



INFORME SOBRE MALTRATO Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES INDÍGENAS DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA, CON ENFOQUE EN PARTO

Fecha: 16-05-2019

1. Indique si en su país existen casos de maltrato y violencia contra las mujeres durante la atención de salud reproductiva, en particular el parto. De ser así, especifique qué tipo de casos y describa la respuesta de su país y las buenas prácticas, incluida la protección de los derechos humanos.

La violencia obstétrica ha entrado de manera reciente en Perú a formar parte de las reflexiones dentro del Estado y, entre las organizaciones sociales, que se dedican especialmente al abordaje de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Un avance concreto es el hecho de que en el Plan Nacional de Violencia de Género 2016-2021¹ se considera a la violencia obstétrica² dentro de las dieciséis modalidades de violencia que contempla el Plan. Igualmente, en el Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, se contempla la misma. No obstante, este espacio es todavía meramente “descriptivo” y no permite todavía el registro y/o la canalización de denuncias³.

Por otro lado, la Política Nacional de Igualdad de Género⁴ recientemente aprobada, establece como segundo objetivo *Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres*, y contempla las siguientes acciones en el primer lineamiento de este objetivo *Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres*:

2.1.1 Producción y difusión de información a nivel nacional y con enfoque intercultural, sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva y el derecho a una vida libre de violencia, incluyendo métodos anticonceptivos, beneficios y riesgos, parto vertical, aborto terapéutico, consentimiento informado, libre y voluntario, violencia obstétrica y derecho de los y las usuarias de los servicios de salud.

2.1.2. Atención y consejería integral en salud sexual y reproductiva, para ejercer el derecho a una vida libre de violencia, promoviendo relaciones igualitarias, con pertinencia cultural, calidad y oportunidad

2.1.3. Provisión, a nivel nacional, de métodos de planificación familiar, oportuna, con pertinencia cultural y de calidad.

2.1.4. Provisión de anticoncepción oral de emergencia, fiable y oportuna.

¹ http://www.flora.org.pe/observatorio/Norm_Nacio/PNCVHM_2009%20-%202015.pdf

² El Plan toma una definición de violencia obstétrica del MESECVI: La violencia obstétrica comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

³ https://observatorioviolencia.pe/mv_violencia-obstetrica/

⁴ Decreto Supremo N° 008 -2019-MIMP.



A pesar de que en Perú la violencia obstétrica no está tipificada penalmente, al igual en la mayoría de países de América Latina, su práctica se encuentra prohibida, al considerarse que se vulneran derechos contemplados en la Constitución, y derechos humanos de las mujeres.

Los casos de maltratos y violaciones de derechos registrados internamente por CHIRAPAQ, por la Defensoría del Pueblo y otras organizaciones de la sociedad civil y medios periodísticos⁵, evidencian que no están poniendo en el centro del problema los derechos de las mujeres y de los recién nacidos, y ni muchos menos, los derechos de las mujeres indígenas:

- Maltratos físico y verbal en la atención, con reiterados insultos machistas y racistas;
- Obligación a parir en una determinada postura, fundamentalmente horizontal;
- El no informar a las mujeres del derecho a contar con un plan de parto, y cuando se cuenta con éste, su falta de implementación;
- Realizar procedimientos médicos sin el consentimiento de las parturientas, como por ejemplo episiotomías;
- Aplicación de cesáreas no necesarias (que responden más a intereses económicos y personales del personal médico que atiende);
- Impedimento a que estén en el momento del parto familiares cercanos o parteras tradicionales
- Impedimento a celebración de ceremonias espirituales de parto, consumir infusiones u otras prácticas asociadas con cosmovisiones indígenas;
- Condicionamientos a recibir los beneficios de programas sociales, como Juntos, si las mujeres embarazadas no acuden a hacer sus revisiones periódicas en los centros de salud.
- Negación a otorgar el Certificado de Nacido Vivo, cuando el parto ha tenido lugar en un espacio diferente a una instancia de salud y ha sido atendido por parteras tradicionales indígenas;
- Obstáculos para promover el contacto directo entre la madre y el recién nacido;
- Promoción del uso de leches artificiales en vez de la lactancia materna.

En octubre atendí un parto, sí señorita. Eso se enteraron en Vilcas, y me decían “sigues atendiendo en casa como en los tiempos antiguos, en cambio nosotros nos atendemos en Vilcas, ya no debes atender aquí... ..Te van a llevar presa por no entender y seguir atendiendo”. Pero qué puedo hacer si vienen las señoras, no puedo negarme. A la posta de salud las llevan rápido. Cuentan los meses y cuando aún no le toca nacer al bebé les llevan y están como un mes en la posta. Cuando están con dolor de parto ya los llevan a Cangallo o Ayacucho para hacerles cesárea. Así está pasando señorita, por eso algunas mujeres no quieren ir y desean dar parto en su casa. En la posta no nos atienden como en nuestra casa. (Testimonio partera quechua Vilcashuamán)

Libertad de opción: ¿parto domiciliado?

Un análisis fundamental que se tiene que hacer desde el mismo Estado, es el hecho de que en la actualidad hay mujeres gestantes, que no quieren dar a luz en los hospitales, ni públicos ni privados, por el miedo a ser víctimas de violencia obstétrica. Esta situación se agrava en el caso de las mujeres indígenas, al enfrentar una violencia institucionalizada tanto dentro de los sistemas de salud, como de los sistemas de educación y de justicia. La lista de temores es larga, muchos se vinculan con el listado ya mencionado.

