencias de la Salud*, Vol. 3, N.º 1, 2005, 67. <<<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/issue/view/74/showToc>>>. Consultado el 23/05/19.

¹⁶³ ONU, *Declaración Universal de Derechos Humanos...*,34.

progresivos¹⁶⁴. Tal es así que se plantea que los derechos humanos representan el núcleo de la justicia¹⁶⁵.

Como resultado de ello, en la “*Declaración y el Programa de Acción de Viena*”¹⁶⁶ se señala que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y que están relacionados entre sí, por ello independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, los países tienen la obligación de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, de acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos.

Los derechos humanos no tienen una clasificación uniforme, pero se considera didáctica la división realizada en base a generaciones, en el que se hace alusión a los momentos históricos que permitieron su reconocimiento. De este modo son considerados derechos de primera generación los civiles y políticos; de segunda, los económicos, sociales y culturales y los de tercera, serían los colectivos; no obstante, el orden de la enunciación no implica que exista supremacía alguna entre unos y otros, sino que atañe una adición e interrelación.

Referirse entonces a la salud como un derecho humano es hablar del alcance reconocido en el artículo 25 de la DUDH¹⁶⁷ donde “*toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho*

¹⁶⁴ Nikken Pedro, “El concepto de derechos humanos”, Lorena González (compiladora), en *Antología Básica en Derechos Humanos*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), San José de Costa Rica, 1994, 15-19.

¹⁶⁵ Alexy Robert, “Derecho, moral y la existencia de los Derechos Humanos”, en *Signos Filosóficos*, Vol. 15, N.º 30, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, México, 2013, 164. <<<https://signosfilosoficos.izt.uam.mx/index.php/SF/article/view/522>>>. Consulta el 23/05/19.

¹⁶⁶ “*La Declaración y el Programa de Acción de Viena fueron aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993*”, 19. <<https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf>>. Consultado el 29/05/19.

¹⁶⁷ “*Es importante señalar que la DUDH no es plenamente vinculante para los Estados, dado que se trata de una resolución de la AG de la ONU, pero bajo su análisis se ha podido promover mediante la enseñanza y educación el respeto de los derechos y libertades*”.

a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”¹⁶⁸.

En conclusión, la salud como derecho humano, es mucho más que la inexistencia de la enfermedad o el acceso a la atención médica, es un concepto que involucra una dimensión más amplia (multidimensional), que implica la participación de distintas disciplinas, por ello su reconocimiento a toda persona se efectuará por el simple hecho de serlo.

Por ello es necesario señalar que, si bien la normativa internacional garantiza y protege los derechos humanos, también establece ciertos parámetros para que los Estados puedan imponer límites al goce y disfrute de algunos derechos en situaciones absolutamente determinadas, por ejemplo, para garantizar la salud pública, el orden público, etc.; y para que sea legítima una limitación de los derechos humanos, el Estado debe comprobar que:

“a) Está prevista y aplicada de conformidad con la ley, es decir en virtud de una ley concreta que sea comprensible, clara y precisa, de manera que quepa lógicamente prever que los individuos regularán su conducta en consecuencia;

b) Está basada en un interés legítimo, según se define en las disposiciones que garantizan los derechos; y

c) Es proporcional a ese interés, constituye la medida menos molesta y restrictiva posible y protege efectivamente ese interés en una sociedad democrática, es decir, establecida según un proceso de toma de decisiones de acuerdo con el imperio del derecho”.¹⁶⁹

¹⁶⁸ ONU, *Declaración Universal de Derechos Humanos...*,36.

¹⁶⁹ Sieghart Paul, *AIDS and Human Rights: A UK Perspective*, British Medical Association Foundation for AIDS, Londres, 1989, 12-25. Se recoge la traducción de la ACNUDH y ONUSIDA, “Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (Versión consolidada de 2006)” ..., 82.

1.3. LA SALUD COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL

Los derechos fundamentales son derechos humanos reconocidos por el ordenamiento jurídico del Estado en su carta fundamental¹⁷⁰. Tras su constitucionalización obtuvieron una protección dual, es decir lograron ser consagrados en las Constituciones de los Estados, y a su vez se amplió la gama de derechos reconocidos al hombre como miembro de la sociedad¹⁷¹. Tiene como características su universalidad, indisponibilidad, inalienabilidad, inviolabilidad, intransigibilidad y carácter personalísimo¹⁷².

Por consiguiente, en una visión conservadora, el derecho a la salud surge como derecho universal y fundamental de segunda generación, de carácter programático y no operativo, es decir que requiere de un proceso en el que se diseñen y planifiquen los sistemas e instituciones que lo harán posible; para este fin se requerirá de tiempo y recursos, por lo que su protección es progresiva y no se garantiza que la atención sea de manera inmediata, vinculado necesariamente a otros derechos fundamentales para su protección¹⁷³.

En consecuencia, un derecho programático, en contraposición a un derecho operacional, es un derecho que constituye un deber de hacer por parte del Estado conforme a un mandato de optimización, brindándolo en la medida de sus posibilidades y maximizando sus escasos recursos. Por lo que los derechos programáticos no facultarían a los ciudadanos a exigir judicialmente su ejecución inmediata¹⁷⁴.

¹⁷⁰ Nogueira Humberto, "Teoría y dogmática de los derechos fundamentales", Serie Doctrina Jurídica, N.º 156, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2003, 58.

¹⁷¹ Batista Jennifer, "Derechos Humanos y Derechos Fundamentales. Algunos Comentarios Doctrinales", en *Revista IUS Labor*, N.º 2, 2018, 192. <<<https://www.upf.edu/web/iuslabor/2/2018>>>. Consultado el 29/05/19.

¹⁷² Ferrajoli Luigi, "Los fundamentos de los derechos fundamentales", Antonio de Cabo y Gerardo Pisarello (ed.), Editorial Trotta, Madrid, 2001, 31.

¹⁷³ Quijano Oscar, "La salud: Derecho Constitucional de carácter programático y operativo", en *Revista Derechos Humanos*, N.º 47, Asociación Civil Derecho & Sociedad, Lima, 2016, 313 - 314. <<<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/1>>>. Consultado el 29/05/19.

¹⁷⁴ *Ibidem*, 313.

Sin embargo, en el contexto actual internacional, tras largos debates, el derecho fundamental a la salud ha sido reconocido como un derecho prestacional (derecho fundamental programático) y un derecho fundamental (derecho fundamental operativo); es decir mantiene la orden de requerir una serie de etapas o procesos para que se garantice su prestabilidad, pero a su vez se reconoce la importancia de que el Estado respete su contenido esencial dirigido a lograr proteger la dignidad humana.

En el caso peruano, si bien el derecho a la salud no se encuentra en el apartado específico de los derechos fundamentales, el Tribunal Constitucional considera que, si bien los derechos fundamentales se hallan enumerados en el artículo 2 de la “*Constitución Política del Perú*”, esto no excluye el reconocimiento de los demás derechos que se encuentren reconocidos en el resto del texto constitucional (derechos de carácter social, económico y políticos)¹⁷⁵.

Del mismo modo señaló, respecto de la autonomía del derecho fundamental a la salud, que no se debe negar su contenido especial, único, exclusivo y excluyente, a pesar de estar vinculado con otros derechos o bienes jurídicos constitucionales, por lo que debe permitirse su tutela independiente¹⁷⁶. Sin embargo, también ha recalcado que, conforme se señala en la “*Undécima Disposición Final y Transitoria de la Constitución*”,¹⁷⁷ “*las disposiciones de la Constitución que exijan nuevos o mayores gastos públicos se aplican progresivamente*”, la cual se refiere a los denominados derechos económicos y sociales los cuales “*necesitan de un proceso de ejecución de políticas sociales para que el ciudadano pueda gozar de ellos o ejercitarlos de manera plena*”¹⁷⁸.

¹⁷⁵ Tribunal Constitucional, *EXP. N.º 1417-2005-AA/TC*, párr. 3. <<<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/01417-2005-AA.html>>>. Consultado el 29/05/19.

¹⁷⁶ Tribunal Constitucional, *Jurisprudencia Vinculante, EXP. N.º 05842-2006-PHC/TC*, párr. 48. <<<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/05842-2006-HC.pdf>>>. Consultado el 29/05/19.

¹⁷⁷ SPIJ, *Constitución Política del Perú*, 1993. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 29/05/20.

¹⁷⁸ Tribunal Constitucional, *Jurisprudencia Vinculante, EXP. N.º 2016-2004-AA/TC*, párr. 4. <<<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/02016-2004-AA.pdf>>>. Consultado el 29/05/19.

En conclusión, el Tribunal Constitucional ha planteado que el derecho fundamental a la salud debe ser entendido como derecho autónomo, cuya relación con otros derechos o bienes jurídicos constitucionales permiten la mejor protección de la persona, además de que *“su carácter de derecho social y programático no impide su exigibilidad directa a través de las diversas medidas, no sólo negativas, sino también positivas por parte del Estado, y también de los particulares”*¹⁷⁹.

1.4. EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a disfrutar del más alto nivel de salud o derecho a la salud, es un derecho reconocido por el derecho internacional relativo a los derechos humanos. Se consagró por primera vez en la *“Constitución de la OMS”* y luego en la DUDH, como ya explicamos anteriormente; sin embargo, es el PIDESC¹⁸⁰ el instrumento internacional fundamental para la protección del derecho a la salud, donde lo reconoce en su artículo 12 inciso 1 como *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*.

Mientras tanto, en su inciso 2, establece las medidas que los Estados deberán adoptar para asegurar su protección como *“la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene, del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”*.

Como resultado de ello, la salud es un derecho humano fundamental e indispensable, que involucra la idea de reivindicar un conjunto de mecanismos

¹⁷⁹ Tribunal Constitucional, *Jurisprudencia Vinculante, EXP. N. ° 05842-2006-PHC/TC*, párr. 60. <<<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/05842-2006-HC.pdf>>>. Consultado el 29/05/19.

¹⁸⁰ *“Fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución N.° 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, entró en vigor el 3 de enero de 1976 y en la actualidad cuenta con 170 Estados partes”*. <<<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ceschr.aspx>>>. Consultado el 22/02/20.

sociales para asegurar de la mejor manera posible el disfrute de este derecho que frecuentemente es asociado con la construcción de hospitales y el acceso a la atención sanitaria; lo cual es cierto en parte, pues al mismo tiempo requiere de otro conjunto de factores.

Según lo señalado en el PIDESC, se puede deducir que, el derecho a la salud no puede ser concebido como el derecho a estar sano, por lo que se hace referencia al concepto del “*derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, que tiene en consideración las principales condiciones socioeconómicas y biológicas de la persona, así como de los recursos que el Estado posee y otorga a este sector.

Por ello, el derecho a la salud es un derecho prestacional que es exigible al Estado, por lo que este tiene el deber de respetarlo, la obligación de cumplir y protegerlo. No obstante, debe entenderse que esto implica también algunas particularidades, ya que el Estado no siempre puede garantizar la buena salud ni brindar protección a todas las causas posibles que la afecten (como condiciones genéticas, la adopción de estilos de vida y otros), por ello el derecho a la salud debe ser entendido como el disfrute de una serie de bienes, facilidades, condiciones y servicios imprescindibles que permiten alcanzar el más alto nivel posible de salud¹⁸¹.

De igual manera, se le cataloga como un derecho inclusivo que abarca no solo la atención médica oportuna y adecuada, sino también los factores básicos que determinan la salud, como el acceso al agua potable y las condiciones sanitarias adecuadas, el suministro de alimentos adecuados para el consumo humano, una nutrición adecuada y vivienda, las condiciones de trabajo y un medio ambiente saludable, así como el acceso a la información y la educación sobre cuestiones de salud e igualdad de género, este último permite que las

¹⁸¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, *Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 2000, párr. 9. <<<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>>>. Consultado el 29/05/ 19.

personas puedan participar en la toma de decisiones a nivel comunitario, nacional e internacional¹⁸².

Por consiguiente, el derecho a la salud se encuentra fuertemente vinculado al ejercicio de otros derechos humanos y requiere de estos para su realización, es un derecho integrante de los derechos humanos que posibilita el ejercicio de los demás derechos; en consecuencia, comprende derechos y libertades, derechos como el acceso a medicamentos esenciales, al acceso igual y oportuno a los servicios de salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la incorporación a un sistema de protección que brinde el más alto nivel posible de salud y otros, y libertades, como el derecho a poder decidir sobre su salud y cuerpo, así como el no ser sometidos a torturas ni a experimentos o tratamientos que no hayan aceptado, entre otros.

De la misma forma, el derecho a la salud es un derecho transnacional o supranacional, porque no está restringido por la nacionalidad ni la discreción política ni las fronteras nacionales, es un derecho que trasciende al Estado y su soberanía. Por lo tanto, este no lo crea, sino que lo reconoce a todo habitante en su territorio, independientemente de su nacionalidad. Esto no impide que cada país decida sobre su propio régimen jurídico, en concordancia con el derecho internacional¹⁸³.

1.4.1. Elementos esenciales del derecho a la salud

El “Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”¹⁸⁴, en su “Observación General N.º 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel

¹⁸² OMS y ACNUDH, *El Derecho a la Salud*, Folleto Informativo N.º 31, 2018, 3. <<<http://acnudh.org/el-derecho-a-la-salud-folleto-informativo-no-31/>>>. Consultado el 29/05/ 19.

¹⁸³ Navarro Román, “Reconocimiento y Protección del Derecho a la Salud por el Corpus Iuris Internacional de los Derechos Humanos: Universal y regional, alcances y limitaciones”, en *Revista Contacto Global*, Décima Edición, Universidad Autónoma de Centro América, Costa Rica, 2018, 39-40. <<https://issuu.com/revistacontactogloblaluaca/docs/revista_x_paginas>>. Consultado el 20/06/20.

¹⁸⁴ “El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es un órgano compuesto por 18 expertos independientes que se encargan de supervisar la aplicación del PIDESC”. <<<https://www.ohchr.org/sp/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>>>. Consultado el 20/06/ 19.

posible de salud” del año 2000¹⁸⁵, plantea que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales que se interrelacionan entre sí y cuya aplicación dependerá de los Estados Parte del PIDESC, los cuales son:

- a. **“Disponibilidad”**. Los Estados, de forma individual, deberán contar con suficientes bienes, establecimientos, centros de atención, servicios públicos, personal médico, condiciones sanitarias y programas que garanticen la salud. Se señala que esto dependerá de diversos factores en los Estados, pero sobre todo el nivel de desarrollo; sin embargo, se debe tener en cuenta que no es justificante de los Estados la falta de recursos para incumplir con sus obligaciones, ya que en la mayor medida posible pueden garantizar el derecho a la salud con los recursos disponibles, aun cuando estos sean muy limitados.

- b. **“Accesibilidad”**. Los bienes, establecimientos y servicios de salud deben ser asequibles a todos. Para ello se presenta 4 dimensiones:

- b.1. **“No discriminación”**. Deben ser accesibles sin discriminación alguna.

El Pacto *“prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud”*¹⁸⁶.

¹⁸⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, *Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud...*, 3-5.

¹⁸⁶ *Ibíd.*, 6.

b.2. “Accesibilidad física”. Deben ser accesibles, en su alcance geográfico, a todos los sectores de la población, sobre todo a los grupos vulnerables como las minorías étnicas, mujeres, personas mayores, personas con discapacidad, niños, personas con VIH/SIDA y otros; involucra además el acceso a recursos básicos como el agua o servicios sanitarios.

b.3. “Accesibilidad económica”. Deberán ser asequibles a todas las personas. Es decir, los pagos relacionados a la atención de la salud y servicios relacionados deben darse bajo el “*principio de equidad*”, el cual permite que los hogares más pobres no sufran de manera desproporcionada gastos de salud en contraste con otros hogares más favorecidos económicamente.

b.4. “Acceso a la información”. Comprende el derecho de solicitar, obtener y divulgar información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud; sin embargo, esto no puede infringir el derecho sobre los datos personales relativos a la salud que deben ser tratados con confidencialidad.

c. “Aceptabilidad”. Los servicios, establecimientos y bienes de salud deben ser respetuosos de la ética médica, la cultura de las personas, así como del género y el ciclo de la vida. Ello será concebido para mejorar el estado de salud de la persona y la confidencialidad del mismo

d. “Calidad”. Además de una aceptabilidad cultural, estos deben ser adecuados y de buena calidad, desde el punto de vista científico y médico, por lo que se requerirá de personal médico capacitado, medicamentos, equipamiento hospitalario científicamente aprobado y otros.

1.4.2. Características del derecho a la salud

Se podría afirmar que el derecho a la salud tiene las siguientes características¹⁸⁷:

- a.** Es un derecho universal ya que es aplicable a toda persona, indistintamente de su condición jurídica o de otra índole. Es necesario señalar que de por sí los derechos humanos son universales, inalienables e irrenunciables, por ello toda persona debe poder ejercerlo en cualquier parte del mundo.

- b.** Es un derecho multidimensional, lo que implica que requiera del cumplimiento de varios estándares de calidad de vida, ya sea físico, mental y otros.

- c.** Es un derecho de tendencia expansiva cuyo contenido no es fijo debido a que los estándares mínimos que conforman una vida digna van variando y nuevas necesidades van surgiendo.

- d.** El derecho a la salud no sólo implica la salud individual sino también colectiva, es un bien social.

- e.** Es un derecho prestacional que posibilita una exigibilidad positiva al Estado, ya que es una función indelegable asumida por este.

- f.** Se hace efectivo de manera progresiva, por lo que se debe adoptar medidas para cumplir progresivamente con todos los aspectos que involucra garantizar este derecho.

¹⁸⁷ Rodríguez María, “¿Qué conocemos del derecho a la salud? Propuesta de marco conceptual en perspectiva crítica para Venezuela”, Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador y Corporación Editora Nacional, Quito, 2016, 39-55.

1.4.3. El derecho a la salud y su relación con otros derechos

Los derechos humanos son indivisibles e interdependientes, por lo que requieren estar relacionados entre sí. El no reconocimiento del derecho a la salud puede generar un impacto negativo en el ejercicio de otros derechos humanos como por ejemplo en el derecho a la vida, la alimentación, el acceso al agua limpia y potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a un medio ambiente sano, la dignidad humana, la vivienda, al trabajo, a la educación, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación, entre otros; y viceversa.

2. PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD POR MEDIO DE LOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES Y REGIONALES DE DERECHOS HUMANOS

El derecho a la salud ha sido reafirmado en una serie de instrumentos internacionales y regionales de carácter vinculante y no vinculante de derechos humanos, cabe señalar que por lo menos la mayoría de los Estados han ratificado al menos un tratado internacional sobre derechos humanos que reconoce el derecho a la salud.

El reconocimiento a través de estos instrumentos deriva de una preocupación internacional de orden político, jurídico, económico y técnico; por ello del DIDH se extrae un principio de subsidiaridad o complementariedad de la comunidad internacional para poder hacer efectivo este derecho, que pone en manifiesto cuatro aspectos:

“a) a los organismos internacionales de solución de controversias solo puede acceder el individuo después de agotar los recursos internos, lo que significa que el Estado tiene la oportunidad de enmendar sus propios errores y de cumplir con el Derecho Internacional;

b) la cooperación internacional no exime al Estado de la responsabilidad de cumplir de la mejor manera posible con los recursos de que dispone;

c) *el corpus iuris internacional no dispone de mecanismos tan eficientes como los del Derecho Interno para asegurar el cumplimiento, se dedica más a la supervisión y vigilancia, a la prevención y promoción del derecho, sin asumir la responsabilidad directa por la suerte que corren ciertas poblaciones, salvo las obligaciones de ayuda humanitaria cuando es procedente;*

d) *disponiendo obligaciones respecto de los mecanismos de control que deben implementar los Estados*¹⁸⁸.

Por ello es necesario analizar algunos de los más importantes instrumentos internacionales y regionales respecto del derecho a la salud:

2.1. A NIVEL INTERNACIONAL

2.1.1. La “Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial”¹⁸⁹

Fue adoptada por la AG de la ONU en su Resolución 2106 A (XX) el 21 de diciembre de 1965 y entró en vigor el 4 de enero de 1969; tiene como finalidad que los Estados se comprometan a prohibir y eliminar toda forma de discriminación racial y poder garantizar el goce de los derechos, como el señalado en el artículo 5 párrafo d (iv) “*el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales*”.

2.1.2. La “Convención sobre los Derechos del Niño”¹⁹⁰

Fue adoptada por la AG de la ONU en su Resolución 44/25 el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor el 2 de setiembre de 1990; refiere en su artículo 24 “*el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*”.

¹⁸⁸ Navarro Román, “Reconocimiento y Protección del Derecho a la Salud por el Corpus Iuris Internacional de los Derechos Humanos: Universal y regional, alcances y limitaciones” ..., 40.

¹⁸⁹ ACNUDH, *Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial*, 1965. <<<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>>>. Consultado el 20/06/19.

¹⁹⁰ ACNUDH, *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989. <<<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>>>. Consultado el 20/06/19.

así como a los servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”, por lo que para ello los Estados dispondrán medidas que reduzcan la mortalidad infantil y de la niñez, la prestación de la asistencia médica y sanitaria, combatir enfermedades y malnutrición, atención sanitaria prenatal y postnatal, atención sanitaria preventiva, entre otros.

2.1.3. La “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”¹⁹¹

Adoptada por la AG de la ONU en su Resolución 34/180 el 18 de diciembre de 1979, entró en vigor el 3 de setiembre de 1981. Señala en su artículo 11 inciso 1(f) que se garantice a la mujer “*el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción*”; en el artículo 12 incisos 1 y 2 establece que se deben adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica sobre el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar, el embarazo, el parto, el período posterior al parto ;y, en su artículo 14 inciso 2(b) indica la protección para eliminar la discriminación contra la mujer en zonas rurales teniendo acceso a servicios de atención médica, así como información, asesoramiento y servicios en planificación familiar.

2.1.4. La “Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares”¹⁹²

Adoptada por la AG de la ONU en su Resolución 45/158 el 18 de diciembre de 1990 y entró en vigor el 1 de julio de 2003. Señala en su artículo 28 que, los trabajadores migratorios y sus familiares, tienen derecho a recibir

¹⁹¹ ACNUDH, *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, 1979. <<<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>>>. Consultado el 20/06/2019.

¹⁹² ACNUDH, *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*, 1990. <<<https://www.ohchr.org/sp/professionnalinterest/pages/cmw.aspx>>>. Consultado el 20/06/19.

cualquier tipo de atención médica urgente en condiciones similares a los nacionales del Estado en el que se encuentre; así también en su artículo 43 inciso 1 (e) indica que los trabajadores migratorios tendrán acceso a los servicios sociales y de salud; y en el artículo 45 (c) se refiere a los familiares y su posibilidad de acceso a servicios sociales y de salud.

2.1.5. La “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”¹⁹³

Fue adoptada por la AG de la ONU en su Resolución 61/106 el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008, refiere en su artículo 25 que “*las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad*”; asimismo, señala que los Estados Partes deberán adoptar medidas que aseguren el acceso a servicios de salud a través de programas y atención gratuita o a precios asequibles, así como proporcionar servicios de salud conforme a las necesidades que las personas con discapacidad requieran, específicamente como consecuencia de su discapacidad, además de prohibir la discriminación, entre otros.

2.2. A NIVEL REGIONAL

2.2.1. El “Pacto de San José”¹⁹⁴

Fue suscrito en la “*Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos (B-32)*” celebrada del 7 al 22 de noviembre de 1969, en San José, Costa Rica; si bien este instrumento no señala de manera directa el reconocimiento del derecho a la salud, sí incluye en su artículo 5 inciso 1 el derecho a la integridad personal en el que se reconoce el derecho de toda persona a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Cabe señalar que el estudio respecto del derecho a la salud en el presente Pacto es

¹⁹³ ACNUDH, *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2006. <<<https://acnudh.org/hoja-informativa-convencion-internacional-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad/>>>. Consultado el 20/06/19.

¹⁹⁴ OEA, *Convención Americana Sobre Derechos Humanos*, 1969. <<https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm>>. Consultado el 20/06/19.

actualizado mediante un *“Protocolo Adicional sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”*.

2.2.2. El “Protocolo de San Salvador”¹⁹⁵

Adoptado el 17 de noviembre de 1988, tiene como finalidad crear condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, así como de sus derechos civiles y políticos, debido a la estrecha relación de estos, por lo que establece en su artículo 5 que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*, además de reconocerlo como un bien público.

2.2.3. La “Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales”¹⁹⁶

Contiene disposiciones relacionadas con la salud, pero no la identifica de manera directa, sino que la vincula a derechos como la vida, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y la vida privada.

2.2.4. La “Carta Social Europea en su forma revisada”¹⁹⁷

La Carta Social Europea se abrió a la firma el 3 de mayo 1996 y entró en vigor el 1 de julio de 1999, establece en su artículo 11 el derecho a la protección de la salud, por ello todos los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas adecuadas para eliminar las causas de una salud deficiente, establecer servicios educacionales, prevenir enfermedades endémicas y otras.

¹⁹⁵ OEA, *Protocolo de San Salvador*, 1988. <<<https://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>>>. Consultado el 20/06/19.

¹⁹⁶ Consejo Europeo, *Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*, 1950. <<https://www.Echr.Coe.Int/Documents/Convention_Spa.Pdf>>. Consultado el 20/06/19.

¹⁹⁷ Consejo Europeo, *Carta Social Europea en su forma revisada*, 1996. <<<https://rm.coe.int/168047e013>>>. Consultado el 20/06/19.

2.2.5. La “Carta de Banjul”¹⁹⁸

Aprobada el 27 de julio de 1981, durante la “XVIII Asamblea de jefes de Estado y Gobierno de la OUA”, reunida en Nairobi, Kenia, en la que se señala en su artículo 16 que todo individuo tiene derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible, así también se pide que los Estados tomen medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y prestarles asistencia médica cuando lo requieran.

Así también, al margen de estos instrumentos internacionales y regionales existen muchas otras conferencias y declaraciones internacionales, a través de los cuales los Estados se han comprometido a proteger el derecho a la salud, como, por ejemplo:

- La DADDH¹⁹⁹ que recoge en su artículo 11 el derecho a la preservación de la salud y al bienestar, según el cual toda persona tiene derecho a que su salud sea conservada a través de medidas sanitarias y sociales, este último referente a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica, en concordancia con los recursos públicos y de la comunidad;
- La “Declaración de Alma-Ata” aprobada durante la “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”, en la que “se subraya que el acceso a la atención primaria de salud es la clave para alcanzar un nivel de salud que permita a todas las personas llevar una vida social y económicamente productiva, y contribuir al disfrute del más alto nivel posible de salud”²⁰⁰;

¹⁹⁸ OUA, *Carta de Banjul*, 1981. <<<https://www.Acnur.Org/Fileadmin/Documentos/Bdl/2002/1297>>>. Pdf. Consultado el 20/06/19.

¹⁹⁹ “Pedro Nikken, ex juez de la Corte IDH, señaló que, si bien la DUDH y la DADDH surgieron como instrumentos internacionales de carácter no vinculante, con el paso de los años se ha venido obteniendo paulatinamente el reconocimiento de su fuerza obligatoria, esto bajo la noción de progresividad”. <<<https://www.corteidh.or.cr/tablas/R06857-3.pdf>>>. Consultado el 20/06/19.

²⁰⁰ OPS, *Declaración de Alma-Ata*, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978. <<<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>>>. Consultado el 20/06/19.

- La *“Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA”* aprobada el 27 de junio de 2001, durante el período extraordinario de sesiones de la AG de la ONU sobre el VIH/SIDA; en ella se manifiesta un amplio programa de acción en la lucha contra el VIH/SIDA que deben adoptar los Estados, sin embargo establece 5 acciones como prioridad : *“Primero, velar por que los seres humanos de todas partes, en particular los jóvenes, sepan qué hacer para evitar la infección; Segundo, poner fin a lo que tal vez sea la forma más trágica de la transmisión del VIH: la transmisión de madres a hijos; Tercero, proporcionar tratamiento a todos los infectados; Cuarto, redoblar los esfuerzos en busca de una vacuna, así como de una curación; y Quinto, prestar cuidados a todos aquellos cuyas vidas han sido devastadas por el SIDA, muy en especial a más de 13 millones de huérfanos”*²⁰¹.
- La *“Agenda 2030 para el desarrollo sostenible”*²⁰² que fue aprobada en el año 2015 por los 193 Estados miembros de la ONU, con la finalidad de establecer una nueva ruta para el desarrollo de las personas, el planeta, la prosperidad, la paz y las alianzas. Es así que a través de 17 objetivos de desarrollo sostenible reemplazan los objetivos de desarrollo del milenio, y en su objetivo 3 plantea lo relacionado a la salud y el bienestar garantizando una vida sana y promoviendo que nadie se quede atrás.
- Los *“Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental”*; la *“Observación General N.º 5 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre personas con discapacidad”*; el *“Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”*; y la *“Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”*, este último contiene definiciones de la salud (general y reproductiva) de la mujer.

²⁰¹ ONU, *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*, 2001. << *“Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA”*>>. Consultado el 20/06/19.

²⁰² ONU, *La Agenda para el Desarrollo Sostenible*, 2015. <<<https://www.un.org/sustainable-development/es/development-agenda/>>>. Consultado el 20/06/19.

Y, por último, pero no menos importante, el derecho a la salud está reconocido en por lo menos 115 Constituciones de Estados alrededor del mundo, así como en leyes y políticas nacionales.

3. ¿QUE SE ENTIENDE POR SISTEMA DE SALUD, ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD?

La OMS señala que un sistema de salud abarca todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo es mejorar la salud²⁰³. Se refiere a todo aquel elemento necesario para garantizar la prestación de servicios médicos, por lo que incluye desde quienes emiten las normas y otorgan el presupuesto para el sector hasta quienes brindan el servicio, así como la infraestructura y otros.

Los sistemas de salud se institucionalizan sobre la base de valores y elementos como la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la atención integral y la solidaridad, pero también necesitan de condiciones y recursos que les ayuden a desempeñar su papel, como liderazgo, información, recursos humanos suficientes, capacidad física productiva y financiación, así también de conocimientos y tecnología adecuada²⁰⁴.

La OMS identifica cuatro funciones universales y globales de los sistemas de salud²⁰⁵: la prestación de servicios, rectoría, generación y formación de recursos humanos, y financiación.

Actualmente los sistemas de salud necesitan trabajar sobre la base del acceso universal y la cobertura universal de la salud, lo que implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación, a servicios integrales de salud que sean adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional de los

²⁰³ OMS, *Acerca de los sistemas de salud*. <<<https://www.who.int/healthsystems/about/es/>>>. Consultado el 20/06/19.

²⁰⁴ World Health Organization, *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, 2000. Se recoge la traducción de la OPS, *La Salud Pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, OPS, Washington D.C., 2002), 39-40. <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf>>. Consultado el 20/06/19.

²⁰⁵ *Ibíd*em, 40.

Estados, y que a su vez el uso de ello no exponga a los usuarios a una situación financiera grave, sobre todo a grupos en situación de vulnerabilidad.

La cobertura universal de salud es la capacidad del sistema de salud de poder satisfacer las necesidades de la población, incluida la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnología sanitaria y financiación; así como que estos mecanismos organizativos y de financiación sean suficientes para cubrir a toda la población. Al mismo tiempo, se entiende por acceso universal a la salud la no existencia de barreras geográficas, económicas, sociales, culturales, organizativas o de género, el cual se logra eliminando gradualmente las barreras que impiden que todas las personas accedan a servicios integrales de salud, de manera justa, a nivel de los Estados²⁰⁶.

3.1. LA SALUD PÚBLICA

La salud pública es considerada como una manifestación del sistema de salud, dentro de la perspectiva de la salud de la población. Tal como se ha ido señalando, en párrafos anteriores, todas las personas tienen derecho a la salud, alcanzando el máximo nivel de salud posible, así también se debe considerar que este no es únicamente un asunto exclusivo de cada persona, sino que también se habla de la salud de una colectividad, por lo que aquí se hace referencia a una salud pública, salud para todos.

Se define a la salud pública como aquella disciplina académica que tiene como objetivo conseguir la máxima salud posible para el mayor número de personas a través de la aplicación de conocimientos científicos en todos los contextos sociales, políticos e históricos²⁰⁷. Así también es considerada como la ciencia, cuyo sujeto y objeto de investigación es la salud de la población humana, encargada de prevenir enfermedades y discapacidades, prolongar la vida, y fomentar la salud física y mental, a través de la práctica social unificada que

²⁰⁶ OPS, *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*, OPS Washington D.C., 2014, 2. <<<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>>>. Consultado el 20/06/19.

²⁰⁷ Benach Joan, "La salud de todos y sus causas. La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud?", en *Comprendiendo el Derecho Humano a la Salud*, Prosalus - Cruz Roja Española, Madrid, 2014, 20.

involucra los esfuerzos de la comunidad para solucionar los problemas de salud y lograr un nivel de vida adecuado²⁰⁸.

Según la OMS, la salud pública es interpretada como la salud del público (de la población) y que, por lo tanto, abarca todos los alcances colectivos de la salud²⁰⁹; cabe recalcar que esta definición nace del mismo concepto de salud por lo que garantiza el completo estado de bienestar.

Sin embargo, un concepto más amplio es el señalado por la OPS que define a la salud pública como *“el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”*²¹⁰. En otras palabras, la salud pública es identificable como parte funcional y operativa del sistema de salud.

3.1.1. Las funciones esenciales de la salud pública

Las funciones esenciales de la salud pública son el conjunto de actuaciones que deben realizarse para obtener el objetivo central de la salud pública, es decir mejorar la salud de la población. La iniciativa de elaborar estas funciones ha permitido definir una identidad operativa con relación a los objetivos necesario para el cumplimiento del objetivo final de la salud pública.

Por ello se han elaborado 11 funciones esenciales, los cuales son: *“el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; la vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; la promoción de la salud; la participación de los ciudadanos en la salud; el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; el fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y*

²⁰⁸ Figueroa de López Sandra, *Introducción a la Salud Pública*, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 2012, 2. <<<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>>>. Consultado el 20/06/19.

²⁰⁹ OMS, *Constitución de la OMS*, 1946. <<https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>>. Consultado el 20/06/19.

²¹⁰ OPS, *La Salud Pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, OPS, Washington D.C., 2002, 47-60. <<https://www.paho.org/hq/dm_documents/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf>>. Consultado el 20/06/19.

fiscalización en materia de salud pública; la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva; la investigación en salud pública; y, la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud”²¹¹.

3.1.2. Actividades de la salud pública

La salud pública para lograr cumplir con sus objetivos deberá realizar las siguientes actividades²¹²:

- **Cuidado de la salud.** Son actividades de salud pública encaminadas al control sanitario del medio ambiente, lo que también significa el control de la contaminación del suelo, el agua, el aire y los alimentos, incluida la seguridad laboral y del transporte.
- **Promover la salud.** Son actividades que buscan promover la salud de las personas y las comunidades, impulsando la adopción de estilos de vida saludables, a través de la educación para la salud.
- **Prevenir enfermedades.** Se trata de las medidas de intervención de prevención primaria, secundaria (detección precoz de enfermedades) y de prevención terciaria (contención, rehabilitación de las secuelas provocadas por el deterioro de las funciones físicas, mentales o sociales).
- **Recuperar la salud.** Incluye todas las actividades realizadas para restaurar la salud en caso de su pérdida.

²¹¹ *Ibíd.*, 66-70.

²¹² Figueroa de López Sandra, *Introducción a la Salud Pública...*, 3-4.

4. EL DERECHO A LA SALUD PARA REFUGIADOS DESDE LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Las personas reconocidas como refugiados disfrutan de dos conjuntos de derechos parcialmente concurrentes: el primer conjunto conformado por los derechos que se le reconoce como personas y que se protegen en aplicación de las normas internacionales de derechos humanos, y el segundo conjunto conformado por el derecho nacional (derechos fundamentales), así como los derechos específicos relacionados con su condición de refugiados²¹³.

A nivel internacional el reconocimiento del derecho a la salud para los refugiados se ha enmarcado en el primer conjunto, conformado por las normas internacionales de derechos humanos, sobre todo los del PIDESC, empleado por su condición de persona; sin embargo, el acceso a este derecho debe tener mayores criterios de accesibilidad cuando se trata de los refugiados, debido a la condición de vulnerabilidad que presentan por la necesidad de huir ante persecuciones u otras circunstancias que ya han sido señaladas en el capítulo III.

Los refugiados al salir de sus países de origen presentan una serie de elementos complejos que agravan su salud. Existen grupos que deciden movilizarse justamente porque su derecho a la salud se ha visto vulnerado; mientras que otros grupos deciden movilizarse por diferentes factores, pero en el camino de acceder a un país de destino también pueden ver resquebrajada su salud; y el hecho de llegar a un país de destino tampoco los exime de que su salud pueda verse afectada por las nuevas condiciones de vida.

Los Estados están llamados a garantizar la protección del derecho a la salud de los refugiados, en los diferentes ámbitos que este abarca, en relación con los instrumentos internacionales de los que son parte y del marco de normas no vinculantes que han apoyado y reconocen los lineamientos sobre políticas públicas en salud.

²¹³ ACNUR y Unión Interparlamentaria, *Protección de los refugiados: Guía sobre el derecho internacional de los refugiados...*, 18.

El artículo 23 de la “Convención de 1951” señala que “los Estados Contratantes concederán a los refugiados que se encuentren legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a sus nacionales en lo que respecta a asistencia y a socorro público”. Es decir, los refugiados deben tener acceso a los servicios de salud equivalentes a los de la población del país de destino, y que, en ese marco, las personas reconocidas como refugiados y la población del país de destino deben tener el derecho a la salud, garantizado de acuerdo a los parámetros que el marco internacional establece.

El PIDESC señala que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos (...) y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”, este derecho presupone la universalidad en la atención, promoción y acceso a los servicios de salud a toda persona sin discriminación, en este sentido los Estados tiene la obligación de respetar el derecho a la salud, sin denegar o limitar su acceso a toda persona, incluidas las que son reconocidas como refugiados, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos²¹⁴.

El objetivo de eliminar toda discriminación ha llevado a que las normas internacionales presten principal atención en asegurar que las poblaciones en situación de vulnerabilidad o grupos humanos vulnerabilizados disfruten plenamente del derecho a la salud. La razón de este concepto es que ninguna persona ni grupo poblacional es intrínsecamente vulnerable, pero las condiciones y los factores de exclusión o discriminación hacen que muchas personas o grupos de personas vivan en una situación de desventaja y bajo disfrute de los derechos humanos²¹⁵. Las principales normativas de derechos humanos, ya sean universales o regionales, refieren que estos grupos humanos se encuentran en una situación especial basada en la discriminación o el trato diferenciado no objetivo, contrario a la dignidad humana y sin validez jurídica. La

²¹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, *Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud...*, 10.

²¹⁵ Flores Grettchen, “Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud”, en *Revista Acta Médica Costarricense*, Vol. 54, N.º 3, 2012, 182-183. <<<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43423197010>>>. Consultado el 20/06/19.

protección de los derechos humanos se extiende a grupos de población como mujeres, niños, refugiados, apátridas, personas con discapacidad mental, trabajadores, indígenas, etc., que responde a los principios de igualdad, equidad, universalidad, solidaridad, dignidad humana y no discriminación²¹⁶.

4.1. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS SOLICITANTES DESDE LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

El solicitante al encontrarse en una condición vulnerable requiere del acceso a los servicios de salud (derecho a la salud), es decir se garantice su atención de manera urgente. El reconocimiento de los derechos a los solicitantes dentro de un Estado no solo se encuentra regulado por los tratados sobre refugio, sino también por los tratados sobre derechos humanos. El ejercicio de sus derechos humanos básicos garantiza al solicitante permanecer en condiciones de seguridad y dignidad mientras se tome una decisión definitiva sobre su caso.

Por ende, un Estado deberá garantizar el derecho de buscar y recibir refugio, así como respetar y garantizar al mismo tiempo el goce y disfrute de una serie de otros derechos humanos y fundamentales; sean de carácter económico, social y cultural como civil, los primeros bajo la protección del PIDESC.

Los solicitantes deberán tener acceso a las correspondientes entidades estatales y no estatales en caso de requerir asistencia para satisfacer sus necesidades básicas como alimentación, vestido, alojamiento y atención médica²¹⁷.

²¹⁶ Navarro Román, "Reconocimiento y Protección del Derecho a la Salud por el Corpus Iuris Internacional de los Derechos Humanos: Universal y regional, alcances y limitaciones" ..., 39.

²¹⁷ ACNUR, *Conclusión sobre la recepción de solicitantes de asilo en el contexto de los diferentes sistemas de asilo*, N.º 93, 2002, 2. <<<https://www.refworld.org/es/pdfid/5d7fc4e613.pdf>>>. Consultado el 20/06/19.

5. DERECHO A LA SALUD PARA REFUGIADOS DESDE LA PERSPECTIVA NACIONAL

El derecho a la salud tiene dos ámbitos, el primero enmarcado como un derecho humano, como ya se ha desarrollado, y el segundo como derecho fundamental que ha sido establecido en las Constituciones de los Estados y sus normas internas; en ese sentido los refugiados tienen en ambos ámbitos la protección respecto del derecho a la salud.

En el Perú existen refugiados y solicitantes de más de treinta nacionalidades, siendo la mayor cantidad provienen de Cuba, Colombia y Venezuela, así también sobresale la presencia de personas provenientes de Siria, Haití, Palestina y Serbia, entre otros; los cuales son grupos muy diversos que incluyen a varones y mujeres de diferentes edades, características y razones de salida de sus países de origen, que partieron sin su familia o acompañados²¹⁸.

El artículo 42 de la “*Ley N.º 27891, Ley del Refugiado*”, señala que los refugiados tienen derecho a que, una vez reconocida su condición de refugiado se les otorgue un CE, que cumple con la función de documento oficial de identificación personal. En su artículo 23 refiere que el otorgamiento del CE será igual al común del entregado a los extranjeros, sin ningún tipo de anotación adicional, con la finalidad de que la persona reconocida como refugiado pueda ejercer los actos civiles, administrativos y judiciales a los que están facultados los extranjeros, de conformidad con la normatividad interna.

Respecto de los derechos otorgados a los refugiados se señala, en el artículo 20 de la “*Ley N.º 27891, Ley del Refugiado*”, que tienen los mismos derechos y obligaciones que la Constitución y las leyes conceden al extranjero residente, sin perjuicio de lo establecido en la “*Convención de 1951*” y la ley analizada. Sobre los derechos y obligaciones concedidos a los extranjeros residentes, se debe señalar que el artículo 9 del “*Decreto Legislativo N.º 1350*”, establece que el

²¹⁸ Cabrerizo, Patricia, “¿Refugiados en Perú?”, en *Revista del Instituto de Defensa Legal*, N.º 276, 2018. <<<https://revistaideele.com/ideele/content/%C2%BFrefugiados-en-per%C3%BA>>>. Consultado el 20/06/19.

Estado reconoce a la persona extranjera el goce y ejercicio de sus derechos fundamentales establecidos en la Constitución, tales como el acceso a la educación, la salud, el trabajo y otros, bajo las mismas condiciones que los nacionales. Así también se les debe facilitar la información necesaria respecto de los requisitos para su ingreso, permanencia, residencia y salida del territorio nacional, y cualquier otra información adicional.

Por lo tanto, la persona reconocida como refugiado en el Perú cuenta con la protección de su derecho a la salud; sin embargo, existe una limitación, y es que se accede *“en igualdad de condiciones que los nacionales, salvo las prohibiciones y limitaciones establecidas en la normativa vigente”*²¹⁹; es decir, se debe tener en cuenta las regulaciones, restricciones e impedimentos que se puedan encontrar para su protección.

El sistema de salud peruano se encuentra conformado por distintas entidades que prestan la atención sanitaria, el sector público conformado por el SIS y ESSALUD, y el sector privado, por las instituciones que la integran. En ese marco, se considera al SIS como el sistema más accesible para los refugiados, debido al estado de su condición; sin embargo para acceder a ello no solo basta que sean reconocidos como refugiados y tener el CE, sino que además se requiere cumplir con los requisitos, regulaciones y trámites que se establece para su acceso, como, no contar con otro seguro, haber pasado por la clasificación socioeconómica y estar dentro del sector considerado pobre o pobre extremo, o calificar como vulnerable.

La prestación por parte de ESSALUD se realiza de manera contributiva, es decir a través de un pago que realiza el empleador (en caso de que la persona cuente con un trabajo), una afiliación de manera voluntaria asumiendo costos mínimos y otros casos. Bajo los mismos parámetros se encuentra el acceso al sector privado, que para cualquier atención requerirá de un pago.

²¹⁹ Superintendencia Nacional de Migraciones, *Ley y Reglamento de Migraciones...*,15.

Por lo señalado, se puede establecer que si bien el Perú reconoce el derecho a la salud de los refugiados, la salvaguarda de este se ve limitado por trabas administrativas del sistema de salud, pudiendo los peruanos también encontrarse afectados por las mismas circunstancias; por ello es necesario recalcar que la figura del refugio implica la vulnerabilidad de la persona, por lo que permitirle acceder al SIS como un grupo vulnerable garantiza una mejor protección de su derecho a la salud, que además involucra a otros derechos esenciales, tal como se desarrolló líneas arriba.

Estos riesgos no solo se presentan en el Perú sino también en otros países debido al acceso limitado a las prestaciones sociales y los servicios de salud, sean países de tránsito o destino. Sin embargo, no se ahondará más sobre este punto debido a que no es la finalidad de la investigación, pero se manifiesta para un posible debate.

5.1. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS SOLICITANTES DESDE LA PERSPECTIVA NACIONAL

Tal como se ha ido analizando, el artículo 14 de la “*Ley N.º 27891, Ley del Refugiado*” y el artículo 41 del “*Decreto Supremo N.º 119-2003-RE, Reglamento de la Ley del Refugiado*” le otorgan al solicitante el derecho a que se le expida un documento que acredite que su solicitud se encuentra en trámite, el cual tiene una vigencia de 60 días hábiles y puede ser renovado a criterio de la CEPR. La finalidad del carné de solicitante es permitir su permanencia y trabajo en territorio peruano mientras se encuentra a la espera de una respuesta definitiva.

Sin embargo, el carné de solicitante no brinda mayores alcances respecto del derecho a la salud; si bien el solicitante puede tener acceso a atenciones de emergencia en caso de accidentes o situaciones que pongan en riesgo su vida, este no le permite acceder al SIS ni mucho menos a otro tipo de seguro, debido a que la norma interna, como se ha desarrollado, recoge únicamente la validez del CE como documento de identificación para extranjeros y para el acceso a diversos servicios, lo cual lo convierte en un requisito indispensable.

SUSALUD ha reafirmado que para el acceso a los servicios de salud como el SIS se requiere del CE²²⁰.

En tal sentido, a través del informe expuesto por el Estado peruano ante el CERD, se reconoció que “*los solicitantes de refugio se encuentran en una situación más compleja, ya que no tienen acceso al SIS hasta que cuenten con la categoría de refugiados*”²²¹. De lo señalado se puede referir que los solicitantes se ven impedidos de acceder a los servicios de salud en el Perú, sobre todo al servicio público. Por ello carecen de protección efectiva de su derecho a la salud, existiendo a la fecha desafíos en el acceso a este servicio; esto aplica para todos los solicitantes independientemente de su nacionalidad.

²²⁰ Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP), *Informe Alternativo sobre Perú para el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)*, IDEHPUCP, Lima, 2018, 7. <<https://idehpucp.pucp.edu.pe/lista_publicaciones/informe-alternativo-sobre-peru-para-el-comite-para-la-eliminacion-de-la-discriminacion-racial-cerd/>>. Consultado el 25/07/20.

²²¹ CERD, *Informes Periódicos Vigésimo Segundo y Vigésimo Tercero del Perú ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial*, 2016, 32. <<<file:///C:/Users/USER/Downloads/G1703761.pdf>>>. Consultado el 25/07/20.

CAPÍTULO V: LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN VENEZUELA Y EL PERÚ PARA PERSONAS CON VIH/SIDA

1. ALGUNOS ALCANCES SOBRE EL VIH Y SIDA

1.1. ¿QUÉ ES EL VIH/SIDA?

Según lo señalado por ONUSIDA²²² el VIH es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunológico humano (principalmente células T CD4 positivas y macrófagos, ambos componentes clave del sistema inmunológico celular), de manera que destruye o daña su función²²³.

La infección con este virus ocasionará que el sistema inmunológico se debilite gradualmente, lo que conducirá a una inmunodeficiencia. La infección por el VIH no suele causar ningún síntoma, por lo que una persona que acaba de contraer el virus puede contagiarlo a otra, de hecho, es contagioso en cualquier etapa de la enfermedad. Para determinar si se tiene esta enfermedad es necesario hacerse una prueba del VIH, la prueba más común es detectar los anticuerpos producidos por el sistema inmunológico, porque son más fáciles y económicos de detectar que el propio virus. Todas las personas que se someten a la prueba del VIH deben proporcionar previamente un consentimiento informado, y los resultados obtenidos son confidenciales.

La enfermedad por VIH en estadio I es asintomática; el estadio II incluye síntomas leves como candidiasis e infecciones frecuentes de las vías respiratorias superiores; el estadio III presenta síntomas agravados como diarrea crónica inexplicable, diversas infecciones bacterianas y tuberculosis; y el estadio IV, incluye toxoplasmosis cerebral, candidiasis de tráquea,

²²² "ONUSIDA es un programa creado en 1996 destinado a coordinar e inspirar el liderazgo, la innovación y la colaboración a nivel mundial, nacional y local para conseguir acabar con la pandemia del VIH/SIDA". <<<https://www.unaids.org/es/whoweare/about>>>. Consultado el 25/05/19.

²²³ ONUSIDA, *Preguntas frecuentes con relación al VIH y el SIDA*. <<<https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids#when-does-a-person-have-aids>>>. Consulta el 25/05/19.

esófago o pulmones y sarcoma de Kaposi, que son infecciones oportunistas y se utilizan como indicadores de SIDA²²⁴.

El SIDA es una afección ocasionada por el VIH, es la etapa más avanzada de la infección. Las personas infectadas al no recibir atención médica desarrollan síntomas de SIDA a los ocho o diez años.

1.2. TRANSMISIÓN DEL VIH

La propagación del virus de una persona a otra se llama transmisión del VIH, muchas de las personas que padecen de esta enfermedad han sido contagiadas por medio de la transmisión sexual, por compartir agujas y jeringas (en el caso de la reutilización de agujas o jeringas), de madre a hijo (es decir durante el embarazo, el trabajo de parto, la lactancia, etc.) y por transfusión sanguínea. No hay riesgo de transmisión por saludarse con un beso o con la mano, por la saliva ni por compartir cubiertos, tampoco no se propaga a través del aire, del agua, ni por medio de mosquitos, garrapatas u otros insectos que se alimentan de sangre.

1.3. TRATAMIENTO

El VIH de por sí no tiene cura solo se establece un tratamiento basado en antirretrovirales, que le permite al individuo tener calidad y esperanza de vida similar a la que se espera de quienes no han contraído el virus. Para que el tratamiento sea efectivo las personas toman a diario una combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales contra el VIH.

Los esquemas de tratamiento se actualizan constantemente, según los avances tecnológicos; por ello, se recomienda que estos contengan drogas altamente eficaces con el menor número posible de efectos colaterales.

El tratamiento ayuda a evitar la multiplicación del VIH, lo que reduce la carga viral; este a su vez protege el sistema inmunitario y evita la evolución del VIH

²²⁴ *Ibíd.*

al SIDA. La meta principal del tratamiento es lograr reducir la carga viral a una concentración indetectable, lo que significa que la concentración del VIH en la sangre resulta demasiado baja para ser detectada, por lo que no existe ni siquiera el riesgo mínimo de transmitirlo²²⁵.

Desde 2016, la OMS ha recomendado suministrar el TAR de por vida para todas las personas que han contraído el VIH, sean niños, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas o se encuentren en período de lactancia, independientemente de su estado clínico y recuento de T CD4 positiva. Para mediados de 2020, esta recomendación había sido adoptada por 185 países, los cuales engloban el 99% de las personas infectadas a nivel mundial²²⁶.

Se recomienda empezar el tratamiento después de que la persona es diagnosticada con la infección; sin embargo, será aún más importante iniciar el tratamiento si la persona ha quedado embarazada o descubre afecciones características del SIDA. El cumplimiento del tratamiento es indispensable para mantener una carga viral indetectable.

1.4. ¿QUÉ IMPLICA HABLAR DE VIH Y OTRAS ENFERMEDADES?

La infección por VIH provoca la destrucción progresiva de las células T CD4 positivas, las cuales se encargan de la respuesta inmunológica del cuerpo humano a nivel celular. Sin embargo, cuando ocurre una disminución a menos de 200 células/mm³, llega a un punto en el que no es suficiente para que pueda cumplir su función de protección contra microorganismos, entonces existe la posibilidad de presentar enfermedades vinculadas a la reactivación de microorganismos latentes o adquirir infecciones por bacterias, hongos, virus y parásitos que no afectarían usualmente a una persona cuyo sistema inmune se encuentra sano, estas son las llamadas infecciones oportunistas.

²²⁵ HIVinfo, *Tratamiento para la infección por el VIH: Conceptos básicos*, 2020. <<<https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/tratamiento-para-la-infeccion-por-el-vih-conceptos-basicos>>>. Consultado el 25/05/19.

²²⁶ OMS, *VIH/SIDA*, 2020. <<<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>>>. Consultado el 25/05/19.

Respecto de las enfermedades o infecciones oportunistas podemos encontrar a *“las enfermedades del hígado como hepatitis C y hepatitis B, enfermedades en los pulmones como la neumonía, la neumonía bacteriana y la tuberculosis; enfermedades nefrológicas como la nefropatía asociada a VIH; enfermedades en la piel como la dermatitis seborreica (caspa), herpes simple y herpes zoster, molusco contagioso, infecciones por virus del papiloma humano (VPH, como verrugas vulgares y condilomas acuminados); enfermedades de transmisión sexual (como sífilis), infecciones por hongos (como tiñas) y sarna, así como foliculitis eosinofílica; enfermedades oculares como retinitis por citomegalovirus, lesión de los vasos sanguíneos de la retina (vasculopatía retiniana), lesiones malignas (tumores), sífilis, toxoplasmosis, hongos; enfermedades neurológicas como el complejo demencial asociado a SIDA, la mielopatía vacuolar, meningitis aséptica, la neuropatía periférica, miopatía asociada al VIH, toxoplasmosis cerebral, criptococosis y enfermedades psiquiátricas como depresión, ansiedad, trastornos del sueño, demencia, delirio, cuadros psicóticos, alucinaciones visuales; y enfermedades cancerígenas como linfoma, sarcoma de Kaposi, cáncer de cérvix y cáncer cervicouterino”*²²⁷.

Existen infecciones que son producidas durante las primeras semanas de iniciar el TAR, de haber una infección preexistente este empeora; y en el caso de que aparezca una nueva infección, cuando la persona presentaba cierta mejoría, se conoce como *“Síndrome Inflamatorio por Reconstitución Inmunológica (SIRI)”*, que puede presentarse en la cabeza y cuello.

El VIH/SIDA puede presentar complicaciones que requieran de un tratamiento multidisciplinario, por lo que es necesario que las personas se realicen evaluaciones integrales y que no solo reciban tratamiento de la enfermedad, sino de todos aquellos aspectos colaterales que pueden generar mayores riesgos en su salud; por lo que es necesario que puedan acceder a exámenes de descarte de estas enfermedades, así como a posibles tratamientos que puedan ser distintos al TAR.

²²⁷Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), Fundación México Vivo, “30 Años del VIH-SIDA: Perspectivas desde México”, México, 2011, 95-116.

1.5. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES Y REGIONALES, VINCULANTES Y NO VINCULANTES, CON ÉNFASIS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA están garantizados por los instrumentos internacionales y regionales vinculantes sobre derechos humanos que regulan el derecho a la salud y otros derechos. Desde un punto de vista más específico se encuentra reconocido en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos protegen a todas las personas sin distinción alguna, por lo que se considera que además protegen los derechos y libertades de las personas que viven con VIH/SIDA.

La DUDH en su artículo 1 señala que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, a partir de ello se reconoce que las personas que viven con VIH/SIDA tienen igual derecho al respeto de sus derechos humanos, así también de su artículo 25 se desprende que toda persona tiene derecho a un *“nivel de vida adecuado que le asegure, ... la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*²²⁸.

El *“Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”* reconoce en su artículo 2 el deber de los Estados de proteger los derechos y libertades de las personas sin discriminación, así también en su artículo 6 reconoce el derecho a la vida. El PIDESC reconoce en su artículo 12, como ya se ha desarrollado, el derecho *“al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*, así como que se tomen medidas para prevenir, tratar y controlar enfermedades, creando las condiciones que aseguren la atención y prestación de servicios médicos en caso de enfermedad.

Estos tres instrumentos (DUDH, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el PIDESC) constituyen lo que se conoce como la *“Carta*

²²⁸ ONU, *Declaración Universal de Derechos Humanos...*,36.

Internacional de Derechos Humanos”, y los tres proporcionan protección contra la discriminación y otros derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, así como también a sus familiares.

Así también, la *“Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”*, la *“Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial”*, la *“Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles Inhumanos o Degradantes”*, la *“Convención sobre los Derechos del Niño”*, el *“Convenio 111 de la OIT relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación”*, incluyen lineamientos de protección para las personas que viven con VIH/SIDA.

Los instrumentos regionales como el *“Pacto de San José”*; la *“Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer”*, el *“Convenio Europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales”*, el *“Protocolo Adicional al Pacto de San José en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”* y la *“Carta de Banjul”*, imponen también a los Estados obligaciones aplicables a las personas que viven con VIH. Por lo que, entre los principios de derechos humanos pertinentes al VIH figuran el derecho a la vida, el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, el derecho a la no discriminación, a la protección igual de la ley y a la igualdad ante la ley, el derecho a pedir asilo y a gozar de él, el derecho a un nivel de vida digno, el derecho a la seguridad, la asistencia y el bienestar social, el derecho a disfrutar de los adelantos científicos y sus beneficios, el derecho a participar en la vida pública y cultural, el derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, entre otros.

No obstante, debido al gran impacto de la enfermedad, son numerosos los instrumentos no vinculantes, de distintos alcances y naturaleza (declaraciones, principios, estándares, directrices y lineamientos técnicos) que afectan la forma en que se regula y protege los derechos humanos de quienes viven con VIH/SIDA. Por ello podemos mencionar los siguientes:

- Las “*Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos*”²²⁹ que ofrecen orientación para las políticas de los gobiernos, organizaciones internacionales, ONGs, grupos de la sociedad civil y otros, respecto del desarrollo e implementación de planes que tratan temas de VIH y SIDA;
- La “*Observación General N.º 14 del PIDESC*” en el cual se menciona que “*las enfermedades anteriormente desconocidas, como ...VIH/SIDA...han creado nuevos obstáculos para el logro del derecho a la salud...*”, por lo que señala que los centros, bienes y servicios de salud deben estar dentro del alcance de las personas que tienen VIH/SIDA;
- La “*Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA*”²³⁰ y la “*Declaración Política sobre el VIH/SIDA*”²³¹, por medio de los cuales los países miembros de la ONU se comprometieron a intensificar su actuación frente al VIH/SIDA, dentro de un marco de derechos humanos;
- La “*Declaración relativa al Acuerdo de los ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) y la Salud Pública*”²³² por el que se permite que las patentes sean ignoradas

²²⁹ “*Las Directrices fueron adoptadas durante Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos en Ginebra, del 23 al 25 de septiembre de 1996 y la Tercera Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos Ginebra, del 25 al 26 de julio de 2002, organizadas conjuntamente por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA*”. <<<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesp.pdf>>>. Consultado el 23/06/20.

²³⁰ “*La Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA se dio durante el vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la ONU, del 25 al 27 de junio de 2001 como cuestión de urgencia para examinar y hacer frente al problema del VIH/SIDA*”. <<http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_es.pdf>>. Consultado el 23/06/20.

²³¹ “*La Declaración Política sobre el VIH/SIDA fue aprobada durante el septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de la ONU, el 8 de junio de 2016*”. <<<https://www.unaids.org/es/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>>>. Consultado el 23/06/20.

²³² “*Los gobiernos miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC) adoptaron por consenso la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública en la Cuarta Conferencia Ministerial de la OMC, celebrada en Doha, Qatar, el 14 de noviembre de 2001*”. <<https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm>>. Consulta el 23/06/20.

si se requiere responder a emergencias de salud pública, como el VIH/SIDA, para apoyar y fomentar el acceso universal a medicamentos que resguarden la vida;

- Las “*Observaciones Generales N.º 3, N.º 4 y N.º 15 de la Convención sobre los Derechos del Niño*”²³³ los cuales ayudan a fortalecer la definición y comprensión de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes que viven en entorno del VIH/SIDA, así como determinar las medidas que hagan efectivas el apoyo, la atención y la protección;
- La “*Declaración de Nuevo León*”²³⁴ donde se reconoce la importancia de combatir el VIH/SIDA realizando mayores esfuerzos para la prevención, atención y tratamiento de la enfermedad, así como el compromiso de hacer frente al estigma, la discriminación y el temor que desincentivan a las personas de acudir a realizarse la prueba y acceder al tratamiento.

Se cuenta además con lineamientos técnicos, como el documento sobre la *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*²³⁵ donde se profundiza sobre el estudio del estigma y los actos discriminatorios en relación al VIH/SIDA en los servicios de salud, desde una perspectiva global y de América Latina y el Caribe. Otros marcos clave para la cooperación técnica, en esta esfera, son los documentos sobre la “*Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección*”

²³³ De Ferrari Vial Luis y Curihuinca Elsy, *Compendio de Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño*, Centro Iberoamericano de Derechos del Niño (CIDENI), Santiago de Chile, 2018, 12-21-99. <<<http://www.cideni.org/wp-content/uploads/2019/01/Compendio-de-Observaciones-Generales-del-Comite%CC%81-de-los-Derechos-del-Nin%CC%83o-CIDENI.pdf>>>. Consultado el 23/06/20.

²³⁴ “*La Declaración de Nuevo León se dio durante la Cumbre Extraordinaria de las Américas en Monterrey, México, del 12 al 13 de enero del 2004*”. <<https://www.oas.org/36ag/espanol/doc_referencia/CumbreAmericasMexico_DeclaracionLeon.pdf>>. Consultado el 23/06/20.

²³⁵ Foreman Martin, Lyra Paulo, Breinbauer Cecilia, *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*, OPS, Washington, D.C., 2003, 1-63. <<https://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Stigma_report_spanish.pdf>>. Consultado el 23/06/20.

por el VIH/SIDA”²³⁶, el “Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015)”²³⁷ y la “Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita”²³⁸, los cuales apoyan actividades destinadas a mejorar los servicios de salud, aumentar la asistencia y ampliar el acceso al tratamiento para personas que viven con VIH/SIDA, así como fortalecer el compromiso político y el liderazgo por parte de los Estados.

La “Declaración política de la AG de la ONU para poner fin a la pandemia del SIDA”²³⁹, donde se establecieron 20 objetivos, el principal, era poder cumplir con los objetivos 90-90-90 que consistía en que, para el año 2020, el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, así como que reciban terapia antirretrovírica continuada y tengan supresión viral, incluyendo además la eliminación de barreras como la discriminación y el estigma.

Sin embargo, el informe “Vencer las pandemias priorizando a las personas”²⁴⁰ planteó las nuevas metas para el 2025 dividiéndose en tres categorías; siendo la primera, los servicios integrales para VIH; la segunda, la integración de servicios centrados en la persona y su contexto específico, y la tercera, la eliminación de impedimentos sociales y legales. Asimismo, la “Agenda 2030 para el desarrollo sostenible” establece en su objetivo 3, como meta, ponerle fin a la pandemia del SIDA

²³⁶ OPS y OMS, *Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA*, OPS, Washington, D.C., 2004, 1-16. <<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/7529?locale-attribute=es>>>. Consultado el 23/06/20.

²³⁷ OPS y OMS, *Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006–2015)*, OPS, Washington, D.C., 2005. <<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/268>>>. Consultado el 23/06/20.

²³⁸ OPS y OMS, *La Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita*, OPS, Washington, D.C., 2010. <<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/414>>>. Consultado el 23/06/20.

²³⁹ Asamblea General de la ONU, *Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas para poner fin a la epidemia del SIDA*, 2016. <<https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/june/20160608_PS_HLM_PoliticalDeclaration>>. Consultado el 23/06/20.

²⁴⁰ ONUSIDA, *Vencer las pandemias priorizando a las personas*, 2020, 7-8. <<https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevaling-against-pandemics_es.pdf>>. Consulta el 23/06/20.

Por lo señalado, es necesario referir que los instrumentos jurídicos no vinculantes aquí desarrollados no son los únicos existentes; sin embargo, se podría señalar que son los más importantes sobre la materia y los que en su mayoría han destacado por la intención demostrada de los Estados de darles firme cumplimiento, a pesar de no ser exigibles.

Por ello, conocer el amplio marco normativo para la protección de las personas que viven con VIH/SIDA ayuda a plantear mejor las respuestas que los Estados deberán brindar para superar la pandemia del VIH/SIDA; por lo que, para fines de la investigación, será necesario conocer cómo los sistemas de salud de Venezuela y Perú han incluido estos instrumentos internacionales y regionales para la protección del derecho a la salud en general y la implementación del marco normativo específico sobre VIH/SIDA.

2. LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD A PARTIR DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA DE 1999

La garantía del derecho a la salud en Venezuela está vinculada al reconocimiento de normas internacionales sobre derechos humanos y su tratamiento como derecho fundamental. La “*Constitución de 1999*” fundó un nuevo proyecto nacional consagrando un “*Estado Social de Derecho y de Justicia*”, en el que se reivindican los derechos sociales.

La “*Constitución de 1999*” no utiliza el término “*derechos fundamentales*”, sin embargo, sí desarrolla los deberes, derechos y garantías para el ser humano. Es así que en su capítulo V recoge tres artículos que abordan la protección del derecho a la salud; en el artículo 83 garantiza la salud como un derecho social, necesario para el derecho a la vida, cuyo reconocimiento abarca a toda persona, siendo el Estado el garante y promotor de políticas destinadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios²⁴¹.

²⁴¹ Delgado Andy, “La salud como derecho fundamental en Venezuela”, en *Revista de la Facultad de Derecho de México*, Vol. 69, N.º 273, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2019, 221-226. <<<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfdm/article/view/68607/60565>>>. Consultado el 23/06/20.

El objeto tutelado es la protección de la salud de todas las personas, sean ciudadanos o no, por lo que el Estado responde a través de tres obligaciones centrales que aparecen en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución²⁴²: el primero, es fomentar y desarrollar políticas; el segundo, implica crear, desempeñar y convertirse en la figura rectora del sistema público que garantice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, a través del tratamiento oportuno y la rehabilitación de calidad; y el tercero es desarrollar políticas orientadas a la formación de personal especializado, técnicos(as) y una industria a nivel nacional de fabricación de insumos para la salud.

Cabe señalar además que la salud se transforma en un asunto de todos, donde se exhorta a procurar su acceso universal bajo el “*principio de gratuidad*”, así como que los bienes y servicios públicos son propiedad netamente del Estado y no pueden ser privatizados, y que podrá regular tanto las instituciones públicas como las privadas. Sin duda alguna, la “*Constitución de 1999*” reivindica la protección a la salud, como derecho humano y como derecho fundamental.

En ese marco, el sistema de salud en Venezuela está constituido por un sistema público (el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), las Direcciones Estatales de Salud y Desarrollo Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME) y las universidades), sistema privado (prestadores de servicio y compañías aseguradoras de salud) y además existen empresas del Estado, como Petróleos de Venezuela (PDVSA), que ofrecen seguro de salud a sus trabajadores. Los beneficiarios están divididos en tres grupos, el primer grupo comprende a los trabajadores asalariados, pensionados y jubilados del sector formal de la economía y sus familiares, los trabajadores independientes o por cuenta propia inscritos en el régimen facultativo, así como algunos trabajadores del sector informal que tienen una relación laboral definida; el segundo grupo lo conforman los trabajadores del sector informal, la población

²⁴² Gaceta Oficial de la República de Venezuela, *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*, 1999, artículo 83. <<http://www.mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2018/05/GO-36860_constitucion3.pdf>>. Consultado el 23/06/20.

desempleada y las personas que están fuera del mercado de trabajo y sus familiares, y el tercer grupo se encuentra compuesto por personas cuyo empleo o capacidad de pago les permite acceder al sistema privado²⁴³.

Con la inclusión de “*Misión Barrio Adentro*”, a partir del año 2003, el “*Plan Nacional de Salud*” lo asume como estrategia para la construcción de un nuevo sistema de salud, y al mismo tiempo como eje articulador del “*Sistema Público Nacional de Salud*” junto a las instituciones ya existentes, asumiendo como su unidad básica operativa a las áreas de salud integral comunitaria, con un modelo de atención integral y continua, con interés en la cobertura universal y gratuita con calidad y alta capacidad resolutive para fortalecer el acceso a la salud para la población, así como también su calidad de vida²⁴⁴.

“*Misión Barrio Adentro*” es un programa que garantiza la atención a través de cuatro modalidades, que son Barrio Adentro I (enfocado en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico temprano), Barrio Adentro II (que ofrece atención en especialidades básicas como pediatría, medicina interna y otros), Barrio Adentro III (cuyo objetivo fue articular las áreas de salud integral comunitaria) y Barrio Adentro IV (centros de alta especialización que provean atención a los problemas de salud de relevancia nacional y de cooperación internacional solidaria)²⁴⁵.

Respecto del financiamiento, el MPPS se financia a través de recursos fiscales del presupuesto general, el IVSS a través de contribuciones sociales (pagos realizados por trabajadores, empleadores y transferencias del gobierno), el IPSFA, el IPASME y las universidades se financian a través de sus contribuyentes y el Estado, y “*Misión Barrio Adentro*” es financiado mediante

²⁴³ Bonvecchio Anabelle, Becerril Víctor, Carriedo Ángela y otros, “Sistema de salud de Venezuela”, en *Salud Pública de México*, Vol. 53, N.º 2, 2011, 278-279. <<<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5048/10031>>>. Consultado el 23/06/20.

²⁴⁴ Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), “Sistema de Salud en Venezuela”, en *Sistema de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*, ISAGS, Río de Janeiro, 2012, 793.

²⁴⁵ *Ibídem*, 793-794.

recursos extraordinarios que proceden de la explotación del petróleo²⁴⁶. El sistema de salud venezolano es altamente fragmentado, institucional y financieramente.

2.1. EL COLAPSO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA

Tal como se ha desarrollado en el apartado anterior y sobre la base de la salud pública, el Estado venezolano consideró a la salud como un tema preeminente en las políticas públicas; sin embargo, de manera progresiva, la situación económica, fiscal, social y política del país se fue complejizando, lo que llevó a un desabastecimiento de medicamentos, falta de atención médica y otras consecuencias que impactaron en la población.

La capacidad sanitaria del país estuvo sometida a un deterioro sistematizado, desde el año 2003, a través de la desestructuración institucional, el desfinanciamiento, el debilitamiento de la autoridad rectora y el ensayo de diversos modelos paralelos en los que se invirtieron recursos que no generaron los resultados esperados. Según la OMS, el porcentaje del gasto en salud con respecto al PIB de Venezuela disminuyó del 8,10% en 2006 a 3,56% en 2018²⁴⁷, así mismo se redujeron las asignaciones presupuestarias destinadas al MPPS.

De los datos obtenidos en la “*Encuesta Nacional de Hospitales del 2017*” se pudo advertir que la capacidad de la red hospitalaria en Venezuela ha venido colapsando durante varios años, el suministro de medicamentos y materiales quirúrgicos ha registrado escasez en casi 78% y 75% respectivamente²⁴⁸; los pacientes deben recurrir a realizar compras de medicamentos y suministros necesarios para poder ser atendidos, y en caso de no lograr conseguir dichos insumos no reciben atención médica.

²⁴⁶ Carrillo Alejandra, “Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?”, en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 34, N.º 3, 2018. <<<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1374/o-sistema-de-saude-na-venezuela-um-paciente-sem-remedio>>>. Consultado el 23/06/20.

²⁴⁷ World Health Organization (WHO), *Global Health Expenditure Database*, Venezuela. <<<https://apps.who.int/nha/database/countryprofile/Index/en>>>. Consultado el 26/06/20.

²⁴⁸ Médicos por la Salud, *Encuesta Nacional de Hospitales de 2017*, 2017. <<<http://enh2017.blogspot.com/>>>. Consultado el 26/06/20.

La red pública de servicios de salud en Venezuela, respecto de su disponibilidad, se encuentra en condiciones precarias tanto en infraestructura como en servicios, con reportes de escasez de insumos básicos como insumos médico-quirúrgicos, medicinas, personal médico, paralización de equipos de diagnóstico y tratamiento, y fallas constantes en la prestación de servicios de energía eléctrica y agua. Para el 2017 más de 21 mil 980 médicos de diversas edades y especialidades decidieron salir de Venezuela en busca de oportunidades, por las razones expresadas en el capítulo I. Y en los últimos años, bajo las mismas circunstancias, aproximadamente el 50% de los médicos y el 37% de los enfermeros habían decidido salir de Venezuela, lo que generó que el sistema de salud quedara más desabastecido aún de profesionales de la salud²⁴⁹.

Estos aspectos han llevado a que la situación de la salud en Venezuela se vea imposibilitada, por la falta de atención médica, donde las personas no pueden tener acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, para iniciar tratamientos o continuar con los prescritos; así también se dejó de proveer medicamentos, tanto en el sector público como privado, para la población que sufre de enfermedades como hipertensión, diabetes, cáncer, VIH/SIDA, tuberculosis y otras.

No se aplicaron las vacunas necesarias para la población infantil, incrementando la mortalidad infantil en un 30,12% de 2015 al 2016, así como la mortalidad materna²⁵⁰. Se ha constatado la falta de tratamientos adecuados y regulares para los más de 300 mil pacientes aquejados de enfermedades crónicas, y el rebrote de enfermedades como el paludismo o difteria²⁵¹.

Durante el 2018, el 74,50% de los centros asistenciales sufrían escasez en el servicio de agua y el 53,66% tenían fallas en el servicio de energía eléctrica;

²⁴⁹ ACNUDH, *Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin...*, 44.

²⁵⁰ OVS, Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), *Boletín Epidemiológico 2016*, Semana epidemiológica N.º 52, 2016, 32-33. <<<https://www.ovsalud.org/publicaciones/documentos-oficiales/boletin-epidemiologico-2016/>>>. Consultado el 26/06/20.

²⁵¹ ACNUDH, *Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin...*, 43.

así también el personal de salud se veía afectado por violencia proveniente de las fuerzas de seguridad del estado y paramilitares, así como por robos²⁵². Y, para finales del 2019, el 78% de los hospitales reportaban fallas en el servicio de agua y el 63% reportaban problemas en el servicio de energía eléctrica, por lo que se registraron 26 muertes justamente por falta de este último recurso²⁵³.

En este contexto, el gobierno venezolano no ofrece, desde tiempo atrás, las garantías mínimas para la atención de la salud de las personas, tanto en el sector público como en el privado. Esta situación es producto de las condiciones ya analizadas, pero también de una conducta de omisión por parte de las autoridades, que incluso para el acceso a los servicios de salud solicitaban la presentación del “*carne de la patria*”, un documento con el cual se identificaba a las personas cercanas o que concuerdan con el partido oficial del gobierno, muchas personas se vieron en la obligación de obtener dicho documento²⁵⁴.

Las políticas económicas y los problemas políticos han generado una crisis en el sistema de salud que ha prolongado una suspensión o cierre de servicios, trayendo consecuencias muy serias que llevan a la pérdida de vidas humanas. Grupos de personas que padecen enfermedades crónicas han decidido buscar ayuda en otros países, intentando recurrir a sus servicios de salud ayudados por organismos internacionales u ONGs, donde la realidad ha llevado a que algunos puedan recibir ayuda y otros no; de este último grupo, algunos han muerto en el proceso.

El gobierno venezolano ha optado por desconocer la gravedad de la situación, lo que ha llevado a negar cualquier tipo de asistencia y cooperación

²⁵² Médicos por la Salud, *Encuesta Nacional de Hospitales de 2018*, 2do Boletín – Noviembre, 2018. <<https://public.tableau.com/profile/medicosxlasalud#!/vizhome/enh_2018_0/Story1publish=yes>>. Consultado el 26/06/20.

²⁵³ Médicos por la Salud, *Encuesta Nacional de Hospitales de 2019 (Boletín final del año - Resultados I)*, 2019, 3-4. <<<https://www.encuestanacionaldehospitales.com/anteriores>>>. Consultado el 26/06/20.

²⁵⁴ CIDH, *Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela: Informe de país*, Documento N.º 209, 2017, 239. <<<https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Venezuela2018-es.pdf>>>. Consultado el 26/06/20.

internacional para atender las necesidades antes planteadas. Respecto de la información a la que se puede recurrir para poder analizar la situación de la salud en Venezuela en su mayoría es elaborada por ONGs, grupos científicos o médicos y otros, ya que el gobierno suspendió la emisión de boletines epidemiológicos²⁵⁵, un aspecto que impacta negativamente en la población con VIH/SIDA.

2.2. LA REALIDAD DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA EN VENEZUELA Y SU MOVILIZACIÓN FORZOSA

El TAR estuvo garantizado para las personas que viven con VIH/SIDA desde el año 1999, luego de que una sentencia dictada por la Corte Suprema de Justicia de Venezuela reconozca la demanda en la que se solicitaba recursos dirigidos a asegurar el suministro de medicamentos y tratamientos médicos para las personas afectadas por el VIH. El reconocimiento de la sentencia permitió que este acceso abarcara a todos los venezolanos o extranjeros residentes que padeciesen de VIH/SIDA.

En el año 2001, el Estado Venezolano participó del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la AG de la ONU, del 25 al 27 de junio, en el que adopta la *“Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA”* y recalca su intención de seguir combatiendo esta enfermedad.

Es por ello que se desarrolló un programa público denominado *“Programa Nacional de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/Infecciones de Transmisión Sexual (PNSIDA/ITS)”* que permitiera la atención integral de las personas con VIH/SIDA; sin embargo, los problemas en el sistema público de salud fueron haciéndose cada vez más presentes, más de 45 mil personas con VIH, desde el 2009, sufren de episodios de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales y de fármacos necesarios para las infecciones

²⁵⁵ ACNUDH, *Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin...*,50.

oportunistas relacionadas al SIDA ²⁵⁶, así como también los reactivos necesarios para las pruebas de descarté.

La OPS, en el año 2012, reportó que entre los años 2010 y 2011 Venezuela fue el Estado que más episodios de desabastecimiento de antirretrovirales presentó en relación con otros países de América Latina²⁵⁷. Para el 2014, el MPPS realizó la compra de antirretrovirales a través del “*Fondo Estratégico de Medicamentos*” de la OPS, sin embargo, esta compra no fue suficiente para la cantidad de población que vive con la enfermedad; y para el 2016 no se realizó la compra del 90% de estas medicinas.

En el 2017, el Estado venezolano alcanzó casi un 95% de déficit de medicamentos e incapacidad material para poder brindar tratamiento a pacientes con enfermedades crónicas, siendo así que casi el 70% de las 77 mil personas que vivían con VIH/SIDA no tuvieron acceso a un tratamiento adecuado, así como tampoco se dispuso de reactivos que permitieran identificar el nivel de anticuerpos en su sangre; las mujeres embarazadas no pudieron acceder a medidas para prevenir la transmisión a sus hijos, y los niños y niñas menores de 2 años no pudieron acceder a opciones reemplazantes de la leche materna²⁵⁸.

El ciudadano venezolano que vive con VIH/SIDA no puede costear de manera independiente el tratamiento, pues esta integra el grupo de enfermedades de alto costo, por lo que la posibilidad de acceder a ella sin ayuda del Estado es casi nula. Tal como lo han señalado algunas personas “*no había tratamiento en el país. La alimentación ya era difícil, entonces era luchar para conseguir los alimentos y ahora también los antirretrovirales...*”, “*...nosotros no salimos*

²⁵⁶ CODEVIDA, PROVEA y otros, *El Derecho a la Salud en Venezuela*, Informe presentado ante el 154 Período de Sesiones de la CIDH, 2015, 16. <<<https://coaliccionporlavida.wordpress.com/about/documentos/informes/comision-interamericana-de-derechos-humanos/>>>. Consultado el 26/06/20.

²⁵⁷ OPS, *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe*, OPS, Washington D.C., 2012, 19. <<<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49351/9789275316573-spa.pdf?Sequence=5&isAllowed=y>>>. Consultado el 26/06/20.

²⁵⁸ CODEVIDA y PROVEA, *Informe sobre graves, masivas y sistemáticas violaciones del Derecho a la Salud en Venezuela como resultado de una emergencia humanitaria compleja*, 2018, 7. <<<http://www.accionsolidaria.info/website/wp-content/uploads/2018/02/Informe-sa-lud-CIDH-Audiencias-Febrero-2018.pdf>>>. Consultado el 26/06/20.

*porque quisimos. Yo digo que yo no salí, yo me escapé. Y me escapé porque quería vivir y aquí todos estamos porque queremos vivir*²⁵⁹.

Hasta el 2017 se tenía conocimiento que cerca de 79 mil 400 personas con VIH estaban inscritas en el PNSIDA/ITS para recibir TAR, y que para el 2018 fueron retiradas del programa 10 mil personas, por posibles defunciones o salidas del país. Y, en caso de muertes estas pasaron de mil 800 en 2014 a 2 mil 400 en 2015, aumentando en un 33%; y que, posiblemente durante los años 2017 y 2018 estos incrementaron a 5 mil debido al aumento de personas hospitalizadas, muertes por SIDA y otras enfermedades oportunistas, las cuales han sido reportadas por ONGs y servicios de salud en VIH, ya que el gobierno no ha emitido desde hace varios años la información epidemiológica del país²⁶⁰.

La ausencia del TAR y la atención médica aunado a la grave situación económica y política del país, explicados en el capítulo I, han forzado la salida de miles de personas que viven con esta enfermedad.

El grupo que se movilizó con destino al Perú se puede clasificar en: i) las personas que conocen de su diagnóstico y requieren tratamiento, ii) personas que llegan al Perú y se realizan pruebas, a través de campañas o en centros de salud, y obtienen un resultado positivo, y iii) personas que llegan a los establecimientos de salud con la enfermedad en situación avanzada²⁶¹.

El grupo de movilidad humana conformado por personas que viven con VIH/SIDA además de requerir el tratamiento se hallan en una carencia económica debido a la falta de trabajo y el resquebrajamiento de su salud por la enfermedad. Varias de estas personas que decidieron moverse habían dejado de recibir el tratamiento por un período mayor a un año, incluso

²⁵⁹ Silva Antonio, "Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú" ..., 6.

²⁶⁰ Centro de Justicia y Paz (CEPAZ), *Reporte Nacional. Emergencia humanitaria compleja en Venezuela. Derecho a la salud, 2018*. <<https://cepaz.org/documentos_informes/emergencia-humanitaria-compleja-en-venezuela/>>. Consultado el 29/05/20.

²⁶¹ Silva Antonio, "Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú" ..., 10.

algunos recientemente diagnosticados fueron impulsados a buscar tratamientos fuera de su país.

El Perú se ha convertido en uno de los destinos de refugio para personas que viven con VIH/SIDA, que escapan de Venezuela ante la crisis sanitaria que esta atraviesa, con un sistema de salud más asequible en comparación al de Colombia u otros países.

3. DERECHO A LA SALUD EN EL PERÚ

El derecho a la salud en el Perú está constituido por un marco constitucional y legal que se encuentra bajo el lineamiento de los instrumentos internacionales sobre el derecho a la salud que el país ha ratificado, así como de los instrumentos internacionales para proteger los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas, conforme a la *“Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución Política de Perú”*²⁶² y el artículo V del *“Título Preliminar del Código Procesal Constitucional”*.

El marco constitucional se encuentra conformado por la *“Constitución Política del Perú”* de 1993, que contempla el derecho a la salud y a la seguridad social en el capítulo II (de los Derechos Sociales y Económicos), artículo 7:

“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa...”.

La política nacional de salud se encuentra determinada por el Estado, y es el Poder Ejecutivo quien se encarga de normar y supervisar su aplicación, así como de facilitar su acceso equitativo a las personas (artículo 9). El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social (artículo 10), así como garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud (artículo 11).

²⁶² SPIJ, *Constitución Política del Perú*, 1993. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 26/06/20.

A nivel legal contamos con las siguientes normas:

- a. La “*Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS)*”, *Ley N.º 27813*²⁶³, y su “*Reglamento, Decreto Supremo N.º 004-2003-SA*”²⁶⁴, que tienen como finalidad coordinar el proceso de implementación de la política nacional de salud, para lograr el cuidado de todos los peruanos, a través de su implementación descentralizada y concertada, coordinando además los planes y programas de todas las instituciones del sector.

- b. La “*Ley General de Salud, Ley N.º 26842*”²⁶⁵, señala que la protección de la salud es de interés público, por lo que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; además que la protección del derecho a la salud es irrenunciable. Establece que toda persona tiene derecho al acceso a los servicios de salud, a la información, al consentimiento informado, a la atención y recuperación de la salud, y define, en sus artículos 122 al 129, a la autoridad de salud y sus atribuciones junto con las competencias de los órganos descentralizados.

El sistema de salud peruano es un sistema mixto apoyado por los subsectores público (el MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales), privado y mixto (la seguridad social (ESSALUD), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

- a. El MINSA integrado por el SIS, brinda servicios a los individuos en situación de pobreza y pobreza extrema.

²⁶³ SPIJ, *Ley N.º 27813, “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS)”*, 2002. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 27/06/20.

²⁶⁴ SPIJ, *Decreto Supremo N.º 004-2003-SA, Reglamento de la SNCDS*, 2003. <<<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativolibre/main.asp>>>. Consultado el 27/06/20.

²⁶⁵ SPIJ, *Ley N.º 26842, “Ley General de Salud”*, 1997. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 27/06/20.

- b.** ESSALUD está vinculado al Ministerio de Trabajo y brinda servicios a los trabajadores formales y sus familiares; así como a trabajadores informales, a través de un seguro opcional.
- c.** La Sanidad de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército), dependiente del Ministerio de Defensa, atiende a los miembros de las instituciones mencionadas y sus familiares.
- d.** La Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP), dependiente del Ministerio del Interior, presta atención a los miembros de dicha institución y sus dependientes.
- e.** Las instituciones del sector privado como clínicas, entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas y otros, ofrecen atención a personas que tengan capacidad de pago, ofrecen servicios prepagados; y en el caso del sector privado sin fines de lucro, se encuentra representado por un conjunto variado de asociaciones civiles que atienden a todo tipo de población.

La entidad rectora de salud en el Perú es el MINSA, quien tiene a su cargo la dirección y gestión de la política nacional de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en la materia. La salud pública en el Perú, bajo los parámetros antes tratados, se encuentra a cargo del MINSA, de los gobiernos regionales (Dirección Regional de Salud o Gerencia Regional de Salud), gobiernos locales, ESSALUD, y de la sanidad de los Institutos Militares y Policiales. Respecto de la salud individual existe una labor compartida entre el individuo, la sociedad y el Estado.

El Modelo de Atención Integral de Salud en el Perú se da por niveles, el primer nivel de atención es la puerta de ingreso de la población al sistema de salud, donde se realizan actividades de promoción, prevención de riesgos y control de daños, así como del diagnóstico anticipado y el tratamiento oportuno, teniendo en cuenta la atención individual, familiar y comunitaria; el segundo, complementa la atención primaria agregando mayor especialización en cuanto a recursos

humanos y técnicos; y la atención en el tercer nivel es de máxima especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos²⁶⁶.

Debido a la alta fragmentación y segmentación del sector salud en el Perú se aprobó la “Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”²⁶⁷, y su Reglamento, “Decreto Supremo N.º 008-2010-SA”²⁶⁸, que tienen como objetivo establecer un seguro universal de salud física y mental para toda la población residente en territorio nacional, que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud ya sean preventivos, promocionales y recuperativos en condiciones efectivas de equidad, calidad, oportunidad y dignidad, que paulatinamente se convertiría en la única forma de proteger la salud en el Perú.

Por ello, se optó por ir desarrollando un Sistema de Aseguramiento Universal (AUS) que brinde un paquete básico de prestaciones a través del PEAS, el cual fue aprobado mediante el “Decreto Supremo N.º 016-2009-SA”. El PEAS fue elaborado a partir de una investigación de carga de enfermedades, teniendo en cuenta las consideraciones económicas de los diversos diagnósticos que debían incluirse; es así que, en el caso del SIS, el PEAS fue reemplazando poco a poco al “Decreto Supremo N.º 004-2007-SA, Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS)”.

El financiamiento se encuentra a cargo de las “Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)” quienes administran los fondos destinados a financiar prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgo a sus asegurados (SIS, ESSALUD, Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) y otros). SUSALUD es la instancia reguladora y supervisora de las IAFAS y las “Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)”, que son los

²⁶⁶ Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), “Sistema de Salud en Perú”, en *Sistema de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*, ISAGS, Río de Janeiro, 2012, 611.

²⁶⁷ SPIJ, Ley N.º 29344, “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”, 2009. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 27/06/20.

²⁶⁸ SPIJ, Decreto Supremo N.º 008-2010-SA, “Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”, 2010. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 27/06/20.

establecimientos de salud autorizados para brindar las prestaciones de salud (centros de salud, hospitales, clínicas, etc.)²⁶⁹.

La “Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud” establece como características del aseguramiento universal su obligatoriedad, progresión, garantía, regulación, descentralización, portabilidad, transparencia y sostenibilidad; y como principios la universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y participativo. Por otra parte, la cobertura de salud en el marco del aseguramiento universal se encuentra conformada por tres regímenes:

***a. El régimen contributivo** comprende a las personas que se vinculan a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o de su empleador.*

***b. El régimen subsidiado** comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.*

***c. El régimen semicontributivo** comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda”²⁷⁰.*

²⁶⁹ SPIJ, Decreto Legislativo N.º 1158, “Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud”, 2013. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 27/06/20.

²⁷⁰ SPIJ, Ley N.º 29344, “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”. <<<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativoliberal/main.asp>>>. Consultado el 27/06/20.

El propósito del aseguramiento universal es que no existan grupos marginados, puesto que todos deben estar incluidos en alguno de los tres regímenes, identificándosele conforme a sus propias características. Por ello, para efectos de la presente investigación, será necesario enfocar el estudio en el entendimiento del SIS, ya que los solicitantes de nacionalidad venezolana son un grupo en situación de vulnerabilidad, no sólo por la vulnerabilidad generada en su país de origen, sino por los problemas que atraviesa al llegar a Perú aparte de requerir atención médica urgente, lo que vuelve su situación aún más compleja. Se sabe, además, según lo señalado en el capítulo II, que tampoco cuentan con recursos económicos que les permitan acceder a otros tipos de servicios de salud, sobre todo cuando involucran algún pago económico.

Por ello, debido a la necesidad y la situación ya descrita, se considera al SIS subsidiado como el subsector del sistema de salud peruano más asequible y capaz de poder albergar a este grupo en situación de vulnerabilidad, que permitirá poder garantizar la protección de su derecho a la salud.

3.1. El SIS

El SIS se creó en el año 2002 mediante la “Ley N.º 27657, Ley del MINSA”, como un organismo público descentralizado adscrito al MINSA, tras la integración de dos iniciativas anteriores (el Seguro Gratuito Escolar - SGE (1997) y el Seguro Materno Infantil - SMI (1998))²⁷¹. La cobertura de atención se fue ampliando desde su creación.

Los seguros de salud que brinda se encuentra dividido en: SIS subsidiado, SIS semisubsidiado, SIS independiente (acceden las familias o ciudadanas y ciudadanos peruanos que residan en territorio nacional y carezcan de un seguro de salud, que tengan alguna capacidad de pago), SIS MYPE (pueden afiliarse trabajadores y empleadores de microempresas formalmente registrados en el REMYPE) y el SIS emprendedor (dirigido a personas que no

²⁷¹ Wilson Luis, Velásquez Aníbal, Ponce Carlos, “La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 26, N.º 2, 2009, 211. <<<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1361/1355>>> Consultado el 27/06/20.

cuenten con otro seguro de salud y trabajen de manera independiente)²⁷². Los pagos se regulan de acuerdo a la normativa aplicable para una zona con cobertura AUS o no.

El SIS subsidiado hoy en día tiene como finalidad salvaguardar la salud de todas las personas en el Perú, sin límite de edad, que no cuenten con un seguro de salud, priorizando a las poblaciones más vulnerables que se encuentran en pobreza y pobreza extrema.

El asegurado, en el régimen SIS subsidiado, tiene derecho a una cobertura del PEAS, a los planes complementarios (regular y cobertura extraordinaria) y a la protección financiera de los 7 tipos de cáncer más frecuentes y de las enfermedades raras o huérfanas. Para el acceso a los servicios prestados, en caso de ser peruano(a) se requiere presentar el DNI y para los extranjeros, el CE.

Para la afiliación regular al SIS subsidiado se deberá obtener una clasificación socioeconómica del hogar en el “*Padrón General de Hogares (PGH) del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)*”, que forma parte del Sistema Nacional de Focalización (SINAFO), cuyo ente rector es el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), o ser considerado como grupo vulnerable en consonancia con la definición establecida²⁷³. Para cuantificar el nivel de bienestar de los hogares, el SISFOH administra la información del PGH, el cual contiene la información socioeconómica de los ciudadanos y mediante ello pueden ser clasificados en tres niveles: no pobre, pobre y pobre extremo. La clasificación socioeconómica tiene una vigencia de 4 años para los hogares del ámbito urbano, 6 años para el ámbito rural y 8 años para los hogares que forman parte de los pueblos indígenas de la Amazonia reconocidos por el Ministerio de Cultura. La calificación es de acuerdo a las personas residentes habituales del hogar (ocupación, estudios, etc.) y la

²⁷² SIS, *Planes del Seguro Integral de Salud (SIS)*, 2020. <<<https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>>>. Consultado el 27/06/20.

²⁷³ SPIJ, *Decreto Legislativo N.º 1346, “Decreto Legislativo que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del SIS”*, 2017. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 27/06/20.

información de las características de la vivienda (calidad de la vivienda, servicios con que cuenta, bienes que poseen, etc.)²⁷⁴. Para iniciar el trámite, los nacionales requieren del DNI o Acta de Nacimiento o Certificado de Nacido Vivo, y en caso de los extranjeros se requiere el CE, aplicable para todos los integrantes del hogar.

En relación a la definición de vulnerabilidad, el “Reglamento de la Ley N.º 30435, Ley que crea el SINAFO, Decreto Supremo N.º 001-2020-MIDIS”, señala en su artículo 2 que debe ser entendido como:

*“Situación que denota desventaja o desigualdad en el acceso a los medios o recursos materiales y/o personales, oportunidades y condiciones sociales, económicas, políticas o culturales indispensables para alcanzar el pleno desarrollo personal y social y vivir una vida plena y digna, y que afecta de manera desproporcionada o especialmente intensa a determinadas personas, conjunto o grupo de personas, sector o segmento específico de la población en razón a su condición social o económica, edad, sexo, etnia, raza, discapacidad, enfermedad, lugar de residencia, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra característica o condición”.*²⁷⁵

Tal como se señaló en párrafos anteriores, el AUS se fue desarrollando de forma progresiva, por lo que, en zonas con este aseguramiento, los afiliados al SIS subsidiado tenían cobertura de prestaciones de salud sobre la base del PEAS, y en zonas sin aseguramiento, las prestaciones eran por lo establecido en el LPIS.

²⁷⁴ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), *Directiva N.º 001-2020-MIDIS, Directiva que regula la operatividad del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)*, 2020, 12-16. <<<http://www.sisfoh.gob.pe/documentos-metodologicos/send/3-documentos-metodologicos/185-directiva-n-001-2020-midis>>>. Consultado el 27/06/20.

²⁷⁵ SPIJ, *Decreto Supremo N.º 001-2020-MIDIS, “Reglamento de la Ley N.º 30435, Ley que crea el Sistema Nacional de Focalización (SINAFO)”*, 2020. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 27/06/20.

Sin embargo, todo este sistema ha sufrido un gran cambio con la promulgación del “Decreto de Urgencia N.º 017-2019”, del 28 de noviembre del 2019, que establece medidas de un nuevo régimen subsidiado especial para la cobertura universal de salud, denominado SIS Para Todos, en el que se afilia de toda persona que resida en el país (aplica para todo extranjero que tenga dicha calidad) y no cuente con ningún otro seguro de salud, sin importar su clasificación socioeconómica, y con cobertura del PEAS; sin embargo, condiciona su acceso al plan complementario y FISSAL, siendo necesario cumplir para ello con los criterios de elegibilidad orientado en la vulnerabilidad económica²⁷⁶. Es decir, esta norma no modificó el modelo de aseguramiento, pero si flexibilizó las reglas para el acceso al SIS y una nueva cobertura de salud²⁷⁷.

Este nuevo procedimiento permitiría brindar una cobertura a los 4 millones de peruanos que aún no contaban con un seguro; sin embargo, este se realizó de forma gradual debido a la inversión económica, infraestructura, recursos humanos y otros elementos que implica. Asimismo, una vez realizado dicho proceso se evaluaría la situación económica de los afiliados para determinar de mejor manera si deben acceder o no al SIS subsidiado o al SIS semicontributivo²⁷⁸.

²⁷⁶ Almonacid Carlos, *¿SIS PARA TODO/AS?: Comentarios al Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud, D.U. N.º 017-2019*, PÓLEAMOS, 2020. <<<http://polemos.pe/sis-as-comentarios-al-decreto-urgencia-establece-medidas-la-cobertura-universal-salud-d-u-no-017-2019/>>>. Consultado el 27/06/20.

²⁷⁷ “El Decreto de Urgencia N.º 046-2021, en el marco del Decreto de Urgencia N.º 017-2019, autoriza a la IAFAS SIS a afiliar a toda persona de nacionalidad peruana residente en el territorio, siempre que no cuente con otro seguro e independientemente de su clasificación socioeconómica, al SIS Para Todos. Asimismo, amplía el financiamiento de la cobertura no sólo del PEAS sino además de los planes complementarios, la atención de trasplantes y tratamientos oncológicos de los tipos de cáncer incluidos en la Lista de Enfermedades de Alto Costo (LEAC). Cabe señalar que la norma solo tiene vigencia hasta el 31 de diciembre de 2021”. <<<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-dicta-medidas-extraordinarias-y-urge-decreto-de-urgencia-n-046-2021-1954764-1/>>>. Consultado el 25/05/21.

²⁷⁸ Cisneros Sileña, *¿Cómo acceder al SIS? Peruanos sin seguro alcanzan cobertura universal de salud*, Perú 21, Lima, 2019. <<<https://peru21.pe/lima/como-acceder-al-sis-peruanos-sin-seguro-alcanzan-cobertura-universal-de-salud-seguro-integral-de-salud-noticia/>>>. Consulta el 27/06/20.

3.1.1. Situación actual del SIS

Los problemas que presenta el actual sistema de salud peruano no son los mismos de años atrás, al no ser estáticos involucran nuevos factores (sociales, avances tecnológicos, el nivel de vida de la población y otros)²⁷⁹. Nuestro sistema de salud siempre se ha visto envuelto en una serie de problemas debido a su alta segmentación y fragmentación por la existencia de diversos regímenes que se han instituido para que la población pueda acceder a una atención médica. El SIS presenta una serie de problemas que incluyen temas de presupuesto económico, personal médico, infraestructura de hospitales, desabastecimiento de medicamentos, hasta temas relacionados con la atención directa de la población, los cuales se han ido acumulando e incrementando con el devenir de los años.

Uno de los principales problemas es quizás el presupuesto que se le asigna al sector salud, el cual llega al 5,3% del PBI, por debajo del promedio latinoamericano de 7,7 % y lejos del 11, 9% que los países con altos ingresos de PBI invierten en salud²⁸⁰. En caso del presupuesto para el SIS este ha tenido un incremento durante los años 2019 y 2020; sin embargo, lo asignado económicamente no ha sido equiparable a la afluencia masiva de afiliados, debido a la apertura de la cobertura universal, dejando aún en desprotección a los afiliados que buscan atención médica.

El problema radica también en la alta burocracia del sistema de salud, pues posee un mayor número de trabajadores administrativos que médicos. La presencia de profesionales de la salud es esencial para el sistema, ya que son quienes se encargan de brindar la atención médica; sin embargo, en el Perú existe una inequidad respecto de la asignación de recursos humanos (personal médico, técnico y otros) en las distintas regiones, quienes se

²⁷⁹ Defensoría del Pueblo, *Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): resultados de la supervisión nacional a hospitales*, Informe Defensorial N.º 161, Defensoría del Pueblo, Lima, 2013, 76. <<<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe-161.pdf>>>. Consultado el 27/06/20.

²⁸⁰ Matus Mauricio, Prieto Lorena, Cid Camilo, "Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 40, N.º 1, 2016, 64. <<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28581>>>. Consultado el 27/06/20.

enfrentan a un entorno de trabajo desalentador y la percepción de una baja remuneración.

Otro problema está relacionado con los centros de atención médica, pues los centros de salud existentes, en muchos casos, carecen de una infraestructura adecuada debido a su antigüedad, y en otros sectores no existen centros de salud que brinden una buena atención primaria, a lo que se suma la falta de un adecuado equipamiento médico.

El Perú posee pocas camas de hospitalización, lo que hace la atención lenta; además la mala organización de la logística hace que se tenga que esperar, por una cita de atención, un tiempo promedio de hasta dos semanas²⁸¹. Así también, existen otros problemas como el desabastecimiento de medicamentos o compras deficientes de los mismos, lo que ha llevado a que los mismos pacientes sean quienes tengan que costear los gastos.

Pero el problema más complejo que se presenta es el sistema de afiliación, puesto que hay poblaciones pobres y en situación de vulnerabilidad que no pueden acceder a este seguro debido a lo engorroso y burocrático del proceso de evaluación del SISFOH; además de ello, existe otro conflicto respecto de los afiliados al sistema subsidiado del SIS que no requieren de este seguro, ya que pueden acceder a uno contributivo o semicontributivo conforme a la realidad de sus ingresos y dejan sin cobertura del SIS a quienes de verdad lo necesitan.

Lo señalado permite identificar y analizar algunos de los problemas que presenta el SIS en el Perú, los cuales con el pasar de los años se han ido incrementando, conforme a las distintas necesidades que la población requiere, y acumulándose sin poder tener soluciones eficaces.

²⁸¹ Sausa Maiella, *Ineficiencias del sector salud están afectando a millones de peruanos*, Perú21, Lima, 2018. <<<https://peru21.pe/peru/situacion-salud-peru-ineficiencias-sector-afectando-millones-peruanos-396225-noticia/>>>. Consultado el 27/06/20.

3.2. EL DERECHO A LA SALUD PARA LAS PERSONAS CON VIH/SIDA EN EL PERÚ

En el Perú, de enero de 1983 a octubre del 2019 existen 134 mil 619 casos de VIH y 45 mil 346 casos de SIDA²⁸²; y al 30 de junio de 2020 68 mil 512 personas que viven con VIH accedieron al TAR²⁸³. La principal vía de transmisión en el Perú es la sexual (98.35% de los casos), seguido por la vertical (1,38%) y la parenteral (0,24%)²⁸⁴.

Las personas que viven con VIH/SIDA en el Perú cuentan con la protección de la “Ley N.º 26626”, publicada el 20 de junio de 1996, y su Reglamento, “Decreto Supremo N.º 004-97-SA”, en el que se encarga al MINSA la elaboración del “Plan Nacional de Lucha contra el VIH, el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)”, denominado CONTRASIDA.

Dicha Ley fue ampliada y modificada por la “Ley N.º 28243”, publicada el 1 de junio de 2004, en la que se establece como necesidad nacional e interés público la lucha contra el VIH, SIDA y las Infecciones de Transmisiones Sexuales (ITS). Asimismo, se señala que las pruebas para diagnosticar el VIH/SIDA son voluntarias y se debe realizar una consejería sobre la misma; pero existen algunas excepciones respecto de la voluntariedad, como cuando hay donación de sangre y órganos, en caso de madre gestante y la existencia de riesgo de contagio, y casos que pueden ser establecidos por leyes específicas.

Respecto de la atención, se establece el deber contar con atención integral de la salud, continua y permanente, a través de “*acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social; atención ambulatoria, hospitalaria,*

²⁸² Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, “Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú”, en *Boletín Mensual - Octubre*, 2020, 1. <<https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_202010.pdf>>. Consultado el 27/06/20.

²⁸³ UNAIDS, *People living with HIV receiving ART (as of 30 June)*, 2020. <<<https://aidsinfo.unaids.org/>>>. Consultado el 27/01/21.

²⁸⁴ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, “Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú” ..., 5.

domiciliaria y/o comunitaria; el suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida las personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS), estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema; la provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las PVVS; y, otras, que por la naturaleza de la atención sean necesarias para el logro de la atención integral de la salud”²⁸⁵.

A través del “Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, Decreto Supremo N.º 008-2017-SA”, modificado por “Decreto Supremo N.º 011-2017-SA”, se establece que la “Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública” es el órgano de línea del MINSA competente para dirigir y coordinar las intervenciones de salud pública en materia de VIH/SIDA.

Por ello a través de la “Resolución Ministerial N.º 1024-2020-MINSA”, se aprueba la “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), NTS N.º 169-MINSA/2020/DGIESP”, cuya finalidad es normar los procedimientos de la atención integral del adulto con infección por el VIH. En la norma técnica se establecen los siguientes lineamientos²⁸⁶:

- Las personas que viven con VIH reciben una atención gratuita en los establecimientos de salud pública.
- El inicio del proceso de atención se vincula a obtener el diagnóstico, el cual se enmarca en una serie de pruebas; asimismo, la clasificación clínica e inmunológica de la infección por VIH se realiza según la

²⁸⁵ SPIJ, Ley N.º 28243, “Ley que amplía y modifica la Ley N.º 26626 sobre el VIH, el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual”, 2004. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 27/01/21.

²⁸⁶ MINSA, Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), NTS N.º 169-MINSA/2020/DGIESP, 2020, 10-22. <<<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF>>>. Consultado el 27/01/21.

clasificación vigente de la OMS, en este caso del 2007. Si el paciente tiene resultado reactivo es diferido a los servicios prevención y control de VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis del establecimiento de salud que brinda la atención por VIH.

- El equipo de atención de los pacientes con VIH/SIDA está conformada por un(a) infectólogo(a) o médico cirujano, un(a) licenciad(a) en enfermería, un(a) licenciad(a) de obstetricia, un(a) químico-farmacéutico(a) y un(a) tecnólogo(a) médico(a) o biólogo(a). De acuerdo a disponibilidad de recursos humanos en el establecimiento de salud, se debe incorporar a un(a) licenciado(a) en psicología, un(a) licenciado(a) en trabajo social, un(a) nutricionista y otros(as) profesionales que sean necesarios. Todos ellos deben estar capacitados para brindar atención a personas con VIH.
- Establece así también un programa especial para la atención de la mujer con VIH, ya que se requiere identificar las características tanto de los varones como de las mujeres en sus formas físicas y psicológicas de manera distinta, lo que permite abarcar una mejor atención.
- El TAR es brindado de manera voluntaria, por lo que se debe informar acerca de sus beneficios y riesgos, así como de los derechos y obligaciones de los pacientes. Será brindado cuando la persona con diagnóstico de VIH sea evaluada por un médico, dentro del plazo más corto posible; la evaluación continua estará a cargo del equipo disciplinario. La persona deberá pasar por evaluaciones básicas antes de recibir el TAR, como pruebas de laboratorio básicos (hemograma completo, glucosa, etc.), radiografía de tórax, descarte de tuberculosis, detección de otras ITS y otros.

Así también, mediante “*Resolución Ministerial N° 882-2020/MINSA*”, se aprueba la “*Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*”

(VIH), NTS N.º 167-MINSA/2020/DGIESP”, que tiene por objeto contribuir a la reducción de la mortalidad y mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que viven con VIH/SIDA²⁸⁷, y por “Resolución Ministerial N.º 1138-2019/MINSA”, se aprueba la “Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B, NTS N.º 159-MINSA/2019/DGIESP”, en la que se señala la necesidad de la detección temprana de la enfermedad para prevenir la transmisión materno infantil²⁸⁸.

Al respecto debe señalarse que, a pesar de la gratuidad y el acceso a las pruebas rápidas de tamizaje para VIH, el TAR y las pruebas de monitoreo para las personas que viven con VIH/SIDA, el sistema de atención presenta algunos problemas. La mayoría de las personas con VIH/SIDA recurren al sistema público de salud para atenderse, por lo que para acceder a este requieren de un hospital nacional o regional que tenga las condiciones básicas, como recursos humanos (médico cirujano y otros profesionales de salud) capacitados y entrenados, infraestructura adecuada, equipamiento, insumos y registros de atención; así también la apertura de una historia clínica, lo que implica pasar por una consulta médica y tener una prueba confirmatoria de VIH, y una vez obtenido el diagnóstico positivo es necesario realizar otros exámenes básicos para recién poder acceder al TAR. Es así que quienes no han podido acceder al SIS se ven en la necesidad de cubrir los gastos que generan los pasos antes señalados, así también se debe tener en cuenta los gastos de movilidad que implica poder llegar a los hospitales que brindan la atención, debido a la complejidad de la enfermedad, así como el costo del tiempo que involucra poder acceder a una consulta médica debido a los largos plazos de espera que pueden llegar a ser de hasta un mes, y el tiempo de espera que involucra los resultados de los otros exámenes realizados, como

²⁸⁷ MINSA, *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*, NTS N.º 167-MINSA/2020/DGIESP, 2020. <<<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5365.pdf>>>. Consultado el 27/01/21.

²⁸⁸ MINSA, *Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B*, NTS N.º 159-MINSA/2019/DGIESP, 2019. <<<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>>>. Consultado el 27/01/21.

por ejemplo el de la carga viral, pues a pesar de contar con modernos equipos los pacientes se quejan por la lentitud²⁸⁹.

Sin embargo, lo antes señalado no son los únicos impedimentos o problemas a los que se enfrentan, ya que cuando una persona decide buscar información o iniciar su tratamiento en algún centro de salud este se tiene que enfrentar al estigma y la discriminación social que muchas veces son fomentadas por prejuicios que tiene la sociedad respecto de esta enfermedad, y no solo por los individuos de la sociedad en general, sino que además de los mismos prestadores del servicio. Cerca de 21% de las personas que viven con VIH en el Perú señalan que han visto negada la atención médica a consecuencia de su estado serológico²⁹⁰.

Estas situaciones han llevado a que las personas que viven con VIH/SIDA se encuentren en una situación de vulnerabilidad, no solo por el hecho de padecer la enfermedad sino por otros factores que agudizan aún más su situación, como por ejemplo la falta de medicamentos, maltrato y negación en la atención, discriminación, entre otros. Es así que el “*Grupo Impulsor de Vigilancia sobre abastecimiento de medicamentos Antirretrovirales (GIVAR)*” señaló, que, del 1 de enero al 26 de noviembre del 2020, recibió cerca de 321 quejas de personas que viven con VIH/SIDA por falta de medicamentos, insumos médicos, atención médica y la entrega de medicamentos vencidos²⁹¹, lo que evidencia que el país no se encuentra adecuadamente preparado para cumplir con las perspectivas para la eliminación del VIH/SIDA.

²⁸⁹ Jáuregui Ariana, “Mitos y verdades sobre las personas venezolanas con VIH: entrevista a Julio Rondinel, coordinador regional de ForoSalud”, en *Instituto de Democracia y Derechos Humanos*, Lima, 2019. <<<https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/mitos-y-verdades-sobre-las-personas-venezolanas-con-vih-en-el-peru-entrevista-a-julio-rondinel/>>>. Consulta el 27/01/21.

²⁹⁰ ONUSIDA, *Aprovechando el momento: La respuesta al VIH en América Latina*, 2020, 7. <<<https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/global-aids-report-latin-america>>>. Consulta el 27/01/21.

²⁹¹ Grupo Impulsor de Vigilancia en Abastecimiento de Medicamentos Antirretrovirales (GIVAR), *GIVAR reporta cifra récord de denuncias de personas con VIH en medio de la pandemia por coronavirus*, 2020. <<<http://www.givarperu.org/component/k2/item/23-givar-reporta-cifra-record-de-denuncias-de-personas-con-vih-en-medio-de-la-pandemia-por-coronavirus>>>. Consultado el 27/01/21.

Así también se enfrentan a situaciones comunes que todas las personas que requieren de asistencia sanitaria en el sector público padecen, es decir el problema de hacinamiento y saturación de pacientes, la falta de personal médico para la debida atención y la inadecuada infraestructura, lo que ha llevado a que los hospitales y profesionales de la salud tengan que adecuarse a la realidad con la que trabajan y no tanto a lo que las normas técnicas de atención señalan²⁹².

Los problemas que el sistema de salud presenta, sobre la atención del VIH/SIDA, puede darse en función de dos razones: la primera, debido a la visión economicista de la salud, a través de la cual se derivan grandes recursos económicos a la sanidad curativa y al suministro de medicación, y lo segundo, por los graves problemas de gestión²⁹³. Debido a estas razones muchos de estos pacientes han visto vulnerados sus derechos a la vida y salud, primero porque entienden a la salud como un beneficio y no un derecho, y segundo por el desconocimiento de mecanismos de exigibilidad para acceder a una efectiva protección de sus derechos.

Conforme a lo desarrollado, se puede determinar entonces que la vulnerabilidad que padecen no es solo consecuencia de la afectación de su salud, sino de la suma de una serie factores que limitan su desarrollo personal y social, así como el goce efectivo de sus derechos.

Por esa razón, luego de una lucha de varios años en el mes de enero del año 2020 se emitió el *“Decreto Supremo N.º 002-2020-SA, Decreto Supremo que reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N.º 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios*

²⁹² Altuna Gabriela, “Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación”, en *Revista Canalé*, N.º 5, PUPC, Lima, 2013, 98. <<<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/canale/article/view/14712/15300>>>. Consultado el 27/01/21.

²⁹³ Rosas Augusto, Carrasco Andrea, “Luchando por VIHsibilidad durante la pandemia del COVID-19: panorama actual de las personas venezolanas seropositivas en nuestro país”, en *Instituto de Democracia y Derechos Humanos*, Lima, 2020. <<https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/luchando-por-vihsibilidad-durante-la-pandemia-del-covid-19-panorama-actual-de-las-personas-venezolanas-seropositivas-en-nuestro-pais/>>. Consultado el 27/01/21.

que son financiados a través del SIS²⁹⁴, el cual señala en su artículo 3 la inclusión al régimen subsidiado del SIS a poblaciones en situación de vulnerabilidad sanitaria (personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y aquellas con discapacidad severa), entendido como “*aquella situación asociada a una condición de salud, que denota desventaja especialmente grave, a nivel económico, educativo, social, entre otros; lo cual limita la capacidad de desarrollarse, resistir o sobreponerse ante una enfermedad, riesgo de enfermar o morir, y que requiere que el Estado realice un mayor esfuerzo para facilitar la participación con igualdad de oportunidades en la vida nacional y acceder a mejores condiciones de vida*”. Y a través de la “*Resolución Jefatural N.º 112-2020-SIS/GA²⁹⁵, Directiva administrativa que regula los procedimientos de afiliación al SIS*”, se dispone en el apartado 6.1.1.4 su afiliación regular al plan de seguro SIS subsidiado, sin requerir la clasificación socioeconómica del SISFOH.

Por lo que, respecto de las personas con VIH/SIDA, será la “*Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIESP*” del MINSA quien remita al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.

Cabe recalcar que antes de la existencia de esta norma uno de los principales problemas era la afiliación al SIS subsidiado, ya que solo se podía acceder siempre que se cumpliera con los requerimientos que este señala, como contar con una clasificación socioeconómica que lo catalogue en un grupo de pobreza o pobreza extrema. Este ha sido el mayor impedimento para que las personas que viven con VIH/SIDA puedan acceder a este seguro, lo que llevó

²⁹⁴ El Peruano, *Decreto Supremo N.º 002-2020-SA, “Decreto Supremo que reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N.º 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del SIS*”, 2020. <<<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-reglamenta-la-prime-ra-disposicion-comple-decreto-supremo-n-002-2020-sa-1847046-1/>>>. Consultado el 27/01/21.

²⁹⁵ SPIJ, *Resolución Jefatural N.º 112-2020-SIS/GA, “Directiva administrativa que regula los procedimientos de afiliación al SIS*”, 2020. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 28/01/21.

a que muchos tengan que costear los gastos del tratamiento, endeudándose para poder vivir.

Si bien esta norma representa un gran logro para las personas que viven con VIH/SIDA en el Perú, aún quedan muchas dudas y problemas por resolver, como por ejemplo respecto de si también es aplicable para las personas extranjeras, con esto hacemos referencia a los solicitantes que viven con VIH/SIDA de nacionalidad venezolana que han llegado al Perú, que como se ha explicado en anteriores capítulos se encuentran expuestos a una situación de vulnerabilidad muy compleja, así como a problemas de discriminación, problemas operacionales, entre otros.

El Estado peruano a lo largo de estos últimos años ha venido trabajando en la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA; sin embargo, existen aún muchas otras necesidades que no tienen soluciones, y se han visto afectadas con la aparición de la pandemia por la enfermedad COVID-19. Por ello se requiere de una mayor participación de distintas instancias intergubernamentales que trabajen en lograr una respuesta multisectorial, a través de la cual puedan establecerse políticas nacionales que sean efectivas brindando soluciones y respuestas.

CAPÍTULO VI: LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD PARA LOS SOLICITANTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA DE NACIONALIDAD VENEZOLANA EN EL PERÚ

1. CONTEXTO ACTUAL

Para poder abordar esta problemática, ha sido necesario conocer y desarrollar todos los apartados anteriores, ya que establecer la situación de movilidad humana actual en el mundo permite entender mejor la situación por la que atraviesa la población venezolana, pudiendo diferenciar entre quienes son migrantes y refugiados; así como de la identificación del grupo vulnerable conformado por los solicitantes. Asimismo, hemos analizado la figura del refugio en nuestro país y en qué situación se encuentra actualmente, debido a la alta demanda de las solicitudes de refugio durante los años 2017, 2018 y 2019, y un sistema prácticamente colapsado.

Por ello la presente investigación se ha enfocado en una población que huye de su país buscando refugio en el nuestro y que además padece de una enfermedad que puede ser mortal, y que, si bien ya es un grupo en situación de vulnerabilidad, este incrementa cuando la vida y la salud están en riesgo; además, de que el reconocimiento de su estatus jurídico se encuentra en proceso de evaluación, por lo que no son ni migrantes ni refugiados reconocidos por el país de acogida.

El gobierno venezolano no ha brindado información respecto de los principales problemas de salud, la tasa de mortalidad y otras informaciones esenciales para conocer el estado de la protección del derecho a la salud en Venezuela, incumpliendo con su obligación de proteger y garantizar el derecho a la salud²⁹⁶.

Toda esta situación desencadenó la realización de protestas para exigir la protección de sus derechos, durante el año 2018 fueron 12 mil 715 protestas realizadas en todo el país, de las cuales más de 2 mil 700 fueron para exigir la

²⁹⁶ ACNUDH, *Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin...*,49.

protección de la salud (médicos, enfermeras, trabajadores, administrativos, pacientes y otros se unieron para solicitar mejores condiciones)²⁹⁷. Para el 2020 se realizaron 8 mil 193 exigencias para la mejora de servicios básicos, reivindicaciones laborales, acceso a la salud, alimentación y rechazo a la crisis de gasolina²⁹⁸.

Todos estos factores son los que han obligado, a la población que vivía con VIH/SIDA en Venezuela, a buscar ayuda en otros países; siendo el desabastecimiento del tratamiento para la enfermedad el factor más importante. Para la ACNUDH²⁹⁹, Venezuela sufre de una profunda crisis sanitaria que ha desembocado en el colapso de su sistema de atención, en consecuencia, ha generado la violación masiva del derecho a la salud. Para llegar a esta conclusión, se determinó, que el problema devenía de un largo proceso provocado por diversos factores como el recorte de la inversión pública en salud, la dependencia de importaciones de medicamentos y equipos médicos que limitó la productividad nacional, la falta de personal médico y técnico, inadecuadas instalaciones hospitalarias, escasez de medicamentos y suministros médicos, el recorte de los servicios de electricidad y agua, y otros.

Así también el “Grupo de Lima”³⁰⁰ en distintas declaraciones ha señalado la existencia de una violación sistemática y masiva de los derechos humanos en Venezuela, al igual que la OEA³⁰¹, la CIDH³⁰² y la ONU. La mayoría de las

²⁹⁷ OVCS, *Situación de la conflictividad en el sector salud en Venezuela – 2018, 2019*, 27-34. <<<https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/situacion-de-la-conflictividad-en-el-sector-salud-en-venezuela-2018-2>>>. Consultado el 28/02/21.

²⁹⁸ OVCS, *Conflictividad social en Venezuela en 2020*, 2021. <<<https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/destacado/informe-anual-situacion-de-la-conflictividad-en-venezuela-en-2020>>>. Consultado el 28/02/21.

²⁹⁹ ACNUDH, *Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin...*, 43-50.

³⁰⁰ Grupo de Lima, *Declaraciones Conjuntas del Grupo de Lima*. <<<https://www.perueoa.org/etiqueta/declaracion-conjunta/>>>. Consultado el 28/02/21.

³⁰¹ OEA, *Informe del Grupo de Trabajo de la Organización de los Estados Americanos para abordar la crisis de migrantes y refugiados venezolanos en la región*, 2019, 28-30. <<<http://www.oas.org/documents/spa/press/OEA-informe-migrantes-venezolanos-espanol.pdf>>>. Consultado el 28/02/21.

³⁰² CIDH, *Resolución 2/18: Migración Forzada de Personas Venezolanas*, 2018, 1. <<<https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/048.asp>>>. Consultado el 28/01/21.

organizaciones internacionales, como la ACNUR, han hecho un llamado para que los países que reconocen la *“Declaración de Cartagena”* la puedan aplicar.

Sin embargo, muchos países han actuado ejerciendo un doble discurso, pues a pesar de que reconocen y denuncian las violaciones masivas de derechos humanos en Venezuela no han aplicado la definición de la *“Declaración de Cartagena”* para reconocer el refugio a quienes lo solicitan, posiblemente en el marco de tres razones: primero *“por la falta de experiencia y capacidades... los países principales de acogida son países con poca o nula experiencia en la recepción de migrantes y refugiados, que si bien han tenido leyes benevolentes en materia de asilo y migración nunca habrían tenido que aplicarlas a un gran número de personas”*, segundo porque *“implicaría reconocer un gran número de personas como refugiadas...y el costo político de esta aplicación en países con mercados laborales informales y estados de bienestar precarios es muy alto”* y tercero *“el temor de atraer aún a más personas venezolanas en caso de aplicar la definición ampliada, conocido como el efecto llamada”*³⁰³.

Para fines de esta investigación ha sido necesario poder analizar el marco de reconocimiento del refugio, conforme a la *“Declaración de Cartagena”*, para la población venezolana; sin embargo, no se profundizará respecto del debate de si se debe aplicar o no en nuestro contexto.

1.1. TRATAMIENTO NACIONAL DE LOS SOLICITANTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA DE NACIONALIDAD VENEZOLANA

Tal como se ha venido analizando en capítulos anteriores, la situación de movilidad humana por la que el Perú viene atravesando, en los últimos años, fue algo inesperado, por lo que las medidas tomadas para brindar soluciones a las diferentes problemáticas fueron realizadas conforme a como esta se

³⁰³ Berganza Isabel, Freier Feline y Blouin Cécile, “La aplicación de la definición ampliada de Cartagena al éxodo de personas venezolanas en América Latina”, en *Revista Ideele*, N.º 291, 2020. <<<https://www.revistaideele.com/2020/05/06/la-aplicacion-de-la-definicion-ampliada-de-cartagena-al-exodo-de-personas-venezolanas-en-america-latina/>>>. Consultado el 05/03/21.

desarrollaba, a través de la formulación de nuevas normas y la adecuación de la normativa vigente.

Tras la llegada de los migrantes y los refugiados sucedieron varios hechos que llevaron a tratar la situación de manera distinta. Los primeros grupos que llegaban al Perú optaban por la solicitud de la condición de refugio; tras la apertura de mayores facilidades el PTP fue una buena opción para evitar una mayor saturación del ya colapsado sistema de refugio, y posterior al término de la entrega de este permiso se optó nuevamente por la solicitud de la condición de refugio, la condición de turista o la irregularidad.

Los que llegaron con la esperanza de conseguir refugio en el país se veían inmersos en situaciones que imposibilitaban y afectaban aún más su estancia en el país, ya sea por desconocimiento del proceso a seguir para ser refugiado, la falta de capacidad económica y documentación que acreditara y apoyara su solicitud o porque eran disuadidos de no optar por esta condición. Incluso quienes habían podido ingresar sus pedidos para ser reconocidos como refugiados tenían problemas en sus trámites, primero porque el Perú optó por no aplicar la definición sobre refugiados señalada en la *“Declaración de Cartagena”* y segundo, por el colapso del sistema de refugio, referido al lento proceso de evaluación, la falta de personal, infraestructura, escasa interconectividad de la información entre las instituciones, etc.

Las personas que llegaron al Perú solicitando refugio consideraban que sus derechos humanos habían sido vulnerados en su país, sin embargo el sistema no reconoció el concepto recogido en la *“Declaración de Cartagena”* (violación masiva de derechos humanos) y solo se basó en la *“Convención de 1951”* para brindar protección internacional de refugio; quienes presentaron su solicitud tenían que esperar un largo proceso, y mientras tanto eran solo solicitantes con permiso para trabajar y estar en el país, limitados para poder ejercer otros derechos.

Muchos de estos solicitantes eran justamente personas que habían sido diagnosticadas con VIH/SIDA en Venezuela, y otros, que ya recibían

tratamiento, pero que debido a la crisis en la salud ya no podían acceder a este. Al llegar al Perú solicitaban la condición de refugiado por la vulnerabilidad en la que se encontraba su vida, pero debido al colapso del sistema se quedaban en un limbo de espera sin poder acceder a los servicios de salud para recibir su tratamiento o las evaluaciones médicas por ser aún solicitantes, que como ya se explicó en capítulos anteriores, esta condición no garantiza el acceso al sistema de salud en el Perú, principalmente al público.

La respuesta que el Estado propuso para esta situación fue facilitar el CE para quienes pudieran acreditar que vivían con VIH, dada la gravedad de la vulnerabilidad que presentaban; cabe recalcar que para acceder al sistema público de salud en caso de extranjeros es necesario contar con este documento de identificación.

Para ello Migraciones creó el “*Equipo de Trabajo de Integración Migratoria*” en el año 2018, mediante “*Resolución de Superintendencia N.º 117-2018*”³⁰⁴, cuyo objetivo es promover la integración de la población migrante en situación de vulnerabilidad, protegiendo su dignidad y derechos fundamentales. Por lo que, mediante la “*Directiva E01.PM.DI.002*”³⁰⁵ se creó el “*Equipo Técnico de Integración Migratoria*” encargado de brindar apoyo al “*Equipo de Trabajo de Integración Migratoria*”, principalmente para realizar la evaluación y declarar la situación de vulnerabilidad (extranjeros que se encuentren en situación de desprotección o riesgo de no poder acceder al ejercicio pleno de sus derechos fundamentales en el país) o extrema vulnerabilidad (extranjeros cuya vida o integridad corran peligro) de las personas extranjeras.

Los grupos en situación de vulnerabilidad se encuentran señalados en el artículo 227 del reglamento del “*Decreto Legislativo N.º 1350*” siendo integrado por “a) *Víctimas de violencia familiar y sexual*, b) *Víctimas de trata*

³⁰⁴ Superintendencia Nacional de Migraciones, *Resolución de Superintendencia N.º 117-2018*, 2018. <<<https://www.migraciones.gob.pe/Normativa%20Interna/Resoluciones%20de%20Superintendencia/2018/RS117-2018.pdf?csrt=3213612622913716796>>>. Consultado el 05/03/21.

³⁰⁵ Superintendencia Nacional de Migraciones, *Directiva E01.PM.DI.002, Acreditación de personas extranjeras en situación de vulnerabilidad*, 2019. <<<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1500401/E01.PM.DI.002.2019.pdf>>>. Consultado el 05/03/21.

de personas y tráfico ilícito de migrantes, c) Situación migratoria irregular, d) Sustracción internacional de niñas, niños y adolescentes, e) Personas privadas de la libertad, f) Personas con discapacidad, g) Niñas, niños y adolescentes, h) Personas con grave enfermedad, i) Adultos mayores, j) Personas pertenecientes a pueblos indígenas y tribales, k) Personas en situación de pobreza y extrema pobreza, l) Desplazados forzados, m) Personas que sufren discriminación, n) Niñas, niños y adolescentes no acompañados, o) Mujeres embarazadas, p) Población LGTBI y q) Otros que requieren protección en atención a una afectación o grave amenaza a sus derechos fundamentales”³⁰⁶.

Para el inicio del proceso que permitiría acreditar la situación de vulnerabilidad se debía presentar una solicitud y los medios probatorios necesarios, y una vez realizado el proceso y la debida evaluación se emitía un informe técnico en el que se señalaba el “*grado de la situación de vulnerabilidad*”, “*la no acreditación de la situación de vulnerabilidad*” o un “*informe técnico de archivo final del caso*”. Si el informe técnico era positivo contenía recomendaciones para los órganos o unidades de Migraciones, con la intención de que puedan brindar medidas de protección, permisos de residencia o incluso en casos de extrema situación de vulnerabilidad la posibilidad de otorgársele la Calidad Migratoria Especial Residente.

La Calidad Migratoria Especial por condición de vulnerabilidad es otorgada de manera excepcional y permite a la persona estar en el país de manera regular, con la finalidad de que pueda superar la situación que lo coloca en situación de vulnerabilidad, siendo una calidad migratoria temporal³⁰⁷.

Las personas que han optado por esta Calidad Migratoria Especial en su mayoría han sido quienes viven con VIH (26%), seguido de quienes padecen

³⁰⁶ Superintendencia Nacional de Migraciones, *Ley y Reglamento de migraciones...*,194-195.

³⁰⁷ Superintendencia Nacional de Migraciones, *Ley y Reglamento de migraciones...*, 198.

neoplasia maligna (11%), nefropatía (8%), traumatismo (5%), cardiopatía (4%), entre otras³⁰⁸.

Para la realización del trámite, en lo que respecta a la población venezolana con VIH/SIDA, debían probar que la persona padecía de VIH/SIDA, por lo que debía *“acercarse a un hospital, sacar una cita, pedir un informe médico que acredite su condición, llevarlo a migraciones donde el informe será validado con la Dirección de Prevención y Control del VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH), quien debe encargarse de determinar su veracidad. La duración del proceso es variable (según lo que tome cada paso). El trámite cuesta alrededor de 50 soles, más los gastos realizados en los servicios de salud”*³⁰⁹. Además, debía acreditar su situación de pobreza o pobreza extrema³¹⁰.

Sin embargo, el proceso antes descrito era fácil en teoría más no en la práctica, ya que los únicos informes válidos serían los emitidos por el MINSA, esto debido al trabajo de colaboración directa entre el MINSA y Migraciones, así como para evitar cualquier documentación falsa. Esta situación se dio debido a ciertos problemas de filtración en el sistema de afiliación al SIS, por lo que se impuso una normativa aún más restrictiva para proteger el sistema³¹¹.

Además, los problemas radicaban en la falta de solvencia económica para correr con los gastos que implicaba el trámite (ya que debido a la situación de su país y lo invertido en su viaje muchos llegaban en una precaria situación económica e incluso imposibilitados para trabajar debido a las consecuencias en su salud por la enfermedad) y los plazos que tenían que esperar, debido a

³⁰⁸ Berganza Isabel, Solórzano Ximena, “Límites y retos del Estado: Procesos de integración de la comunidad venezolana en Perú”, Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Lutheran World Relief, Asociación Encuentros - Servicio Jesuita para la Solidaridad, Lima, 2019, 60-61.

³⁰⁹ Silva Antonio, “Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú” ...,14.

³¹⁰ Clínica Jurídica Pedro Arrupe S.J., Encuentros Servicio Jesuita de la Solidaridad, ACNUR, *Manual para la orientación legal a personas solicitantes de la condición de refugiado, refugiadas y migrantes en Perú...*, 29.

³¹¹ Silva Antonio, “Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú” ...,14.

la saturación del sistema, ya sea para la emisión del informe técnico o el inicio de su proceso de evaluación, pues si se encontraban en provincia las solicitudes debían remitirse a la oficina en la ciudad de Lima³¹². Por ello, muchos desistían de iniciar un nuevo trámite y decidían arriesgarse a esperar la respuesta de su pedido de ser reconocidos como refugiados.

Esta solución migratoria permitió que varias personas accedan al CE; pero a pesar de ello se presentaban otros problemas, pues la obtención del documento no garantizaba el acceso inmediato ni directo al SIS. Una vez resuelto el tema documental tenían dos opciones para acceder a los servicios de salud: primero, a través del SIS Independiente (pagando una determinada suma de dinero) y segundo, el SIS subsidiado (brinda atención gratuita); pero debido a la situación antes planteada, era preferible que pudieran acceder al SIS subsidiado. Ahora bien, como ya se ha explicado en capítulos anteriores, para acceder a este servicio era necesario contar con una evaluación del SISFOH que categorice a la persona como pobre o pobre extremo, y al ser un proceso más complicado muy pocos lograron acceder a este.

El proceso de clasificación socioeconómica en el Perú siempre ha estado envuelto en controversia, ya que se ha argumentado ciertos criterios arbitrarios que dejan de lado a personas que verdaderamente requieren de este seguro. Este contexto ha llevado a que las personas tengan que solventar la enfermedad, viéndose obligados a pagar los diversos exámenes para obtener el diagnóstico, así como los exámenes complementarios para determinar el estado de salud en relación con enfermedades infecciosas. Las personas que han podido costearlas están endeudadas, y los que no simplemente no reciben el tratamiento.

³¹² Grupo de Movilidad Humana Perú, Comisión Episcopal de Acción Social, Clínica Jurídica para Migrantes y Refugiados, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la PUCP, *Informe Alternativo al Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares – Perú, 2020*, 40-41. <<<https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wpcontent/uploads/2020/12/21213437/Versi%C3%B3n-Digital-Informe-alternativo-diagramado.pdf>>>. Consultado el 05/03/21.

Por ello, las principales barreras que se identificaron son las mismas que afectan a los peruanos que viven con VIH/SIDA: el primero, es el gasto de bolsillo que implican los requisitos previos al inicio del tratamiento, los costos pueden variar en un rango entre de 350 y 800 soles, solo en atención médica³¹³; el segundo, lo difícil del sistema de afiliación al SIS subsidiado; el tercero, la desigualdad en la aplicación de las normas técnicas para pacientes con VIH/SIDA por los establecimientos de salud, donde algunos priorizan el ingreso directo de personas que han interrumpido el tratamiento, mientras que otros exigen un diagnóstico nuevo; el cuarto, la necesidad de una previa atención de otros servicios para acceder al tratamiento; el quinto, el estigma y la discriminación a través de discursos que plantean competencia en el acceso a la salud entre venezolanos y peruanos; y el sexto, la percepción como una amenaza sanitaria³¹⁴. Se ha podido advertir además un trato desigual entre la población peruana y venezolana por parte de los prestadores de servicio, incluso algunos sufrieron rechazo para ser atendidos por servicios de emergencia cuando este servicio sí se encuentra garantizado a toda persona independientemente de su status en el país³¹⁵.

En vista de todos estos problemas la principal línea de ayuda en el Perú ha sido la sociedad civil y el activismo, nos referimos a la ONGs, quienes empezaron a recibir comunicaciones de personas que querían informarse respecto del acceso al sistema de salud peruano y al TAR. Muchas de estas ONGs realizaron actividades de acompañamiento, ya sea para acceder al TAR, coordinaciones en centros hospitalarios para reducir las trabas burocráticas, apoyo económico para reducir los gastos de bolsillo, entre otros; sin embargo, su capacidad de respuesta se vio sobrepasada debido a alta demanda de atención³¹⁶.

³¹³ Jáuregui Ariana, "Mitos y verdades sobre las personas venezolanas con VIH: entrevista a Julio Rondinel, coordinador regional de ForoSalud", en *Instituto de Democracia y Derechos Humanos*, Lima, 2019. <<<https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/mitos-y-verdades-sobre-las-personas-venezolanas-con-vih-en-el-peru-entrevista-a-julio-rondinel/>>>. Consulta el 05/03/21.

³¹⁴ Silva Antonio, "Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú" ...,18 - 21.

³¹⁵ Banco Mundial, "Una oportunidad para todos: Los migrantes y refugiados venezolanos y el desarrollo del Perú", Primera Edición, Lima, 2019,141.

³¹⁶ Silva Antonio, "Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú" ...,11- 12.

En el Perú, a diciembre del 2018, 1338 personas venezolanas que viven con VIH tuvieron acceso al TAR; el 90% eran atendidos en centros de salud de Lima y Callao³¹⁷. Sin embargo, a pesar de que es una población muy reducida y su integración no representa mayores problemas, el principal problema es que ingresan a un sistema de salud cuya sobrecarga está presente desde hace mucho tiempo atrás, con ello nos referimos al déficit preexistente en la prestación de servicios y el problema que puede representar la inclusión de una población adicional.

Hasta marzo del 2019 se registraron 16 muertes de personas de nacionalidad venezolana que vivían con VIH en el Perú, debido a la falta de atención médica y acceso al sistema público de salud peruano, si bien muchos de ellos se encontraban en una situación avanzada de la enfermedad estas muertes pudieron ser evitables si eran atendidos a tiempo³¹⁸.

El 28% de la población venezolana que llegaba al país padecía problemas de salud, de esta población aproximadamente 58 mil venezolanos buscaron atención en centros médicos; sin embargo, ello era desproporcional a la cantidad de población migrante y solicitante en el país, por lo que de por si los factores antes descritos tuvieron que incidir en la búsqueda de acceso a los servicios de salud³¹⁹.

Si bien para el año 2020 se aprobó el “*Decreto Supremo N.º 002-2020-SA*”, el cual señala en su artículo 3 la inclusión al régimen subsidiado del SIS a poblaciones en situación de vulnerabilidad sanitaria (personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y aquellas con discapacidad severa), siendo un logro para las personas que viven con VIH/SIDA residentes en el Perú, aún quedan vacíos legales por resolver respecto de si los no nacionales también podrán acceder a este aseguramiento y cómo sería el proceso, ya que además depende de si están o no en la base de datos de la “*Dirección de Prevención*”

³¹⁷ *Ibidem*, 15.

³¹⁸ *Ibidem*, 10.

³¹⁹ Banco Mundial, “Una oportunidad para todos: Los migrantes y refugiados venezolanos y el desarrollo del Perú” ...,138.

y *Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis*”, pues son quienes se encargaran de la afiliación; asimismo la falta de interconexión entre las normas de salud, sean técnicas o de guía, de Migraciones y el MRE crean problemas acerca de los procedimientos a seguir, ya que mientras unas proponen soluciones otras aún presentan problemas. Y a pesar de la inclusión de esta nueva normativa existe aún la barrera documental que restringe el acceso únicamente para residentes, es decir para quienes poseen el CE y no se hace mención a quienes aún no han podido alcanzar esta condición en el país, como los solicitantes, lo que condiciona aún más su acceso a los servicios de salud.

Desde esta perspectiva, el Perú ha venido realizando mayores esfuerzos en implementar soluciones migratorias que de protección, ello ha evidenciado la falta de respuesta por parte del sistema de refugio y la falta de intención de brindar soluciones en el marco del derecho internacional del refugio; pues se ha invertido más en mecanismos alternativos y nuevas soluciones en vez de reforzar el sistema de refugio, enfocándose en un mejor proceso que permita identificar adecuadamente a aquella población que de verdad necesita de protección internacional en el marco del reconocimiento legal que se le ha dado a la *“Declaración de Cartagena”*.

Como se ha señalado, la movilidad humana de la población venezolana es de flujo mixto, por lo que no todos pueden ser considerados refugiados; por ello se debería considerar mejorar el proceso de identificación de quienes sí lo requieren, permitiendo que puedan desde el momento en que solicitan refugio acceder a los servicios médicos a través de la inclusión del carné de solicitante de la condición de refugiado como un documento válido para el SIS subsidiado, garantizando su derecho humano y fundamental a la salud, y que posteriormente al reconocérsele la calidad de refugiado pueda regularizar su afiliación con el CE.

El que se posibilite el acceso a la salud para los solicitantes, a través del sistema público, beneficiaría no solo a quienes requieren de dichos servicios sino también al Estado peruano en su plan de cumplir con las normas

internacionales y los estándares en relación con el derecho internacional del refugio y la lucha contra el VIH/SIDA; por lo que insertar a este primer grupo conformado por personas que viven con VIH/SIDA y solicitantes implica un gran avance para que en un futuro se pueda introducir a los solicitantes en general a una garantía efectiva de la protección de su derecho a la salud.

Si bien los peruanos tienen dificultades de acceso a los servicios de salud, ello no debe ser excusa para limitar la protección del derecho a la salud de este grupo en situación de vulnerabilidad, pues los solicitantes de nacionalidad venezolana sufren aún más los múltiples problemas que se detectan en el sistema de salud;

1.2. COOPERACIÓN INTERNACIONAL

A nivel regional se implementó el denominado “Proceso de Quito”, una iniciativa emprendida por parte del gobierno ecuatoriano en el año 2018 con el apoyo de la ACNUR y la OIM, el cual contó con la participación de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay. En ese contexto se adoptó la “Declaración de Quito sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región”³²⁰, que reafirma los esfuerzos para seguir trabajando de manera individual y colectiva para proveer la asistencia humanitaria, regularización migratoria, así como el acceso a los servicios públicos de salud y educación, entre otros, a los migrantes y refugiados venezolanos.

Además, se establece el “Plan de Acción del Proceso de Quito para la Atención a los Nacionales Venezolanos en Movilidad Humana en la Región”³²¹ durante la reunión sostenida los días 22 y 23 de noviembre del 2018, en el

³²⁰ “La Declaración de Quito sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos en la Región se dio durante la reunión de los días 3 y 4 de setiembre de 2018, en la ciudad de Quito, Ecuador; fue firmado por Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay”. <<<https://data2.unhcr.org/es/documents/details/68100>>>. Consultado el 05/03/21.

³²¹ “El Plan de Acción del Proceso de Quito para la Atención a los Nacionales Venezolanos en Movilidad Humana en la Región fue suscrito por Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay”. <<[file:///C:/Users/USER/Downloads/Plan%20de%20Accion%20Quito%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/Plan%20de%20Accion%20Quito%20(1).pdf)>>. Consultado el 05/03/21.

que se hace un llamado a seguir fortaleciendo las iniciativas respecto de la migración, así como la inserción económica y social de la población venezolana, entre otros. Asimismo, durante la “*Tercera Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*”³²², celebrada los días 8 y 9 de abril del 2019, se hace referencia a la necesaria atención de las personas en situación de vulnerabilidad principalmente con asistencia humanitaria en salud.

La “*Cuarta Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*”³²³ se desarrolló el 4 y 5 de julio de 2019, ONUSIDA y la OPS presentaron una propuesta “*cuyo principal objetivo es garantizar tratamiento antirretroviral, acelerando la transición al TLD (tenofovir, lamivudina y dolutegravir), a todas las personas migrantes y refugiadas que viven con VIH, independiente de su estatus migratorio*”³²⁴, el cual fue incluido en la Hoja de Ruta del Capítulo de Buenos Aires³²⁵; ello también se recalca en la “*Quinta Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*”³²⁶, celebrada el 14 y 15 de noviembre de 2019, y en la “*Sexta Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*”³²⁷, celebrada el 23 y 24 de setiembre del 2020, en la que se señala la realización de un formulario elaborado por ONUSIDA que permita recoger información respecto de la situación sobre VIH/SIDA en la región a través de las autoridades nacionales de cada país.

³²² Proceso de Quito, *Tercera Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*, 2019. <<<https://procesodequito.org/es/declaraciones>>>. Consultado el 05/03/21.

³²³ Proceso de Quito, *Cuarta Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*, 2019. <<<https://procesodequito.org/es/declaraciones>>>. Consultado el 05/03/21.

³²⁴ ONUSIDA, *Respuesta de ONUSIDA ante el flujo de Refugiados y Migrantes de Venezuela en América Latina y el Caribe*, 2019, 5. <<<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/70536.pdf>>>. Consultado el 05/03/21.

³²⁵ Proceso de Quito, *Hoja de Ruta del Capítulo de Buenos Aires*, 2019. <<<https://r4v.info/en/documents/details/70301>>>. Consultado el 06/03/21.

³²⁶ Proceso de Quito, *Quinta Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*, 2019. <<<https://procesodequito.org/es/declaraciones>>>. Consultado el 05/03/21.

³²⁷ Proceso de Quito, *Sexta Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*, 2020. <<<https://procesodequito.org/es/declaraciones>>>. Consultado el 05/03/21.

Así también, la ACNUR y la OIM han sido los primeros en liderar y coordinar la respuesta en la región a través de la “*Plataforma Regional de Coordinación Interagencial*”³²⁸ el cual tiene como participantes a más de 40 entidades, entre ellos agencias de la ONU, ONGs Nacionales, ONGs Internacionales, a la sociedad civil, organizaciones religiosas, la Cruz Roja, entre otros.

Asimismo, a través de la “*Plataforma Regional*” se ha venido desarrollando documentos de trabajo como el “*Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes cuya finalidad es apoyar y complementar la labor de las autoridades nacionales en América Latina y el Caribe*”; los planes regionales son trabajados de manera anticipada, conforme a la información que se tiene de las evaluaciones conjuntas realizadas por los socios de la “*Plataforma Regional*”, desde el ámbito nacional y regional, con participación de los gobiernos, la sociedad civil y la población afectada.

El “*Primer Plan Regional*” fue presentado el año 2019, su meta fue reunir cerca de 738 millones de dólares para responder a las urgencias devenidas de la movilidad humana venezolana enfocada en la protección, la asistencia de emergencia directa, la integración cultural y socioeconómica, y el fortalecimiento de capacidades de los gobiernos de acogida; destacando además como prioridades el apoyo para mejorar el acceso a los servicios públicos, la prestación de asistencia de emergencia y servicios básicos, fortalecimiento del acceso al territorio, registro y documentación, la protección para personas en riesgo o con necesidades específicas como las personas que viven con VIH, entre otras³²⁹.

El “*Segundo Plan Regional*” se presentó el año 2020 siendo su requerimiento económico de 1.350 millones de dólares para afrontar los diversos problemas y necesidades a los que se enfrentan las personas migrantes, solicitantes y

³²⁸ Portal Operacional-Situaciones de Refugiados y Migrantes, *R4V - Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela*.

³²⁹ Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, *Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes cuya finalidad es apoyar y complementar la labor de las autoridades nacionales en América Latina y el Caribe, enero - diciembre 2019*, 2018. <<<https://reliefweb.int/report/colombia/plan-regional-de-respuesta-para-refugiados-y-migrantes-para-las-personas-refugiadas>>>. Consultado el 05/03/21.

refugiadas de nacionalidad venezolana, como educación, seguridad alimentaria, salud, transporte, alojamiento, integración, intervenciones mediante ayuda en efectivo, entre otros³³⁰.

Y, el *“Tercer Plan Regional”* presentado este año plantea un requerimiento económico de 1.44 billones de dólares en conformidad con una población meta de más de 3 millones de migrantes, solicitantes y refugiados, con la finalidad de brindar soluciones a los problemas ya señalados en el párrafo anterior aunado a los producidos por la pandemia del COVID-19³³¹.

El *“Proceso de Quito”* y la *“Plataforma Regional”* tienen efectos favorables para poder plantear soluciones integradas y compartidas por parte de los Estados, además ha permitido identificar la importancia del reconocimiento del derecho a la salud de las personas y más aún de aquellos en situación de vulnerabilidad que viven con VIH/SIDA.

Respecto de este grupo en especial es la oficina regional de ONUSIDA quien ha brindado soluciones apoyando diversas iniciativas, respecto de su trabajo a nivel regional se destaca su participación en la *“Plataforma Regional”* contribuyendo con los análisis que permiten una adecuada planificación para brindar una atención adecuada de las personas migrantes, solicitantes y refugiadas de nacionalidad venezolana con VIH/SIDA.

Así también ha trabajado dentro de Venezuela a través de su Oficina País, facilitando donaciones de terapia antirretroviral y apoyando a ONGs para hacer el seguimiento de la entrega de estos medicamentos; así también junto a la OPS desarrollaron el *“Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en Venezuela desde una perspectiva de salud pública”* que se implementó desde el año 2018 hasta el presente año

³³⁰ Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, *RMRP para Refugiados y Migrantes de Venezuela, enero - diciembre 2020*, 2019. <<<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/74747.pdf>>>. Consultado el 06/03/21.

³³¹ Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, *RMRP 2021 - Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes, enero - diciembre 2021*, 2020. <<<https://reliefweb.int/report/world/rmrp-2021-plan-regional-de-respuesta-para-refugiados-y-migrantes-enero-diciembre-2021>>>. Consultado el 05/03/21.

con la finalidad de garantizar la prevención, los medicamentos, los exámenes de laboratorio y otros, para personas que viven con VIH/SIDA³³².

En el caso de la Oficina País de Perú se conformó la *“Mesa de Trabajo sobre Migración y VIH, liderada por la Dirección Ejecutiva de ITS y VIH de la Dirección de Intervenciones Estratégicas del MINSA”*, la cual ha realizado publicaciones respecto de la situación de los migrantes y refugiados que viven con VIH/SIDA en Perú, así como la *“Guía informativa para personas extranjeras viviendo con VIH en el Perú”*³³³.

Por consiguiente, sin duda alguna la cooperación internacional ha sido necesaria para poder satisfacer las necesidades de los migrantes, refugiados y solicitantes. Los costos que se han tenido que afrontar son enormes, por lo que no solo los países de destino deben brindar apoyo, sino que la responsabilidad debe ser compartida con la comunidad internacional. No obstante, el principal problema es que muchas de las donaciones realizadas no ayudan a cubrir en su totalidad las necesidades originadas por la movilidad de personas de nacionalidad venezolana (las necesidades humanitarias y de protección), debido a que la ayuda financiera ha sido muy modesta³³⁴.

2. LOS SOLICITANTES CON VIH/SIDA DE NACIONALIDAD VENEZOLANA FRENTE A UNA NUEVA REALIDAD: PANDEMIA DEL COVID-19

El año 2020 sin duda alguna tuvo un inicio distinto a lo que se vivía en años anteriores, pues se detectaron casos de una nueva enfermedad provocada por un nuevo coronavirus *“la OMS nombró a la enfermedad COVID-19, abreviatura de enfermedad por coronavirus 2019 y el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus (ICTV) anunció coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARSCoV-2), como el nombre del nuevo virus que causa COVID-*

³³² ONUSIDA, *Respuesta de ONUSIDA ante el flujo de Refugiados y Migrantes de Venezuela en América Latina y el Caribe...*,7.

³³³ *Ibídem*, 8.

³³⁴ OEA, *Informe del Grupo de Trabajo de la Organización de los Estados Americanos para abordar la crisis de migrantes y refugiados venezolanos en la región...*,57- 62.

19”³³⁵. Asimismo, el 11 de marzo del 2020 se declaró a la enfermedad COVID-19 como pandemia.

Desde que se confirmaron los primeros casos hasta el 9 de marzo de 2021 se han reportado 116 millones 736 mil 437 personas infectadas y 2 millones 593 mil 285 muertes, a nivel mundial³³⁶; en la actualidad se presentan mayores riesgos debido a la presencia de mutaciones del virus que han producido nuevas variantes, así como nuevas olas de contagio.

El Perú no ha estado ajeno a esta situación, a partir del día 15 de marzo del 2020, mediante “*Decreto Supremo N.º 044-2020-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19*”³³⁷, se decretó el Estado de emergencia nacional y el aislamiento social obligatorio (cuarentena) por el plazo de 15 días calendario; sin embargo, el Estado de emergencia y la cuarentena se fueron ampliando durante varios meses más.

La cuarentena inicial fue muy restrictiva, debido a la necesidad de controlar la rápida expansión de la enfermedad en el país; como consecuencia de ello, se generaron ciertos problemas, como problemas económicos para el Estado, la población peruana y venezolana en general, así como problemas para el sistema de salud, que ya se encontraba colapsado, y otros. La pandemia logró afectar dos aspectos importantes de la vida de las personas, tanto para migrantes, refugiados y solicitantes de nacionalidad venezolana que se encuentran en el Perú, nos referimos a la salud y los aspectos sociales que los rodean.

Como se ha desarrollado en apartados anteriores, el acceso al sistema de salud por parte de los migrantes, refugiados y solicitantes en el Perú ha sido casi nulo;

³³⁵ OMS y OPS, *Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)*, OPS/OMS, Washington, D.C., 2021, 2. <<<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53381/EpiUpdate11March2021spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>>. Consultado el 14/03/21.

³³⁶ *Ibidem*, 1.

³³⁷ SPIJ, *Decreto Supremo N.º 044-2020-PCM, “Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19”*, 2020. <<<https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>>>. Consultado el 14/03/21.

y con la aparición de la pandemia la situación ha venido agravándose aún más, pues nuestro sistema ya resquebrajado no ha podido lidiar con esta dificultad. La mayoría de estas personas enfrentan los denominados gastos de bolsillo, es decir asumen por cuenta propia los gastos del acceso a servicios de salud; sin embargo, actualmente es casi difícil poder cubrir ese aspecto, ya que por la cuarentena se han visto imposibilitados de generar ingresos económicos, incluso para poder alimentarse.

A través del *“Decreto Legislativo N.º 1466, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el Sistema Nacional de Salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19”*³³⁸, se ha permitido, de manera excepcional y dada la emergencia, que los extranjeros que se encuentren en el territorio nacional se puedan atender en los servicios de salud presentando su pasaporte, CE, PTP, Carné de solicitante u otro documento con el que pueda acreditar su identidad; asimismo, se ha incluido la afiliación excepcional y temporal al régimen subsidiado del SIS *“a las personas peruanas y extranjeras, residentes o no, que se encuentren en el territorio nacional y que no cuenten con un seguro de salud, siempre que se encuentren con el diagnóstico o la sospecha de diagnóstico de coronavirus (COVID-19)”*, sin embargo dicha afiliación solo se mantiene hasta el alta definitiva del diagnóstico de coronavirus (COVID-19). A pesar de la existencia de esta normativa y los avances que representa en el reconocimiento del carné de solicitante para el acceso al sistema de salud, aun se vienen reportando quejas por falta de atención médica a la población venezolana con COVID-19³³⁹.

³³⁸ SPIJ, *Decreto Legislativo N.º 1466, “Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el Sistema Nacional de Salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19”*, 2020. <<http://spij.minjus.gob.pe/Normas/covid19/normas_rango_legal/decreto_legislativo_1466.pdf>>. Consultado el 14/03/21.

³³⁹ Defensoría del Pueblo, *“Personas Venezolanas en el Perú. Análisis de su situación antes y durante la crisis sanitaria generada por el Covid-19”* ..., 68.

En este nuevo contexto, los solicitantes que viven con VIH/SIDA continúan padeciendo los mismos problemas ya descritos, y si bien la atención para el COVID-19 está garantizada, no es lo mismo para la enfermedad con la que viven. Actualmente se viene denunciando el desabastecimiento de medicamentos que son otorgados a quienes se encuentran bajo el TAR, así como también la falta de atención y consultas médicas ambulatorias, todo ello enmarcado en la prioridad del Estado de su lucha contra el COVID- 19³⁴⁰. Estos problemas no solo lo padecen este grupo en situación de vulnerabilidad, sino que los mismos peruanos que viven con VIH/SIDA se ven desatendidos.

Por ello analizaremos los siguientes aspectos sociales que se han visto afectados por la pandemia:

a. Informalidad y despidos laborales. La incorporación de la población venezolana en el mercado laboral peruano se ha visto inmerso en la informalidad, hay quienes han logrado laborar en empresas, pero cerca del 89% no tiene contratos de trabajo³⁴¹, mientras que otros se han sumado a la informalidad de los vendedores ambulantes, transportistas informales, deliverys, entre otras actividades.

Las medidas de aislamiento social llevaron a que la mayoría de las actividades económicas sufran grandes pérdidas, por ello muchas empresas al ver sus ingresos económicos reducidos optaron por reducir su personal siendo principalmente afectados quienes no contaban con contratos de trabajo³⁴²; asimismo el aislamiento social impidió que aquellas personas que subsistían con las ganancias diarias no puedan salir a trabajar, debido a que ante el desacato eran

³⁴⁰ Rosas Augusto, “La batalla contra el olvido: un análisis de la situación actual de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo”, en *Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 2020. <<<https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/la-batalla-contra-el-olvido-un-analisis-de-la-situacion-actual-de-la-epidemia-del-vih-sida-en-el-mundo/>>>. Consultado el 14/03/21.

³⁴¹ BBVA Research, *Inmigración venezolana a Perú: características e impactos macroeconómicos*, 2019, 11. <<<https://www.bbva.com/publicaciones/inmigracion-venezolana-a-peru-ca-racteristicas-e-impactos-macroeconomicos/>>>. Consultado el 14/03/21.

³⁴² Defensoría del Pueblo, “Personas Venezolanas en el Perú. Análisis de su situación antes y durante la crisis sanitaria generada por el Covid-19” ..., 72.

detenidos o se les imponían multas. Por lo mismo muchos de ellos no contaban con recursos suficientes ni ahorros para poder solventar incluso gastos de alimentación, ya que antes de la pandemia la mayor parte de sus ingresos económicos los enviaban a familiares en Venezuela.

b. Desalojos y precariedad de viviendas. La situación económica generó el problema recurrente de la falta de dinero para poder pagar los alquileres, ya que la mayoría de la población venezolana reside en viviendas alquiladas. El que no pudieran pagar sus alquileres los puso en riesgo de ser desalojados, poniendo en riesgo su vida y salud por la posibilidad de estar en situación de calle; por ello la Defensoría del Pueblo señaló que recibió varios casos de personas venezolanas que habían sido intimidados con la suspensión de los servicios básicos, amenazas, retención de documentos e incluso actos de violencia para poder ser desalojados³⁴³.

La situación en los albergues de acogida era aún más complicada debido al hacinamiento de personas, la falta de recursos económicos para la compra de alimentos y medicamentos para quienes lo necesitaran.

c. Falta de regularización migratoria. Desde que se dio la inmovilización social y el Estado de emergencia en el país la autoridad migratoria ha emitido una serie de normas que han permitido atender diversas situaciones administrativas respecto de la situación migratoria de la población venezolana en el país, por ejemplo, se ampliaron plazos para la realización de trámites.

Sin embargo, no se tomó en cuenta a algunos grupos como los solicitantes, pues la CEPR a cargo del MRE suspendió la atención al público no sólo en Lima sino también en provincias, y ha sido así cada

³⁴³ *Ibíd.*, 75.

vez que se ha decretado aislamiento social y Estado de emergencia. Si bien esta situación no ha sido exclusiva de esta oficina, ya que debido a la situación diversas instituciones y oficinas públicas han cerrado, esto trajo consigo que no se pudiera presentar nuevas solicitudes de refugio, ni que se entreguen o renueven los carnés de solicitantes y que no se pudiera seguir con los procesos ya presentados, alargando aún más los plazos. A partir del 22 de junio del 2020 se retomó la recepción de solicitudes de forma virtual, pero este fue muy limitado, debido a que no todos podían acceder a una conexión de internet para iniciar el trámite³⁴⁴; sin embargo, en la actualidad no se pueden realizar solicitudes.

Además, el problema ya no sólo radica en los plazos o la documentación requerida, sino que ahora es mucho más complicado aún poder cubrir los costos que implican los trámites, pues como se señaló en párrafos anteriores solo han podido cubrir costos de alimentación.

d. Cierre de fronteras. Debido a la situación de la pandemia se ha previsto el cierre de fronteras terrestres y del espacio aéreo, lo que ha imposibilitado el ingreso de la población migrante y refugiada al país, ello ha generado un impacto negativo en el derecho a la solicitud de refugio, por lo que muchos al no poder ingresar al país ni regresar a su país de origen se quedan en situación de calle³⁴⁵.

Todos estos aspectos han influido de igual manera en la situación de la población migrante, refugiada y solicitante de nacionalidad venezolana; sin embargo, los solicitantes con VIH/SIDA al ser un grupo en mayor situación de vulnerabilidad se ven inmersos en situaciones más complicadas, pues su salud se ve más resquebrajada cuando no pueden solventarse económicamente ni acceder a un

³⁴⁴ Clínica Jurídica Pedro Arrupe S.J., Encuentros Servicio Jesuita de la Solidaridad, ACNUR, *Manual para la orientación legal a personas solicitantes de la condición de refugiado, refugiadas y migrantes en Perú...*, 60.

³⁴⁵ *Ibídem*, 56.

seguro de salud. Incluso si han podido acceder al tratamiento este no es adecuadamente proporcionado por el Estado debido a los problemas que el sistema de salud presenta, no solo para este grupo sino también para los mismos peruanos.

La crisis sanitaria producida por la COVID-19 y las medidas que se han impuesto para controlarla representan un desafío para las personas que viven con VIH/SIDA, tanto para su salud física y sobre todo mental, ya que, debido a la soledad, el aislamiento, el estigma y el rechazo se han visto más vulnerables a sufrir de depresión u otras enfermedades mentales³⁴⁶.

La ACNUDH, la OIM, la ACNUR y la OMS³⁴⁷ señalaron que ante la crisis generada por la COVID-19 existe una vulnerabilidad generalizada, por lo que es necesario que se haga uso de un enfoque inclusivo que garantice los derechos de todas las personas, principalmente refiriéndose a los migrantes y refugiados, permitiendo su acceso a los servicios de salud, lo que además ayuda con la salud pública del país para frenar la propagación del COVID-19.

Asimismo, la CIDH³⁴⁸ pide a los Estados proteger los derechos de la población desplazada, migrante y refugiada, indistintamente de su estatus migratorio frente a los efectos de la pandemia del COVID-19; así como el manejo conjunto de las medidas de contención sanitaria con la posibilidad de garantizar la protección de la salud de los solicitantes.

³⁴⁶ Paredes José, Navarro Rafaella, Cabrera Diego y otros, “Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 38, N.º 1, Instituto Nacional de Salud, Lima, 2021, 168-169. <<<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/6471>>>. Consultado el 14/03/21.

³⁴⁷ ACNUR, *Los derechos y la salud de las personas refugiadas, migrantes y apátridas deben protegerse en la respuesta al COVID-19*, Comunicado de prensa conjunto de ACNUDH, OIM, ACNUR y OMS, 2020. <<<https://www.acnur.org/es-mx/noticias/press/2020/3/5e83b3bf4/los-derechos-y-la-salud-de-las-personas>>>. Consultado el 14/03/21.

³⁴⁸ OEA, *La CIDH urge a los Estados proteger los derechos humanos de las personas migrantes, refugiadas y desplazadas frente a la pandemia del COVID-19*, Comunicado de prensa, 2020. <<<http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/077.asp>>>. Consultado el 14/03/21.

Así también, ONUSIDA³⁴⁹ recomienda, que a pesar de no haber evidencias que planteen que las personas que viven con VIH/SIDA tienen mayor riesgo de contraer COVID-19 o que en caso de contagiarse tengan menos posibilidades de superar la enfermedad, se deben tomar todas las precauciones necesarias que permitan incluir a todas las personas refugiadas y migrantes que vivan con VIH/SIDA dentro de las respuestas como una de las poblaciones más vulnerables, así como suministrar eficientemente el TAR.

3. RESPUESTAS A LA INSUFICIENCIA Y LA INEFICACIA PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS SOLICITANTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA DE NACIONALIDAD VENEZOLANA: LA TESIS

Como bien se ha señalado en el capítulo IV, la salud pública es un elemento importante de nuestro sistema de salud, por ello las medidas que se adopten en la lucha contra el VIH/SIDA tiene gran incidencia en la salud colectiva. Es importante generar medidas que permitan erradicar la enfermedad en el país, incluyendo a los grupos en situación de vulnerabilidad, sean nacionales o no, para beneficio de la sociedad, sin ser vistos como una amenaza sanitaria, permitiendo su integración como forma de ayuda a la intención global de erradicar la enfermedad en su totalidad.

Asimismo, es necesario que se pueda establecer una verdadera integración del solicitante de nacionalidad venezolana en el país, el cual debe realizarse garantizando y protegiendo los derechos de las personas, promoviendo la igualdad, la equidad, la inclusión, la integración y la seguridad nacional³⁵⁰. El problema de la integración afecta no solo al grupo antes señalado sino también a todos los migrantes, por lo que según lo ya analizado aún queda mucho por desarrollar para que se pueda implementar en las instituciones y la sociedad, no sólo una regulación efectiva, sino una verdadera integración. Con ello se plantea

³⁴⁹ ONUSIDA, *Recomendaciones para los Gobiernos con respecto a la atención de personas refugiadas y migrantes que viven VIH en el contexto de la pandemia de Covid-19*, 2020, 1-5. <<<https://data2.unhcr.org/en/documents/details/75130>>>. Consultado el 14/03/21.

³⁵⁰ MRE, *Decreto Supremo N.º 015-2017-RE, "Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional Migratoria 2017-2025"*, 2017, 28. <<<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11191.pdf>>>. Consultado el 14/03/21.

que las poblaciones en movilidad humana no son únicamente destinatarios de regulaciones (normas), sino que requieren que estas les permitan una adecuada integración a la sociedad en la que desean establecerse, sea temporal o definitivamente.

La percepción que se ha venido desarrollando en torno a la población venezolana ha generado problemas para su integración, por ejemplo el impedimento para acceder a servicios de salud, el trabajo informal por falta de documentación, hacinamiento habitacional, discriminación, entre otros; por lo que para poder conseguir una integración adecuada, evitando los conflictos y mejorando la calidad de vida, se requerirá de una serie de acciones (políticas públicas) que involucren a la sociedad y el Estado, lo que permitirá una mejor relación entre peruanos y venezolanos³⁵¹.

Sin embargo, es necesario señalar, que si bien existen brechas que dificultan una adecuada integración, también se reconoce que el Perú ha sido un país solidario permitiendo el ingreso de migrantes y refugiados, asimismo en la medida de las posibilidades ha ido implementando políticas que permiten una mejor acogida, como por ejemplo, que las mujeres embarazadas y menores de cinco años, a través del *“Decreto Legislativo N.º 1164, Decreto Legislativo que establece Disposiciones para la Extensión de la Cobertura Poblacional del Seguro Integral de Salud en Materia de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado”*³⁵², puedan sin importar su nacionalidad y su situación administrativa acceder al SIS subsidiado, facilitando la atención para este grupo de personas.

Por ello, a lo largo de la presente investigación, se ha venido recalando y haciendo énfasis en la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas de nacionalidad venezolana, sobre todo para quienes conforman el grupo en movilidad. Esta condiciones y factores de exclusión o discriminación

³⁵¹ Berganza Isabel, Solórzano Ximena, “Límites y retos del Estado: Procesos de integración de la comunidad venezolana en Perú” ...,106-111.

³⁵² SPIJ, *Decreto Legislativo N.º 1164, “Decreto Legislativo que establece Disposiciones para la Extensión de la Cobertura Poblacional del Seguro Integral de Salud en Materia de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado”*, 2013. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 14/03/21.

han sido creadas por el gobierno de su país, lo que ha repercutido en el bajo disfrute y protección de sus derechos humanos, orillándolos a vivir en situación de vulnerabilidad.

El grupo venezolano en movilidad se encuentra conformado por migrantes y refugiados; los migrantes son quienes decidieron salir de su país por razones primordialmente económicas y de forma voluntaria, mientras que los refugiados son aquellos que por riesgo a su vida y salud se han visto de manera forzada a buscar protección en otros países.

Por todo esto, la presente investigación se enfoca primordialmente en los refugiados, pues, de por sí viven en una situación de vulnerabilidad mayor respecto de otros grupos en movilidad, por lo que de acuerdo con el marco internacional posee normas y procedimientos específicos que permiten garantizar su protección. El proceso de evaluación al que son sometidos en los países de destino está destinado a concretar la finalidad de ser reconocidos como refugiados más no discute su situación de vulnerabilidad.

La protección internacional que se les brinda genera la obligación de respetar sus derechos, brindándoles a esta población en específico garantías para proteger su vida, salud y otros derechos que hayan sido afectados o se encuentren en riesgo de serlo.

En el caso peruano la población venezolana que ha solicitado el reconocimiento de la condición de refugiado se encuentra en una situación de vulnerabilidad por el hecho de reconocerse a sí mismos como refugiados, pero además existen grupos cuya situación es aún más vulnerable y compleja. Uno de estos grupos es el conformado por los solicitantes de nacionalidad venezolana que viven con VIH/SIDA, para quienes la protección de sus derechos se encuentra garantizada a nivel internacional mediante un marco de normas específicas y generales sobre refugio, y la protección a personas que viven con VIH/SIDA.

Por ello, en el marco antes señalado, el Estado peruano debe garantizar y brindar la protección necesaria para que la vida y salud de las personas solicitantes que

viven con VIH/SIDA accedan a los servicios públicos principalmente de salud. Por lo que, a través de la presente investigación se propone como medida de solución una reforma normativa que incorpore a los solicitantes que viven con VIH/SIDA al sistema de salud público, permitiendo su afiliación regular al SIS subsidiado. Teniendo como fundamento principalmente la situación de vulnerabilidad sanitaria en la que se encuentran por ser refugiados y tener VIH/SIDA, además de las consecuencias generadas por la situación del contexto internacional y la pandemia del COVID-19.

Incluir prioritariamente a las personas solicitantes de nacionalidad venezolana que viven con VIH/SIDA en el SIS subsidiado es una medida excepcional que permitiría contemplar su inclusión en la sociedad, a través de medidas públicas con perspectiva de derechos humanos, pues presentan una situación de vulnerabilidad debido a la violación masiva de sus derechos, principalmente el derecho a la salud.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que no todo el grupo en movilidad de personas que viven con VIH/SIDA han optado por llegar al Perú pidiendo protección, sino que muchos se han establecido en otros países que también les brindan facilidades, por lo que la población es reducida. Por lo tanto, el grupo a incluirse, conforme a la propuesta presentada, constituye un porcentaje mínimo en relación a la población peruana que vive con VIH/SIDA que ya cuenta con acceso a los servicios de salud o que se encuentre en proceso; además no representa una carga excesiva que puede poner en riesgo la atención de sus afiliados.

Este grupo sería incorporado en el marco de la garantía de los derechos que el Estado debe brindar a las personas refugiadas y solicitantes, y para quienes viven con esta enfermedad, en el marco de la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA.

Si bien esta población se enfrenta a una serie de problemas y barreras al igual que la población nacional que vive con VIH/SIDA, la principal barrera identificada para acceder al sistema del SIS subsidiado se encuentra relacionada con tema

documentario, puesto que sólo se reconoce al CE como documento de identidad válido para acceder a los trámites de aseguramiento y no al carné de solicitante.

El Estado peruano ha ido brindando medidas normativas que permitan el acceso a los servicios de salud a la población migrante y solicitante, como lo señalado en el “Decreto Legislativo N.º 1466”, ya antes estudiado, y lo referido en el artículo 12 del Reglamento de la “Ley N.º 30885³⁵³, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS”, en el que se señala “que las personas serán asignadas al RIS en conformidad a la dirección que se encuentre consignada en su documento nacional de identidad o carnet de extranjería, Permiso Temporal de Permanencia, Carné de solicitante de refugio u otro documento que permita acreditar su identidad”; no obstante estas han sido insuficientes pues la primera normativa se limita únicamente a una afiliación relacionada al contexto de la actual pandemia por COVID-19 y la segunda, requiere de una serie de plazos para ser efectiva, pues a pesar de establecer medidas inmediatas estas se constituyen en barreras para garantizar el derecho a la vida y la salud.

Estas medidas no responden de manera efectiva a la situación planteada, por lo que la falta de una normativa eficiente sobre la materia agrava la situación de vulnerabilidad de los solicitantes que viven con VIH/SIDA, ya que su condición de salud es la que se ve afectada. Ante la falta de atención de las personas se crean principalmente dos riesgos: el primero, es que este grupo de personas presenten mayor estado serológico que los vuelva susceptibles de transmitir la enfermedad pudiendo ser catalogados como un factor de contagio en la población local, y el segundo, es la afectación de manera grave de su estado de salud y su vida, pues la desatención de la enfermedad puede provocar su muerte.

³⁵³ SPIJ, Decreto Supremo N.º 019-2020-SA, “Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS”, 2020. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 14/03/21.

Su acceso a una atención médica no se encontrará condicionado o limitado a que la persona presente una condición grave debido al avance de la enfermedad, ya que se ha demostrado que un tratamiento oportuno brinda mayores expectativas de vida. Por lo que conforme a la normativa nacional e internacional sobre la materia tendrían acceso primordialmente a la realización de pruebas de descarte y que posteriormente, en caso de ser diagnosticados con la enfermedad, puedan, en el mismo nivel de atención brindada a los peruanos que viven con VIH/SIDA, acceder a todos los exámenes y servicios de salud que determinen su condición física y psicológica, esto debido a las complejas características de la enfermedad.

Cabe destacar que el régimen subsidiado del SIS cuenta con financiamiento público total, disponible principalmente para las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos. La fuente de financiamiento de este régimen comprende una serie de recursos que se encuentran señalados en los artículos 4 y 12 de la *“Ley N.º 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud”*³⁵⁴, siendo importante resaltar que se incluye recursos provenientes de la cooperación internacional y otras donaciones nacionales e internacionales destinadas a brindar servicios a la población nacional y extranjera.

Conforme a la propuesta presentada, de darse la inclusión de este grupo en el SIS subsidiado se necesitaría de un aumento del presupuesto destinado a este sector para poder brindar la atención requerida. Sin embargo, de la investigación realizada se sabe que nuestro sistema de salud presenta serias deficiencias al respecto, por lo que ante esta situación los recursos provenientes de la cooperación internacional y las donaciones podrían plantear un marco de solución preliminar que apunte también a la responsabilidad estatal, pues el Estado peruano en sus políticas de los últimos años ha brindado ayuda a la población venezolana. Por lo que se tendría en cuenta las donaciones que se han obtenido en el marco de la *“Conferencia internacional de donantes en*

³⁵⁴ SPIJ, *Ley N.º 29761, “Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud”*, 2011. <<http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp>>. Consultado el 14/03/21.

solidaridad con los refugiados y migrantes venezolanos para poder brindar ayuda y protección a la población migrante y refugiada de nacionalidad venezolana”, la “Conferencia internacional de donantes en solidaridad con refugiados y migrantes venezolanos en países de la región en el contexto Covid-19” y otros.

Cabe señalar que estos recursos económicos no pueden ser destinados, en su totalidad, únicamente a responder las carencias en el sector salud para los solicitantes que viven con VIH/SIDA, debido a que existen otros problemas en distintos sectores que también requieren de respuestas; sin embargo, a pesar de que los recursos destinados sean reducidos estos deben ser utilizados para brindar respuestas de acceso a los servicios públicos de salud.

En ese sentido, la propuesta que se presenta, permitirá que el Estado peruano, en el marco de sus obligaciones internacionales, genere alternativas que permitan garantizar la protección de los derechos humanos de las personas, sin distinción alguna, fortaleciendo un marco normativo que brinde protección a grupos en situación de vulnerabilidad. Por lo que en el marco del *“principio de progresividad”* de los DESC, la escases de recursos económicos no puede ser una limitación ni excusa para poder brindar el mayor acceso posible a los servicios públicos de salud, ya que dentro de las políticas públicas estatales corresponde maximizar la concreción de los derechos que pueden resultar vulnerados.

Además, la propuesta se elabora sobre la base de un sistema normativo ya existente, el refugio, y no se requiere de la creación o apertura de nuevas medidas migratorias, garantizando la utilidad y vigencia de la norma. A pesar de que la presente investigación se enfoque en la protección del derecho a la salud, no se debe perder de vista que existen aún muchas brechas por superar en torno a la población venezolana en el país.

Por tanto, este trabajo concluye con la siguiente propuesta normativa que es un aporte a la protección del derecho a la salud en el marco del SIS (SIS subsidiado), y corresponde al MINSA su impulso e implementación atendiendo al enfoque basado en derechos humanos.

APORTE AL DERECHO

PROYECTO DE DECRETO SUPREMO

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 1 de la Constitución Política del Perú establece la defensa y el respeto de la dignidad de la persona humana como el fin supremo de la sociedad y el Estado;

Que, en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú se reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y en el artículo 9, establece que el Estado tiene la responsabilidad de determinar la política nacional de salud, y el Poder Ejecutivo es responsable de regular y fiscalizar su aplicación, así como de diseñarla e implementarla en forma integral, de manera diversificada y descentralizada para promover el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, los numerales I, II, III y VIII del título preliminar de la “*Ley N.º 26842, Ley General de Salud*”, indican que la salud es una condición esencial para el desarrollo humano y un medio básico para lograr el bienestar individual y colectivo; al ser su defensa de interés público es responsabilidad del Estado promoverla, regularla y vigilarla. Asimismo, se debe cumplir con los términos y condiciones estipulados por ley para proteger el derecho a la salud de todas las personas; se debe priorizar los fondos estatales para las acciones de salud pública, y a subsidiar la totalidad o parte de la atención médica a las personas con menos recursos, que no puedan beneficiarse de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado;

Que, de modo similar el numeral 1 y 5 del artículo 4 del Texto Único Ordenado de la “*Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N.º 020-2014-SA*”, refiere que la universalidad y la equidad son dos principios del aseguramiento universal en salud, el primero considera a la salud como un derecho fundamental, por lo que el aseguramiento universal en salud es para todas las personas residentes en el Perú, sin discriminación

alguna, en todas las etapas de su vida; y el segundo plantea que el sistema de salud brinda servicios de alta calidad para toda la población peruana, dando prioridad a los grupos más vulnerables y con menos recursos;

Que, el artículo 9 numeral 1 del *“Decreto Legislativo N.º 1350, Ley de Migraciones”*, señala que *“el Estado reconoce al extranjero el goce y ejercicio de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política del Perú, tales como el acceso a la salud, a la educación y trabajo en igualdad de condiciones que los nacionales, salvo las prohibiciones y limitaciones establecidas en la normativa vigente”*³⁵⁵;

Que, el artículo 14 de la *“Ley N.º 27891, Ley del Refugiado”*, señala que la Comisión Especial para los Refugiados emite un documento al solicitante certificando que su caso se encuentra en proceso de determinación, el cual le permite permanecer en el país mientras se encuentra a la espera de una respuesta definitiva;

Que, el numeral 1 del artículo 12 del *“Reglamento de la Ley N.º 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS”*, menciona que las personas serán asignadas a la RIS de acuerdo a su DNI, CE, Carné de solicitante u otros documentos que acrediten su identidad;

Que, la *“Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N.º 1346, Decreto Legislativo que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS)”*, estipula que *“todo asegurado al régimen subsidiado por afiliación regular deberá contar con su clasificación socioeconómica en el Padrón General de Hogares o ser considerado como vulnerable de acuerdo a la definición que se establezca mediante Reglamento o conforme se dispone en la legislación vigente”*³⁵⁶;

³⁵⁵ Superintendencia Nacional de Migraciones, *Ley y Reglamento de Migraciones...*,1.

³⁵⁶ El Peruano, *Decreto Legislativo N.º 1346, “Decreto Legislativo que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS)”*, 2017. <<[191](https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-disposiciones-para-optimiz-decreto-legislativo-n-1346-1471548-6/>>”. Consultado el 14/03/21.</p></div><div data-bbox=)

Que, el artículo 3 del *“Decreto Supremo N.º 002-2020-SA, Decreto Supremo que reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N.º 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS)”*, define el término vulnerabilidad sanitaria como *“aquella situación asociada a una condición de salud, que denota desventaja especialmente grave, a nivel económico, educativo, social, entre otros; que limita la capacidad de desarrollarse, resistir o sobreponerse ante una enfermedad, riesgo de enfermar o morir, y que requiere que el Estado realice un mayor esfuerzo para facilitar la participación con igualdad de oportunidades en la vida nacional y acceder a mejores condiciones de vida”*³⁵⁷, e incluye al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud a las personas con diagnóstico de tuberculosis (TB), que viven con VIH/SIDA y con discapacidad severa;

Que, la situación de vulnerabilidad que impacta en la salud pública del grupo conformado por los solicitantes que viven con VIH/SIDA de nacionalidad venezolana en el Perú se debe a una serie de factores antes, durante y después de su movilización forzosa, que involucra además de su condición de salud y el riesgo de muerte, la evaluación de su solicitud y el reconocimiento del carné de solicitante en el Perú. Las personas que viven con VIH/SIDA en el Perú cuentan con la protección de la *“Ley N.º 26626”* y la *“Ley N.º 28243, Ley que amplía y modifica la Ley N.º 26626 sobre el Virus De Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual”*;

DECRETA:

Artículo 1. Objeto

El presente Decreto Supremo tiene por objeto incluir dentro de la afiliación regular del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS), prevista en la *“Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N.º 1346”*, a las personas solicitantes de la condición de refugio de nacionalidad venezolana

³⁵⁷ El Peruano, *Decreto Supremo N.º 002-2020-SA...*,1.

que viven con VIH/SIDA y se encuentren en situación de vulnerabilidad sanitaria; en el marco del avance gradual de las políticas de aseguramiento universal en salud.

Artículo 2. Proceso de afiliación

El SIS en coordinación con el MINSA, en un plazo no mayor de cuarenta y cinco (45) días hábiles, establecerá el procedimiento de afiliación de la población prevista en el artículo 1 del presente Decreto Supremo, determinando además los mecanismos que salvaguarden la reserva de los diagnósticos de acuerdo a la “Ley N.º 26842, Ley General de Salud”, la “Ley N.º 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud”, y la “Ley N.º 29733, Ley de protección de datos personales”.

Artículo 3. Duración de afiliación

La afiliación estará vigente mientras el solicitante que vive con VIH/SIDA se encuentre a la espera de una respuesta definitiva respecto de su solicitud.

En caso de obtener el reconocimiento de la condición de refugiado la persona podrá continuar con su afiliación en el régimen subsidiado del SIS, pudiendo posteriormente regularizar su documentación, una vez ya obtenido el carné de extranjería; y en caso de que la solicitud sea denegada, la afiliación deberá ser anulada.

Artículo 4. Actualización de datos de la afiliación

La actualización de los datos del solicitante, que haya sido reconocido como refugiado, deberá realizarse conforme a lo establecido en la normativa elaborada por el SIS sobre la materia.

Artículo 5. Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Salud y el Ministro de Relaciones Exteriores.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. NORMAS COMPLEMENTARIAS A CARGO DEL SIS

De acuerdo con el artículo 3 del “*Decreto Legislativo N.º 1346*”, facúltese al SIS para establecer el procedimiento de afiliación de las personas en condición de vulnerabilidad sanitaria, a quienes se describe en el artículo 1 de la presente normativa, al régimen subsidiado del SIS; así como los plazos requeridos que conlleven el proceso de transición de sus afiliados, de ser necesario, entre sus distintos regímenes, para asegurar la continuidad de su atención.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p style="text-align: center;">PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Son suficientes las medidas que el Estado peruano ha diseñado para afrontar la situación de los solicitantes de la condición de refugiado de nacionalidad venezolana, conforme a un enfoque basado en derechos humanos?</p>	<p style="text-align: center;">OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar las medidas que superen las insuficiencias y satisfagan la protección de los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA en el Perú, en el ámbito de sus derechos humanos y fundamentales, así como de su acceso a los servicios públicos.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>El Estado peruano cuenta con un marco normativo sobre el refugio, que tiene como base los estándares internacionales del tratamiento del sistema internacional en el marco de la “<i>Convención de 1951</i>” y el “<i>Protocolo de 1967</i>”, así como de otros instrumentos regionales, por lo que muchas de las medidas que se han adoptado frente a los solicitantes de la condición de refugiado giran en torno a ello. Sin embargo, las respuestas y medidas que se han desarrollado son limitadas pues no existen los recursos económicos necesarios ni una adecuada política de integración por parte del Estado, por lo que para superar la insuficiencia se requiere reforzar el marco de protección a los solicitantes de la condición de refugiado desde una perspectiva de derechos humanos con mayor acción tanto del Estado peruano y la ayuda de la cooperación internacional.</p>
<p style="text-align: center;">PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <p>¿Son eficaces las medidas, en materia de salud, que el Estado peruano ha adoptado para afrontar la situación de los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA de nacionalidad venezolana?</p>	<p style="text-align: center;">OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>Identificar las carencias del sistema de refugio en el Perú respecto de la protección del derecho a la salud de los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA y proponer respuestas eficaces a través de un procedimiento especial por su situación de vulnerabilidad.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESIS ESPECÍFICA</p> <p>El estatuto de refugio tiene un carácter internacional, de valor social y humanitario, que de por sí brinda ayuda a una población que se encuentra en situación de vulnerabilidad; sin embargo, se requiere comprender y evaluar la situación de mayor vulnerabilidad que las personas solicitantes atraviesan cuando son afectadas por pandemias que deterioran su salud. Por ello los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA requieren ser atendidos en un marco de protección especial, gozando sin distinción alguna del reconocimiento de sus derechos humanos y fundamentales, principalmente el derecho a la salud.</p> <p>Las medidas que el Estado peruano ha adoptado como país de acogida, respecto de la protección del derecho a la salud, para los solicitantes de la condición de refugiado que viven con VIH/SIDA no han sido las adecuadas ni las más eficaces, pues se carece de una respuesta desde el marco de la figura del refugio, por lo que se requiere de una interpretación desde la obligación de garantía que tiene el Estado, a través de los medios y procedimientos adecuados para responder a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran, y además requieren de una atención prioritaria.</p>

CONCLUSIONES

1. El Perú, después de Colombia, se ha consolidado como el segundo país de destino para la población migrante y refugiada de nacionalidad venezolana; por ello, desde que el fenómeno de movilización pudo advertirse en el país se formuló una política de brazos abiertos que permitió el ingreso de este grupo en movilidad. Muchas de las personas que llegaron al país optaron por solicitar la condición de refugiados, cabe señalar que, a nivel nacional, en el marco de la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*” así como de otros instrumentos regionales, se cuenta con la “*Ley N.º 27891, Ley del Refugiado*”, que garantiza la protección de esta población. Sin embargo, no poseen mayores garantías respecto de otros derechos que no involucren su no devolución, no sanción, la confidencialidad, el beneficio de la duda y el derecho al trabajo, por lo que el goce y disfrute del derecho a la salud en nuestro país aún es limitado.

Las diversas barreras que se han formado, desde lo administrativo, normativo, económico, entre otros, han llevado a crear situaciones con mayores elementos burocráticos y tortuosos, que en vez de garantizar los derechos de los solicitantes los expone a una mayor situación de vulnerabilidad.

2. La crisis de salud en Venezuela es consecuencia de un deterioro progresivo impulsado por la situación económica, fiscal, social y política del país, lo que ha llevado al desabastecimiento de medicamentos y personal médico, condiciones precarias de la infraestructura de los centros de atención, fallas en los servicios de energía y agua, entre otros. Esta situación llevó a la desatención de la salud de la población en general y creó riesgos innecesarios para los pacientes que padecen enfermedades graves, como el VIH/SIDA; el Estado venezolano no ha reconocido estos hechos y ha optado por desconocer la gravedad de la situación que atraviesan los servicios de salud.
3. La presente investigación se enfoca en el estudio de un grupo compuesto únicamente por los solicitantes, debido a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran (que pone en riesgo su vida, salud y libertad), y a la que

se enfrentan antes, durante y después de su movilización forzosa. El estatus jurídico de este grupo en el Perú no es compatible con el reconocido a los migrantes ni a los refugiados, pues se encuentran en un espacio de espera mientras obtienen una respuesta a su solicitud.

Si bien este grupo se encuentra reconocido en nuestro ordenamiento legal a través de la “*Ley N.º 27891, Ley del Refugiado*”, se ha podido verificar que debido a la masiva presentación de solicitudes y la poca resolución al respecto muchos de sus derechos se han visto vulnerados. Por ello, es importante individualizar a este grupo en concreto por las siguientes razones: primero, la vulnerabilidad por su movilización forzosa y otros factores que la agravan; segundo, la situación respecto a los carnés de solicitantes entregados en Perú y su falta de reconocimiento para acceder a bienes y servicios, y tercero, los largos períodos de espera para obtener respuestas de sus solicitudes y la falta de soluciones desde el enfoque de la figura del refugio.

4. Además, se agrega a dicha situación el padecimiento de enfermedades graves como el VIH/SIDA, por lo que la población de estudio de la presente investigación además de ser solicitante, vive con VIH/SIDA. La situación de vulnerabilidad en la que se encuentran se ve incrementada, por ello requieren de un marco de protección en el que se reconozca y garantice sus derechos humanos, principalmente el de la salud.

El grupo movilizado con VIH/SIDA que llegó al Perú carecía principalmente de acceso al TAR y demás exámenes necesarios para controlar su enfermedad, por ello buscaban acceder al servicio de salud público peruano, que le permitiera mejorar su salud para poder acceder a puestos de trabajos, sin que su vida peligrara.

Antes de la pandemia del COVID- 19, el Estado peruano no había adoptado medidas efectivas, desde el marco del refugio, que garanticen la protección del derecho a la salud de los solicitantes que viven con VIH/SIDA, por lo que algunos asumieron los gastos de bolsillo para el acceso a los servicios médicos y otros recibieron ayuda de las ONGs. Durante la pandemia del

COVID-19 han surgido ciertas respuestas, pero no direccionadas a este grupo en específico sino a los solicitantes en general, en las que se garantiza su derecho a la salud en el marco de la pandemia del COVID-19 mediante su afiliación temporal al SIS subsidiado y su acceso al SIS Para Todos, así como la incorporación del carné de solicitante como documento de identidad en algunas normas de salud. Por ello, si bien existen algunos avances estos aún son limitados. Además, se ha podido determinar que de no haberse dado el contexto de la pandemia por el COVID-19 las limitaciones respecto del acceso a los servicios públicos de salud se hubieran seguido dando, ya que existe falta de voluntad política al respecto.

5. Se determinó también, que el Estado peruano ha ido adoptando diversas medidas migratorias para garantizar la protección de la población venezolana que se encuentra en el Perú, con énfasis en la protección de sus derechos humanos y fundamentales. Sin embargo, se ha podido demostrar que existe aún cierta limitación en las medidas que se han establecido, específicamente para los solicitantes que viven con VIH/SIDA en el Perú, puesto que su acceso a los servicios públicos es aún limitado. Esto debido a la falta de un trabajo articulado y coordinado entre los ministerios y demás entidades gubernamentales, que genera la falta de reconocimiento de la situación de vulnerabilidad que presenta este grupo en específico.
6. Asimismo, se pudo identificar, que las respuestas brindadas por el Estado peruano al grupo en movilidad han sido enfocadas desde la óptica general de la migración y no del sistema de refugio. Por ello, no se han presentado soluciones efectivas a los problemas del ya colapsado sistema de refugio, que incluso con la llegada de la pandemia del COVID-19 han incrementado, pues se han visto limitadas las opciones de presentación de nuevas solicitudes, no se han entregado carnés de solicitantes, las citas para las entrevistas son escasas y los plazos de espera han ido ampliándose.

Según declaraciones de la CEPR, los solicitantes de nacionalidad venezolana han sido reconocidos como refugiados en el marco de la “*Convención de 1951*” y el “*Protocolo de 1967*”, y en algunos casos, en los que se determine

situaciones de vulnerabilidad, se ha ido aplicando la definición ampliada de la “*Declaración de Cartagena*”; sin embargo, no se han conocido mayores detalles respecto de cómo se ha desarrollado el proceso de evaluación de estos casos ni la cifra exacta de cuantas personas han podido acceder al reconocimiento de refugiado bajo este marco, ni mucho menos si ha posibilitado la adecuada protección del derecho a la salud de los solicitantes que viven con VIH/SIDA.

7. Finalmente, ante unas medidas insatisfactorias e ineficaces corresponde al Estado evaluar la propuesta formulada, que tiene como objeto incluir dentro de la afiliación regular al régimen subsidiado del SIS a las personas de nacionalidad venezolana en situación de vulnerabilidad sanitaria que viven con VIH/SIDA y se encuentran identificadas con el carné de solicitante. Ello ayudaría a garantizar y proteger los derechos humanos y fundamentales de los solicitantes de nacionalidad venezolana que viven con VIH/SIDA, y a su vez reforzaría las medidas que se vienen adoptando para salvaguardar la salud pública de la población nacional y la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFÍA

ACNUDH, *Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin*, Informe de la ACNUDH, 2018, 43-50. https://www.ohchr.org/Documents/Countries/VE/VenezuelaReport2018_SP.pdf.

ACNUDH, *Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial*, 1965. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>.

ACNUDH, *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, 1979. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>.

ACNUDH, *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>.

ACNUDH, *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*, 1990. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cmw.aspx>.

ACNUDH, *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2006. <https://acnudh.org/hoja-informativa-convencion-internacional-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad/>.

ACNUDH y ONUSIDA, “Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (Versión consolidada de 2006)”, ACNUDH y ONUSIDA, Ginebra, 2007, 38.

ACNUR, *ACNUR: Los 100 Puntos de Brasilia. Aportes de América Latina y el Caribe para el Pacto Mundial sobre Refugiados*, 2018, 1-10. <https://www.refworld.org/es/docid/5a9dc0f44.html>.

ACNUR, *Conclusión sobre la recepción de solicitantes de asilo en el contexto de los diferentes sistemas de asilo*, N.º 93, 2002, 2. <https://www.refworld.org/es/pdfid/5d7fc4e613.pdf>.

ACNUR, *Declaración de Nueva York sobre Refugiados y Migrantes*, 2016. <https://www.acnur.org/declaracion-de-nueva-york-sobre-refugiados-y-migrantes.html>.

ACNUR, *Declaración y Plan de Acción de México para Fortalecer la Protección Internacional de los Refugiados en América Latina*, 2004. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3016.pdf?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3016>.

ACNUR, *Declaración de Brasilia sobre la Protección de Personas Refugiadas y Apátridas en el Continente Americano*, 2010. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8133.pdf?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8133>

ACNUR, *Declaración de San José sobre Refugiados y Personas Desplazadas*, 1994. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0012.pdf>.

ACNUR, *Directrices sobre la Protección Internacional: "Pertenenencia a un determinado grupo social" en el contexto del Artículo 1A (2) de la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y/o su Protocolo de 1967*, HCR/GIP/02/02, 2002, 2-4. <https://www.refworld.org.es/docid/4714a75a2.html>.

ACNUR, *Directrices sobre Protección Internacional N.º 12: Solicitudes de la condición de refugiado relacionadas con situaciones de conflicto armado y violencia bajo el artículo 1A (2) de la Convención de 1951 y/o el Protocolo de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados y las definiciones regionales de refugiado*, 2016, 15-17. https://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/open_docpdf.pdf?reldoc=y&docid=58c654244.

ACNUR, *Estatuto de la ACNUR*, 1950. <https://www.acnur.org/5b07680a4.pdf>.

ACNUR, *Los derechos y la salud de las personas refugiadas, migrantes y apátridas deben protegerse en la respuesta al COVID-19*, Comunicado de prensa conjunto de ACNUDH, OIM, ACNUR y OMS, 2020. <https://www.acnur.org/es-mx/noticias/press/2020/3/5e83b3bf4/los-derechos-y-la-salud-de-las-personas->.

ACNUR, *Manual sobre procedimientos y criterios para determinar la condición de refugiado y Directrices sobre protección internacional en virtud de la Convención de 1951 y el Protocolo de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados*, ACNUR, Ginebra, 2019. <https://www.refworld.org.es/docid/5d9e13214.html>.

ACNUR, *Nota de orientación sobre el flujo de venezolanos*, 2018, 2. <https://www.refworld.org.es/docid/5aa076f74.html> .

ACNUR, *Opinión Consultiva sobre la aplicación extraterritorial de las obligaciones de no devolución en virtud de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967*, 3. <https://www.acnur.org/fileadmi/Documentos/BDL/2009/7123.pdf>.

ACNUR, *Pacto Mundial sobre Refugiados: Guía Rápida del ACNUR*, 2018, 2. <https://www.acnur.org/publications/pubprot/5bbe32564/pacto-mundial-sobre-refugiados-guia-rapida-del-acnur.html>.

ACNUR, *Tendencias Globales. Desplazamiento Forzado en 2018*, ACNUR, 2019, 1. <https://www.acnur.org/5d09c37c4>.

ACNUR, *Tendencias Globales. Desplazamiento forzado en 2019*, ACNUR, 2020, 2. <https://www.acnur.org>.

ACNUR, *Venezuela: Nota de orientación sobre consideraciones de protección internacional para los venezolanos*, 2019, 1. <https://www.refworld.org.es/docid/5ce2d44c4.html>.

ACNUR y Unión Interparlamentaria, *Protección de los refugiados: Guía sobre el derecho internacional de los refugiados*, Guía Práctica para Parlamentarios N.º 2, 2001, 18. <https://www.refworld.org.es/docid/57f76b071b.html>.

Agencia EFE, *Cerca del 10% de venezolanos con VIH han abandonado el país, según la ONU*, 2019. <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/cerca-del-10-de-los-venezolanos-con-vih-hanabandonado-el-pais-segun-la-onu/20000013-3879409#>.

Aguilar Enrique (coord.), "El derecho humano a la libre circulación de personas en la migración internacional intracomunitaria", Comisión Andina de Juristas, Lima, 2010, 15-35.

Alexy Robert, "Derecho, moral y la existencia de los Derechos Humanos", en *Signos Filosóficos*, Vol. 15, N.º. 30, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, México, 2013, 164. <https://signosfilosoficos.izt.uam.mx/index.php/SF/article/view/522>.

Almonacid Carlos, *¿SIS PARA TODO/AS?: Comentarios al Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud, D.U. N.º 017-2019*, PÓLEAMOS, 2020. <http://polemos.pe/sis-as-comentarios-al-decreto-urgencia-establece-medidas-la-cobertura-universal-salud-d-u-no-017-2019/>.

Altuna Gabriela, “Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación”, en *Revista Canalé*, N.º 5, PUPC, Lima, 2013, 98. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/canale/article/view/14712/15300>.

Amnistía Internacional, *Buscando Refugio*, 2020, 19-21. <https://www.amnesty.org/download/Documents/AMR4616752020SPANISH.PDF>.

Arboleda Eduardo, “La Declaración de Cartagena de 1984 y sus semejanzas con la Convención de la Organización de la Unidad Africana de 1969: una perspectiva comparativa”, Sandra Namihás (coord.), en *Derecho Internacional de los Refugiados*, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2001, 81.

Asamblea General de la ONU, *A/RES/52/103*, 1998, 2. <https://undocs.org/es/A/RES/52/103>.

Asamblea General de la ONU, *Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas para poner fin a la epidemia del SIDA*, 2016. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/june/20160608_PS_HLM_PoliticalDeclaration.

Banco Mundial, “Una oportunidad para todos: Los migrantes y refugiados venezolanos y el desarrollo del Perú”, Primera Edición, Lima, 2019, 141.

BBVA Research, *Inmigración venezolana a Perú: características e impactos macroeconómicos*, 2019, 11. <https://www.bbvaresearch.com/publicaciones/inmigracion-venezolana-a-peru-caracteristicas-e-impactos-macroeconomicos/>.

Batista Jennifer, “Derechos Humanos y Derechos Fundamentales. Algunos Comentarios Doctrinales”, en *Revista IUS Labor*, N.º 2, 2018, 192. <https://www.upf.edu/web/iuslabor/2/2018>.

Benach Joan, “La salud de todos y sus causas. La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud?”, en *Comprendiendo el Derecho Humano a la Salud*, Prosalus - Cruz Roja Española, Madrid, 2014, 20.

Berganza Isabel, “Las personas venezolanas en Perú: entre la perspectiva de los derechos humanos y la seguridad”, en *Revista Peruana de Derecho Constitucional. Migración y Derechos Fundamentales*, N.º 11, Centro de Estudios Constitucionales, Lima, 2018, 189.

Berganza Isabel, Blouin Cécile y Feline Luisa, “El elemento situacional de violación masiva de derechos humanos de la definición ampliada de Cartagena: hacia una aplicación en el caso venezolano”, en *Revista Chilena de Derecho*, Vol. 47, N.º 2, 2020, 404-405. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7507354>.

Berganza Isabel, Freier Feline y Blouin Cécile, “La aplicación de la definición ampliada de Cartagena al éxodo de personas venezolanas en América Latina”, en *Revista Ideele*, N.º 291, 2020. <https://www.revistaideele.com/2020/05/06/la-aplicacion-de-la-definicion-ampliada-de-cartagena-al-exodo-de-personas-venezolanas-en-america-latina/>.

Berganza Isabel, Solórzano Ximena, “Límites y retos del Estado: Procesos de integración de la comunidad venezolana en Perú”, Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Lutheran World Relief, Asociación Encuentros - Servicio Jesuita para la Solidaridad, Lima, 2019, 60-61.

Bermúdez Yovanny, Mazuera-Arias Rina, Albornoz-Arias Neida y Morffe Peraza Miguel, “Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran [9 de abril al 6 de mayo de 2018]”, Servicio Jesuita a Refugiados, San Cristóbal, 2018, 4.

Blouin Cécile, “Antes de la llegada: migración (forzada) de personas venezolanas”, Blouin Cécile (coord.), en *Después de la Llegada. Realidades de la migración venezolana*, THĒMIS, Lima, 2019, 16.

Blouin Cécile, *La política de los brazos cerrados*, Instituto de Democracia y Derechos Humanos, 2019. <http://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/la-politica-de-los-brazos-cerrados-por-cecile-blouin/>.

Blouin Cécile y Feline Luisa, “Población venezolana en Lima: entre la regularización y la precariedad”, Luciana Gandini, Fernando Lozano Ascencio, Victoria Prieto (coord.), en *Crisis y migración de población venezolana: entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2019, 157 -178.

Bonvecchio Anabelle, Becerril Víctor, Carriedo Ángela y otros, “Sistema de salud de Venezuela”, en *Salud Pública de México*, Vol. 53, N.º 2, 2011, 278-279. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5048/10031> .

Brena Ingrid, "El derecho y la Salud: Temas a reflexionar", Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2004, 104.

Briceño Analí, Alonso-Pastor Ander, Ugaz Yordi y Godoy Carlos, *La Calidad Migratoria Humanitaria y su relación con los derechos de la población venezolana en el Perú*, Equilibrium - Centro para el Desarrollo Económico (CenDE), Lima, 2020, 49 - 53. <https://equilibriumcende.com/calidad-migratoria-peru/>.

Cabrerizo, Patricia, "¿Refugiados en Perú?", en *Revista del Instituto de Defensa Legal*, N.º 276, 2018. <https://revistaideele.com/ideele/content/%C2%BFrefugiados-en-per%C3%BA>.

Carmona Luz, Roza Claudia y Mogollón Amparo, "La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social", en *Revista Ciencias de la Salud*, Vol. 3, N.º 1, 2005, 67. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/issue/view/74/showToc>.

Carrillo Alejandra, "Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?", en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 34, N.º 3, 2018. <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/374/o-sistema-de-saude-na-venezuela-um-paciente-sem-remedio>.

Castillo Tomás y Reguant Mercedes, "Percepciones sobre la Migración Venezolana: Causas, España como Destino, Expectativas de Retorno", en *Migraciones - Revista del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, Madrid, 2017, 133-163. <https://revistas.comillas.edu/index.php/revista migraciones/article/view/7892/7677>.

Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), Fundación México Vivo, "30 Años del VIH-SIDA: Perspectivas desde México", México, 2011, 95-116.

Centro de Justicia y Paz (CEPAZ), *Reporte Nacional. Emergencia humanitaria compleja en Venezuela. Derecho a la salud*, 2018. https://cepaz.org/documentos_informes/emergencia-humanitaria-compleja-en-venezuela/.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, "Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú", en *Boletín Mensual - octubre*, 2020, 1. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_2020_10.pdf.

CERD, *Informes Periódicos Vigésimo Segundo y Vigésimo Tercero del Perú ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial*, 2016, 32. <file:///C:/Users/USER/Downloads/G1703761.pdf> .

CIDH, *Debido proceso en los procedimientos para la determinación de la condición de persona refugiada y apátrida, y el otorgamiento de protección complementaria*, 2020, párr. 13-14. <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/307.asp>.

CIDH, *Derechos humanos de migrantes, refugiados, apátridas, víctimas de trata de personas y desplazados internos: Normas y estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, CIDH, Washington, D.C., 2015, párr. 3-4. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/MovilidadHumana.pdf>.

CIDH, *Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela: Informe de país*, Documento N.º 209, 2017, 239. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Venezuela2018-es.pdf>.

CIDH, *Resolución 2/18: Migración Forzada de Personas Venezolanas*, 2018, 1. <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/048.asp>.

CIREFCA, *Principios y criterios para la protección y asistencia a los refugiados, repatriados y desplazados Centroamericanos en América Latina*, CIREFCA, Ciudad de Guatemala, 1989, 9. https://www.oas.org/dil/esp/cirefca_89-9_esp.pdf.

Cisneros Sileña, *¿Cómo acceder al SIS? Peruanos sin seguro alcanzan cobertura universal de salud*, Perú 21, Lima, 2019. <https://peru21.pe/lima/como-acceder-al-sis-peruanos-sin-seguro-alcanzan-cobertura-universal-de-salud-seguro-integral-de-salud-noticia/>.

Clínica Jurídica Pedro Arrupe S.J., Encuentros Servicio Jesuita de la Solidaridad, ACNUR, *Manual para la orientación legal a personas solicitantes de la condición de refugiado, refugiadas y migrantes en Perú*, Tercera Actualización, 2021, 21. <https://r4v.info/es/documents/details/84243>.

CODEVIDA y PROVEA, *Informe sobre graves, masivas y sistemáticas violaciones del Derecho a la Salud en Venezuela como resultado de una emergencia humanitaria compleja*, 2018, 7. <http://www.accionsolidaria.info/website/wp-content/uploads/2018/02/Informe-salud-CIDH-Audiencias-Febrero-2018.pdf>.

CODEVIDA, PROVEA y otros, *El Derecho a la Salud en Venezuela*, Informe presentado ante el 154 Período de Sesiones de la CIDH, 2015, 16. <https://coalicionporlavida.wordpress.com/about/documentos/informes/comision-interamericana-de-derechos-humanos/>.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, *Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 2000, párr. 9. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.

Consejo Europeo, *Carta Social Europea en su forma revisada*, 1996. <https://rm.coe.int/168047e013>.

Consejo Europeo, *Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*, 1950. https://www.Echr.Coe.Int/Documents/Convention_Spa.Pdf.

Corte IDH, *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay*, sentencia de 17 de junio de 2005 (Fondo, Reparaciones, Costas). http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf.

Currea-Lugo Víctor, “La Salud como Derecho Humano: 15 requisitos y una mirada a las reformas”, en *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, N° 32, Universidad de Deusto, Bilbao, 2005, 30.

Defensoría del Pueblo, *Estado debe dictar medidas de protección en favor de los que piden refugiarse en el país*, 2018. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-recomienda-al-estado-que-dicte-medidas-de-proteccion-en-favor-de-los-que-piden-refugiarse-en-el-pais/>.

Defensoría del Pueblo, *Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): resultados de la supervisión nacional a hospitales*, Informe Defensorial N.º 161, Defensoría del Pueblo, Lima, 2013, 76. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe-161.pdf>.

Defensoría del Pueblo, “Personas Venezolanas en el Perú. Análisis de su situación antes y durante la crisis sanitaria generada por el Covid-19”, Informe de Adjuntía N.º 002-2020-DP/ADHPD, 2020, 80-87.

De Ferrari Vial Luis y Curihuinca Elsy, *Compendio de Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño*, Centro Iberoamericano de Derechos del Niño (CIDENI), Santiago de Chile, 2018, 12-21-99. <http://www.cideni.org/wp->

[content/uploads/2019/01/Compendio-de-Observaciones-Generales-del-Comité%CC%81-de-los-Derechos-del-Nin%CC%83o-CIDENI .pdf](http://content/uploads/2019/01/Compendio-de-Observaciones-Generales-del-Comité%CC%81-de-los-Derechos-del-Nin%CC%83o-CIDENI.pdf).

Delgado Andy, “La salud como derecho fundamental en Venezuela”, en *Revista de la Facultad de Derecho de México*, Vol. 69, N.º 273, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2019, 221-226. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfdm/article/view/68607/60565>.

Demant Eva, “30 años de la Declaración de Cartagena sobre Refugiados. Avances y desafíos de la protección de refugiados en Latinoamérica”, en *Agenda Internacional*, Vol. 20, N.º 31, 2013, 131-132. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/agendainternacional/article/view/7731>.

El País, *Venezuela reconoce una inflación del 9.500% en 2019, 2020*. https://elpais.com/economia/2020/02/06/actualidad/1580952300_537036.html.

El Peruano, *Decreto Supremo N.º 002-2020-SA, “Decreto Supremo que reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N.º 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del SIS”, 2020*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-reglamenta-la-primera-disposicion-comple-decreto-supremo-n-002-2020-sa-1847046-1/>.

El Peruano, *Decreto Legislativo N.º 1346, “Decreto Legislativo que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS)”, 2017*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-disposiciones-para-optimiz-decreto-legislativo-n-1346-1471548-6/>

Fajardo del Castillo Teresa, “El Pacto Mundial por una migración segura, ordenada y regular: un instrumento de soft law para una gestión de la migración que respete los derechos humanos”, en *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, N.º 38, 2019, 1-34. <http://www.reei.org/index.php/revista/num38>.

Feline Luisa y Montoro Alejandro, *La condición de refugiados en el Perú: beneficios y límites*, PÓLEAMOS, 2018. <http://polemos.pe/la-condicion-refugiados-peru-beneficios-limites/#ftn8>.

Ferrajoli Luigi, “Los fundamentos de los derechos fundamentales”, Antonio de Cabo y Gerardo Pisarello (ed.), Editorial TROTТА, Madrid, 2001, 31.

Figuroa de López Sandra, *Introducción a la Salud Pública*, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 2012, 2. <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>.

Flores Gretchen, "Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud", en *Revista Acta Médica Costarricense*, Vol. 54, N.º 3, 2012, 182-183. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43423197010>.

FMI, *Perspectivas de la Economía Mundial. Desaceleración mundial de la actividad manufacturera, crecientes barreras comerciales*, FMI, Washington D.C., 2019, 11-17. <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2019/10/01/world-economic-outlook-october-2019>.

Forero Óscar, "En pos de morada. Módulo formativo para fomentar la reflexión y la acción propositiva en movilidad humana y derechos humanos", Fundación Esperanza, Quito, 2009, 9.

Foro Penal, *Reporte sobre la Represión en Venezuela*, Foro Penal, Caracas, 2019, 12. <https://foropenal.com/reportes-sobre-la-represion-en-venezuela-ano-2019/>.

Foreman Martin, Lyra Paulo, Breinbauer Cecilia, *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*, OPS, Washington, D.C., 2003, 1-63. https://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Stigma_report_spanish.pdf.

Galindo Francisco, "Consideraciones sobre la determinación de la Condición de Refugiado", Sandra Namihás (coord.), en *Derecho Internacional de los Refugiados*, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2001, 46.

Gaceta Oficial de la República de Venezuela, Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999, artículo 83. http://www.mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2018/05/GO-36860_constitucion3.pdf.

Gestión, *Venezuela cierra 2018 con inflación de casi 1'700,000%, según el Parlamento*, 2019. <https://gestion.pe/mundo/venezuela-cierra-2018-inflacion-1-700-000-parlamento-255210-noticia>.

Gobierno de Brasil, *Declaración de Brasil: "Un Marco de Cooperación y Solidaridad Regional para Fortalecer la Protección Internacional de las Personas*

Refugiadas, Desplazadas y Apátridas en América Latina y el Caribe, 2014. <https://www.refworld.org.es/docid/548707d04.html>.

Gobierno de Ecuador, Ley Orgánica de Movilidad Humana, con registro R.O. 938, suplemento, del 06 de febrero de 2017. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/10973.pdf>.

Grupo de Lima, *Declaraciones Conjuntas del Grupo de Lima*. <https://www.peruoea.org/etiqueta/declaracion-conjunta/>.

Grupo de Movilidad Humana Perú, Comisión Episcopal de Acción Social, Clínica Jurídica para Migrantes y Refugiados, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la PUCP, *Informe Alternativo al Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares – Perú*, 2020, 40-41. <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wpcontent/uploads/2020/12/21213437/Versi%C3%B3n-Digital-Informe-alternativo-diagramado.pdf>.

Grupo Impulsor de Vigilancia en Abastecimiento de Medicamentos Antirretrovirales (GIVAR), *GIVAR reporta cifra récord de denuncias de personas con VIH en medio de la pandemia por coronavirus*, 2020. <http://www.givarperu.org/component/k2/item/23-givar-reporta-cifra-record-de-denuncias-de-personas-con-vih-en-medio-de-la-pandemia-por-coronavirus>.

HIVinfo, *Tratamiento para la infección por el VIH: Conceptos básicos*, 2020. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/tratamiento-para-la-infeccion-por-el-vih-conceptos-basicos>.

Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP), *Informe Alternativo sobre Perú para el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)*, IDEHPUCP, Lima, 2018, 7. https://idehpucp.pucp.edu.pe/lista_publicaciones/informe-alternativo-sobre-peru-para-el-comite-para-la-eliminacion-de-la-discriminacion-racial-cerd/.

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), "Sistema de Salud en Venezuela", en *Sistema de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*, ISAGS, Río de Janeiro, 2012, 793.

Jackson Ivore, "The 1951 Convention relating to the Status of Refugees: A Universal Basis for Protection", in *Internacional Journal of Refugee Law*, Vol. 3, Nº. 3, Oxford University Press Oxford, 1991, 411-412. Se recoge la traducción

de Ruiz de Santiago Jaime, “Derechos humanos, derecho de refugiados: evolución y convergencias”, Sandra Namihás (coord.), en *Derecho Internacional de los Refugiados*, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2001, 32-33.

Jáuregui Ariana, “Mitos y verdades sobre las personas venezolanas con VIH: entrevista a Julio Rondinel, coordinador regional de ForoSalud”, en *Instituto de Democracia y Derechos Humanos*, Lima, 2019. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/mitos-y-verdades-sobre-laspersonas-venezolanas-con-vih-en-el-peru-entrevista-a-julio-rondinel/> .

Koechlin José, “Migración Venezolana al Perú”, en *Revista Peruana de Derecho Constitucional. Migración y Derechos Fundamentales*, N.º 11, Centro de Estudios Constitucionales, Lima, 2018, 189.

Koechlin José, Vega Eduardo y Solórzano Ximena, “Migración venezolana al Perú: proyectos migratorios y respuesta del Estado”, José Koechlin y Joaquín Eguren (ed.), en *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración*, Vol. 4, Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Konrad Adenauer Stiftung, OIM, OBIMID, Lima, 2018.

Koechlin José, Solórzano Ximena, Larco Giovanna y Fernández-Maldonado Enrique, “Impacto de la Inmigración Venezolana en el Mercado Laboral de Tres Ciudades: Lima, Arequipa y Piura”, Lima, 2019, 25.

Mansilla y Mejía María, “Convención de Ginebra de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados”, en *Revista de la Facultad de Derecho de México*, Vol. 60, N.º 253, UNAM, Ciudad de México, 2010, 217. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfdm/issue/view/4656>.

Matus Mauricio, Prieto Lorena, Cid Camilo, “Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 40, N.º 1, 2016, 64. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28581> .

Mariño Fernando, “El Concepto de Refugiado en un Contexto de Derecho Internacional General”, en *Revista Española de Derecho Internacional*, Vol. 35, N.º 2, Madrid, 1983, 354.

Mazzafero Vicente, “El desarrollo de la salud pública en las sociedades humanas”, en *Medicina en Salud Pública*, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1989, 2.

Médicos por la Salud, *Encuesta Nacional de Hospitales de 2017*, 2017. <http://enh2017.blogspot.com/> .

Médicos por la Salud, *Encuesta Nacional de Hospitales de 2018*, 2do Boletín – Noviembre, 2018. https://public.tableau.com/app/profile/medicosxlasalud/viz/enh_2018_0/Story1 .

Médicos por la Salud, *Encuesta Nacional de Hospitales de 2019* (Boletín final del año - Resultados I), 2019, 3-4. <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/anteriores>.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), *Directiva N.º 001-2020-MIDIS, Directiva que regula la operatividad del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)*, 2020, 12-16. <http://www.sisfoh.gob.pe/documentos-metodologicos/send/3-documentos-metodologicos/185-directiva-n-001-2020-midis>.

Ministerio de Relaciones Exteriores, *Decreto Supremo N.º 015-2017-RE, “Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional Migratoria 2017-2025”*, 2017, 28. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11191.pdf> .

Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, Servicio Jesuita de la Solidaridad y ACNUR, *Guía de información para refugiados y solicitantes de la condición de refugiado en Perú*, 2017, 1. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Peru/Guia_para_refugiados_y_solicitantes_de_la_condicion_de_refugiado_en_Peru_2017.pdf.

MINSA, *Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B*, NTS N.º 159-MINSA/2019/DGIESP, 2019. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>.

MINSA, *Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*, NTS N.º 169-MINSA/2020/DGIESP, 2020, 10-22. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF>.

MINSA, *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*, NTS N.º 167-MINSA/2020/DGIESP, 2020. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5365.pdf>.

Müller Ágüeda, “El Derecho de la Salud y los Derechos Humanos”, Marisa Aizenberg (directora), en *Estudios acerca del Derecho de la Salud*, La Ley, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias sociales de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2014, 15.

Navarro Román, “Reconocimiento y Protección del Derecho a la Salud por el Corpus Iuris Internacional de los Derechos Humanos: Universal y regional, alcances y limitaciones”, en *Revista Contacto Global*, Décima Edición, Universidad Autónoma de Centro América, Costa Rica, 2018, 39-40. https://issuu.com/revistacontactogloblaluaca/docs/revista_x_paginas.

Nikken Pedro, “El concepto de derechos humanos”, Lorena González (compiladora), en *Antología Básica en Derechos Humanos*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), San José de Costa Rica, 1994, 15-19.

Nogueira Humberto, “Teoría y dogmática de los derechos fundamentales”, Serie Doctrina Jurídica, N.º 156, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2003, 58.

OEA, *Convención Americana Sobre Derechos Humanos*, 1969. https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm.

OEA, *La CIDH urge a los Estados proteger los derechos humanos de las personas migrantes, refugiadas y desplazadas frente a la pandemia del COVID-19*, Comunicado de prensa, 2020. <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/077.asp>.

OEA, *Informe del Grupo de Trabajo de la Organización de los Estados Americanos para abordar la crisis de migrantes y refugiados venezolanos en la región*, 2019, 28-30. <http://www.oas.org/documents/spa/press/OEA-informe-migrantes-venezolanos-espanol.pdf>.

OEA, *Protocolo de San Salvador*, 1988. <https://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>.

OIM, *Glosario sobre migración*, OIM, Ginebra, 2006, 69.

OIM, “Módulo II: Movilidad Humana. Gestión Fronteriza Integral en la Subregión Andina”, OIM, Lima, 2012, 28.

OIM, *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*, OIM, Ginebra, 2019, 2. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf.

OMS, *Acerca de los sistemas de salud*. <https://www.who.int/healthsystems/about/es/>.

OMS, *Constitución de la OMS*, 1946. https://www.who.int/governance/eb/whoconstitution_sp.pdf.

OMS, *VIH/SIDA*, 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.

OMS y ACNUDH, *El Derecho a la Salud*, Folleto Informativo N.º 31, 2018, 3. <http://acnudh.org/el-derecho-a-la-salud-folleto-informativo-no-31/>.

OMS y OPS, *Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)*, OPS/OMS, Washington, D.C., 2021 ,2. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53381/EpiUpdate11March2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

ONU, *Examen Periódico Universal – Perú*, 2017. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/368/26/PDF/G1736826.pdf?OpenElement>.

ONU, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948. <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.

ONU, *Declaración de Tlatelolco sobre Acciones Prácticas en el Derecho de los Refugiados en América Latina y El Caribe*, 1999. https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Tlatelolco_1999.pdf.

ONU, *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela*, 2019, 7-8. <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24788&LangID=S>.

ONU, *Principios y Criterios para la Protección y Asistencia de los Refugiados, Repatriados y Desplazados Internos Centroamericanos en América Latina*, 1989. https://www.oas.org/dil/esp/cirefca_89-9_esp.pdf.

ONU, *La Agenda para el Desarrollo Sostenible*, 2015. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>.

ONUSIDA, *Aprovechando el momento: La respuesta al VIH en América Latina*, 2020, 7. <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/global-aids-report-latin-america>.

ONUSIDA, *Preguntas frecuentes con relación al VIH y el SIDA*. <https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids#when-does-a-person-have-aids>.

ONUSIDA, *Recomendaciones para los Gobiernos con respecto a la atención de personas refugiadas y migrantes que viven VIH en el contexto de la pandemia de Covid-19*, 2020, 1-5. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/75130>.

ONUSIDA, *Respuesta de ONUSIDA ante el flujo de Refugiados y Migrantes de Venezuela en América Latina y el Caribe*, 2019, 5. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/70536.pdf>.

ONUSIDA, *Vencer las pandemias priorizando a las personas*, 2020, 7-8. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevailing-against-pandemics_es.pdf.

OPS, *Declaración de Alma-Ata*, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.

OPS, *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*, OPS Washington D.C., 2014, 2. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.

OPS, *La Salud Pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, OPS, Washington D.C., 2002, 47-60. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf.

OPS, *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe*, OPS, Washington D.C., 2012, 19. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49351/9789275316573spa.pdf?Sequence=5&isAllowed=y>.

OPS y OMS, *Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA*, OPS, Washington, D.C., 2004, 1-16. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7529?locale-attribute=es>.

OPS y OMS, *La Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita*, OPS, Washington, D.C., 2010. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/414>.

OPS y OMS, *Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006–2015)*, OPS, Washington, D.C., 2005. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/268>.

OUA, *Carta de Banjul*, 1981. <https://www.Acnur.Org/Fileadmin/Documentos/Bdl/2002/1297.Pdf>.

OVS, Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), *Boletín Epidemiológico 2016*, Semana epidemiológica N.º 52, 2016, 32-33. <https://www.ovsalud.org/publicaciones/documentos-oficiales/boletin-epidemiologico-2016/>.

OVCS, *Situación de la conflictividad en el sector salud en Venezuela - 2018, 2019*, 27-34. <https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/situacion-de-la-conflictividad-en-el-sector-salud-en-venezuela-2018-2>.

OVCS, *Conflictividad social en Venezuela en 2020, 2021*. <https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/destacado/informe-anual-situacion-de-la-conflictividad-en-venezuela-en-2020>.

Paredes José, Navarro Rafaella, Cabrera Diego y otros, “Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 38, N.º 1, Instituto Nacional de Salud, Lima, 2021, 168-169. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/6471>.

Pérez Sergio, “El Estatuto de Refugiado” en la Convención de Ginebra de 1951”, en *Revista electrónica del Departamento de Derecho - Universidad de La Rioja (REDUR)*, N.º 1, Servicio de publicaciones de la Universidad de La Rioja, 2003, 243. <https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/redur/article/view/3840/3138>.

Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, *Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes cuya*

finalidad es apoyar y complementar la labor de las autoridades nacionales en América Latina y el Caribe, enero - diciembre 2019, 2018. [https://reliefweb.int/report/colombia/plan-regional-de-respuesta-para-refugiados -y-migrantes-para-las-personas-refugiadas](https://reliefweb.int/report/colombia/plan-regional-de-respuesta-para-refugiados-y-migrantes-para-las-personas-refugiadas).

Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, *RMRP para Refugiados y Migrantes de Venezuela, Enero - Diciembre 2020*, 2019. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/74747.pdf>.

Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, *RMRP 2021 - Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes, Enero - Diciembre 2021*, 2020. <https://reliefweb.int/report/world/rmrp-2021-plan-regional-de-respuesta-para-refugiados-y-migrantes-enero-diciembre-2021>.

PNUD, “Superando barreras: movilidad y desarrollo humano”, en *Informe sobre Desarrollo Humano*, PNUD, Nueva York, 2009, 31. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2009_es_complete.pdf.

Portal Operacional - Situaciones de Refugiados y Migrantes, *R4V - Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela*. <https://r4v.info/es/situations/platform>.

Proceso de Quito, *Tercera Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*, 2019. <https://procesodequito.org/es/declaraciones>.

Proceso de Quito, *Cuarta Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*, 2019. <https://procesodequito.org/es/declaraciones>.

Proceso de Quito, *Hoja de Ruta del Capítulo de Buenos Aires*, 2019. <https://r4v.info/en/documents/details/70301>.

Proceso de Quito, *Quinta Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*, 2019. <https://procesodequito.org/es/declaraciones>.

Proceso de Quito, *Sexta Reunión Técnica sobre Movilidad Humana de Ciudadanos Venezolanos*, 2020. <https://procesodequito.org/es/declaraciones>.

Quijano Oscar, “La salud: Derecho Constitucional de carácter programático y operativo”, en *Revista Derechos Humanos*, N.º 47, Asociación Civil Derecho &

Sociedad, Lima, 2016, 313-314. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/18893>.

Ramírez Jacques, Linárez Yoharlis y Useche Emilio, "(Geo) políticas migratorias, inserción laboral y xenofobia: migrantes venezolanos en Ecuador", Cécile Blouin (coord.), en *Después de la llegada. Realidades de la migración venezolana*, THĒMIS, Lima, 2019, 107.

Rebaza Karen y Guerra Diana, "Viaje sin retorno: Avances y desafíos en la Protección de Extranjeros bajo la Condición de Refugiados y Solicitantes de Refugio en el Perú", en *Persona y Familia, Revista del Instituto de la familia*, Vol. 1, N.º 5, Instituto de la Familia de la Facultad de Derecho de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, 2016, 85. <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/personayfamilia/article/view/462>.

Real Academia Española. <https://dle.rae.es/salud?m=form>.

Rodríguez María, "¿Qué conocemos del derecho a la salud? Propuesta de marco conceptual en perspectiva crítica para Venezuela", Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador y Corporación Editora Nacional, Quito, 2016, 39-55.

Rojas Alicia, *Migración venezolana al Perú se redujo en más del 90% en julio*, El Comercio, 2019. <https://elcomercio.pe/peru/venezolanos-peru-migracion-refugiados-venezuela-peru-90-julio-noticia-ecpm-664639-noticia/>.

Rosas Augusto, "La batalla contra el olvido: un análisis de la situación actual de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo", en *Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 2020. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/la-batalla-contra-el-olvido-un-analisis-de-la-situacion-actual-de-la-epidemia-del-vih-sida-en-el-mundo/>.

Rosas Augusto, Carrasco Andrea, "Luchando por VIHsibilidad durante la pandemia del COVID-19: panorama actual de las personas venezolanas seropositivas en nuestro país", en *Instituto de Democracia y Derechos Humanos*, Lima, 2020. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/luchando-por-vih-sibilidad-durante-la-pandemia-del-covid-19-panorama-actual-de-las-personas-venezolanas-seropositivas-en-nuestro-pais/>.

Rubio Patricio, "El concepto de refugiado en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951: tratamiento normativo y realidad", en *Revista Agenda*

Internacional, Vol. 6, N.º 12, Lima, 1999, 137-148. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/agendainternacional/article/view/7217>.

Rubio Patricio, “Panorama del Procedimiento Interno de Calificación del Refugio a Nivel Latinoamericano”, Sandra Namihás (coord.), en *Derecho Internacional de los Refugiados*, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2001, 108-126.

Rubio Patricio, “El asilo como fundamento de la protección de los refugiados”, Martín Lettieri (ed.), en *Protección Internacional de Refugiados en el Sur de Sudamérica*, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, 2012, 446-449.

San Juan César, “Informe General de la Investigación: El asilo y la protección internacional de los refugiados en América Latina: Análisis crítico del dualismo “asilo-refugio” a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos”, Leonardo Franco (coord.), en *El Asilo y la protección internacional de los refugiados en América Latina: Análisis crítico del dualismo “asilo-refugio” a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, ACNUR, San José, C.R., 2004, 36.

Sánchez David, “El Perú como país de refugio. Los retos del Estado peruano en el diseño y la implementación de una política nacional de acogida e integración para refugiados”, Caja Negra, Lima, 2021, 53-55.

Sanz Nuria y Valenzuela José, “Migración y Cultura”, UNESCO, Tijuana, 2016, 21.

Sausa Maiella, *Ineficiencias del sector salud están afectando a millones de peruanos*, Perú21, Lima, 2018. <https://peru21.pe/peru/situacion-salud-peru-ineficiencias-sector-afectando-millones-peruanos-396225-noticia/>.

Shire Warsan, “Home”, en *FACING HISTORY & OURSELVES*, 2015. <https://www.facinghistory.org/standing-up-hatred-intolerance/warsan-shire-home>.

Sieghart Paul, *AIDS and Human Rights: A UK Perspective*, British Medical Association Foundation for AIDS, Londres, 1989, 12-25. Se recoge la traducción de la ACNUDH y ONUSIDA, “Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (Versión consolidada de 2006)”, ACNUDH y ONUSIDA, Ginebra, 2007, 82.

Silva Antonio, “Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú”, ONUSIDA, Lima, 2019. <http://onusidalac.org/1/index.php>

[/publicaciones/item/2470-diagnostico-rapido-situacion-de-los-migrantes-venezolanos-con-vih-en-el-peru.](#)

SIS, *Planes del Seguro Integral de Salud (SIS)*, 2020. <https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>.

SPIJ, *Constitución Política del Perú*, 1993. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Decreto Legislativo N.º 1158, “Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud”*, 2013. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Decreto Legislativo N.º 1346, “Decreto Legislativo que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del SIS”*, 2017. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Decreto Legislativo N.º 1466, “Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el Sistema Nacional de Salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19”*, 2020. http://spij.minjus.gob.pe/Normas/covid19/NORMAS_RANGO_LEGAL/DECRETO_LEGISLATIVO_1466.pd.

SPIJ, *Decreto Legislativo N.º 1164, “Decreto Legislativo que establece Disposiciones para la Extensión de la Cobertura Poblacional del Seguro Integral de Salud en Materia de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado”*, 2013. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Decreto Supremo N.º 044-2020-PCM, “Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19”*, 2020. http://spij.minjus.gob.pe/Normas/covid19/PRESIDENCIA_DEL_CONSEJO_DE_MINISTROS/DECRETO_SUPREMO_044-2020-PCM.pdf.

SPIJ, *Decreto Supremo N.º 019-2020-SA, “Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS”*, 2020. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Decreto Supremo N.º 001-2020-MIDIS, “Reglamento de la Ley N.º 30435, Ley que crea el Sistema Nacional de Focalización (SINAFO)”*, 2020. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Ley N.º 24710, “Ley de extradición”*, 1987. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Ley N.º 29761, “Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud”*, 2011. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Ley N.º 27891, “Ley del Refugiado”*, 2002. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Ley N.º 27813, “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS)”*, 2002. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Ley N.º 26842, “Ley General de Salud”*, 1997. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Ley N.º 29344, “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”*, 2009. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Ley N.º 28243, “Ley que amplía y modifica la Ley N.º 26626 sobre el VIH, el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual”*, 2004. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Decreto Supremo N.º 004-2003-SA, Reglamento de la SNCDS*, 2003. <http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativilibre/main.asp>.

SPIJ, *Decreto Supremo N.º 008-2010-SA, “Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”*, 2010. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

SPIJ, *Resolución Jefatural N.º 112-2020-SIS/GA, “Directiva administrativa que regula los procedimientos de afiliación al SIS”*, 2020. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp.

Superintendencia Nacional de Migraciones, *Directiva E01.PM.DI.002, Acreditación de personas extranjeras en situación de vulnerabilidad*, 2019.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1500401/E01.PM.DI.002.2019.pdf>.

Superintendencia Nacional de Migraciones, *Ley y reglamento de Migraciones*, 2017. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1260642/ley1350n_migraciones_reglamento.pdf.

Superintendencia Nacional de Migraciones, *Resolución de Superintendencia N.º 117-2018*, 2018. <https://www.migraciones.gob.pe/Normativa%20Interna/Resoluciones%20de%20Superintendencia/2018/RS1172018.pdf?csrc=3213612622913716796>.

Superintendencia Nacional de Migraciones, *Decreto Supremo N.º 119-2003-RE, Reglamento de la Ley del Refugiado*, 2003. <https://www.gob.pe/institucion/migraciones/normas-legales/1660280-n-119-2003-re-reglamento-de-la-ley-del-refugiado>.

Tribunal Constitucional, *EXP. N.º 1417-2005-AA/TC*, 2005, párr. 3. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/01417-2005-AA.html>.

Tribunal Constitucional, *Jurisprudencia Vinculante, EXP. N.º 05842-2006-PHC/TC*, 2006, párr. 48. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/05842-2006-HC.pdf>.

Tribunal Constitucional, *Jurisprudencia Vinculante, EXP. N.º 2016-2004-AA/TC*, 2004, párr. 4. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/02016-2004-AA.pdf>.

Tribunal Constitucional, *Jurisprudencia Vinculante, EXP. N.º 05842-2006-PHC/TC*, 2006, párr. 60. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/05842-2006-HC.pdf>.

UNAIDS, *People living with HIV receiving ART (as of 30 June)*, 2020. <https://aidsinfo.unaids.org/>.

United Nations, Treaty Collection. https://treaties.un.org/doc/Treaties/1954/04/19540422%2000-23%20AM/Ch_V_2p.pdf.

Valdez Flor de María, “Ampliación del Concepto de Refugiado en el Derecho Internacional Contemporáneo”, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2004, 207.

Wilson Luis, Velásquez Aníbal, Ponce Carlos, “La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 26, N.º 2, 2009, 211. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1361/1355>.

World Health Organization (WHO), *Global Health Expenditure Database*, Venezuela. <https://apps.who.int/nha/database/countryprofile/Index/en>.

World Health Organization (WHO), *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, 2000. Se recoge la traducción de la OPS, *La Salud Pública en las América: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, OPS, Washington D.C., 2002, 39-40. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf.

ANEXO

ANEXO 1: Respuesta a la solicitud de acceso a la información pública por parte del MRE.



Remite al siguiente por:
CACERES ESCALANTE MILUSKA
ROSARIO FIR 08274716 hard
Motivo: [Jefe de la
Oficina de Transparencia y Acceso
a la Información Pública]
Fecha: 21/06/2021 21:58:04-0800

Lima, 21 de junio de 2021

CARTA (TAI) N° 0-2-B/813

Señora
Paola Cristina Rojas Gonzales

[REDACTED]
Lima .-

Tengo el agrado de dirigirme a usted en relación a su Solicitud de Acceso a la Información Pública SAIP N°321-2021, realizada al amparo de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley N°27806).

Al respecto, la Dirección de Humanos ha informado lo siguiente:

"En atención al memorándum de la referencia, se cumple con remitir la respuesta elaborada por esta Dirección a la siguiente solicitud de acceso a la información:

SAIP N°000321-2021 - Paola Cristina Rojas Gonzales"

Atentamente,



Miluska Rosario Cáceres
Escalante
Consejera
Jefe de la Oficina de
Transparencia y Acceso a la
Información Pública

RPRV



PERÚ

Ministerio de
Relaciones Exteriores

Dirección de Derechos Humanos
TAI00562/2021

Solicitud N° 000321-2021 – Paola Cristina Rojas Gonzáles

1. ¿Cuántas personas solicitantes de la condición de refugiado de nacionalidad venezolana han sido reconocidas bajo la Declaración de Cartagena en los años 2017, 2018, 2019 y 2020?

No se cuenta con información procesada sobre cuántas personas han sido reconocidas bajo la definición ampliada de refugio contenida en el artículo 3 b) de la Ley N° 27891.

2. ¿Cuántas personas solicitantes de la condición de refugiado de nacionalidad venezolana han sido reconocidas bajo la Convención sobre el Estatuto de los refugiados de 1951 y el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de 1967 en los años 2017, 2018, 2019 y 2020?

No contamos con información procesada, pero, en el 80% de los casos, se aplicó la definición del 51 y, en el 20% de los casos, se aplicó la definición ampliada.

3. ¿Cuántas personas de nacionalidad venezolana han sido reconocidas como refugiados por encontrarse en situaciones de vulnerabilidad por problemas de salud en los años 2017, 2018, 2019 y 2020?

Se han reconocido a 504 ciudadanos venezolanos por problemas de salud

4. ¿Cuáles han sido las principales situaciones de vulnerabilidad que los solicitantes de la condición de refugiado han señalado para acceder al sistema de refugio peruano?

Las principales situaciones de vulnerabilidad que se han presentado son por temas de salud, niños, niñas, adolescentes no acompañados, adultos mayores, comunidad LGTBQI, víctimas de violencia de género y personas con discapacidad.

5. ¿Cuántas personas que viven con VIH/SIDA de nacionalidad venezolana han solicitado el reconocimiento de la condición de refugiado en los años 2017, 2018, 2019 y 2020?

No contamos con esa información

6. ¿El carné de solicitante de la condición de refugiado permite a quienes lo poseen acceder a los servicios de salud en el Perú?

El carnet de solicitante no es un carnet de identidad, sino que es un carnet que, de acuerdo a la Ley de Refugiado, sirve fundamentalmente para dos cosas:

- Acreditar que la persona es solicitante de refugio y, por tanto, puede permanecer en territorio peruano hasta que haya una decisión definitiva en su caso.
- Puede facilitar los trámites de trabajo que deban realizarse ante las autoridades estatales, por ejemplo: este carnet permite sacar RUC.

Si bien es cierto que el carnet de solicitante de refugio no permite acceder al SIS, existe una disposición que permite incluir dentro del SIS a menores de 4 años y mujeres embarazadas, solicitantes de refugio regulares e irregulares desde el punto de vista migratorio, estén documentados o no.

Finalmente, cabe tener presente que los casos de salud implican un riesgo de la vida o integridad de las personas, los ciudadanos venezolanos son casos a los que se aplica la definición ampliada de refugio, siendo reconocidos y documentados por un carnet de extranjería que les permite acceder al SIS.

7. ¿Desde enero del año 2020 a abril del año 2021 cuántas personas de nacionalidad venezolana han solicitado la condición de refugiado?

Desde enero del 2020 hasta abril 2021, han solicitado la condición de refugiado 55,028 ciudadanos de nacionalidad venezolana.

8. ¿Cuántos carnés de solicitantes de la condición de refugiado se han emitido por año durante los años 2017, 2018, 2019, 2020, hasta abril del año 2021?

Se han emitido 93,533 carnet de solicitante de refugio