⁵ Ver por ejemplo algunos artículos de Wayka: <https://wayka.pe/viviste-parto-violencia-no-sabias-responde-estas-4-preguntas/>; <https://wayka.pe/embarazos-mortales-mortalidad-materna-peru/>



Con independencia de este análisis pendiente, lo cierto es que la opción de parir en nuestros propios domicilios no tendría que ser vista como estrategia para evitar los riesgos a ser violentadas en los centros de salud, sino como una opción libre, válida y segura, una opción que por otro lado, prefieren especialmente muchas mujeres indígenas, por motivos culturales, de acuerdo a sus propias cosmovisiones.

La dificultad que encuentro siendo partera es que mi trabajo no es nada libre. Si fuera así, yo trabajaría muy contenta y con esa libertad o amplitud que se tiene para ejercer cualquier carrera, pero lamentablemente, yo tengo que trabajar a escondidas como si fuese una delincuente o ladrona atendiendo los partos de algunas señoras ya que en los centros de salud no nos dejan trabajar, porque en realidad los centros de salud tienen sus derechos, y nos dicen que nosotras no podemos otorgar certificado de nacimiento porque simplemente somos parteras. Por eso es que las señoras a pesar que quieren dar a luz en sus casas atendidas por las parteras, no lo quieren hacer por no verse en problemas. Ahora yo misma estoy enviando a las señoras al centro de salud tocándole las venas para que si ya tienen que dar a luz, les acomodo bien al bebé y les digo que se vayan inmediatamente. (Testimonio recogido de partera quechua de Cusco).

Finalmente, en este círculo vicioso, lo cierto es que en Perú se da una práctica sistemática de persecución a las personas que deciden dar a luz en sus domicilios y en otros espacios como casas de nacimiento, a pesar de que no existe ninguna ley escrita que prohíba esta decisión, puesto que entraría en contradicción con el derecho de todas las mujeres a decidir libremente con quién, cómo y en dónde dar a luz.

Hay veces que cuando se les ayuda o prepara para que den a luz, se hacen vencer en su casa. A pesar que le digo al esposo que se apresure en traer una silla de ruedas para que se la lleve, la señora se hace vencer y nace el bebé; en ese caso, el problema es para mí. Las enfermeras me gritan y yo me siento culpable y con mucha tristeza por lo que pasa. Yo quisiera que haya una ley. Ojalá el gobierno me escuchara. (Testimonio recogido de partera quechua de Cusco).

En el caso concreto de las mujeres indígenas, la falta de libertad en su capacidad de decisión contraviene y vulnera tanto sus derechos individuales, como sus derechos colectivos recogidos en el marco de derechos de pueblos indígenas. En Perú, el derecho a poder disfrutar de atención según los sistemas de salud propios y el derecho a la atención con pertinencia en los servicios de salud, se vulneran sistemáticamente.

Algunos ejemplos de casos de vulneración de derechos en salud reproductiva.

En líneas generales, existe un claro vacío en el país en cuanto a la denuncia por casos de violencia obstétrica, entre otros motivos porque hay un desconocimiento de estos derechos vinculados con la salud reproductiva desde las propias mujeres y jóvenes, y más aún entre quienes son indígenas.

No obstante, cualquiera que se tome el tiempo de conversar con amistades, familiares y/o desconocidas, tanto en ámbitos rurales como urbanos, tanto en niveles socioeconómicos altos como bajos, será consciente que, en un porcentaje muy elevado, detrás de cada conversación hay una historia de violencia obstétrica, especialmente cuando el parto acabó en cesárea. Aunque el sentimiento de impotencia es



compartido, lo cierto es que en el caso de las mujeres indígenas que trabajan la tierra, las consecuencias de esta medida son nefastas y para toda la vida.

Por otro lado, la misma existencia o inexistencia de algunas estadísticas, evidencian claramente el problema de vulneración de derechos en este ámbito.

Casos – Lugares	Situación – vulneración de derechos
Discriminación en la atención a mujeres indígenas en las diferentes etapas del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> - Maltrato y/o condicionamiento del programas sociales y del servicio de la atención en los centros de salud, si las mujeres indígenas embarazada están siendo atendidas, o han sido atendidas por una partera. - Insultos machistas y racistas, y trato frío en el momento de atención del parto. - Impedimento a que estén acompañadas en la sala de partos, por familiares o por una partera tradicional. - Impedimento a elegir la forma en la que quieren parir y a que puedan utilizar en el proceso de parto, plantas y utensilios diversos propios de su cultura, que facilitan claramente el mismo. - En estos casos se agreden derechos culturales y se vulnera el derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas, también se vulnera el derecho universal a la salud, al negar y/o condicionar arbitrariamente la prestación de salud institucional.
Cusco, Balsapuerto (Alto Amazonas, Loreto), Vilcashuamán (Ayacucho)	
Fuente:	Testimonios recogidos por CHIRAPAQ en el Encuentro Internacional de Parteras Indígenas de las Américas organizado en articulación con organizaciones de México y Canadá (Lima – Vilcashuamán, abril 2019) y en entrevistas realizadas por CHIRAPAQ en Vilcashuamán (2017-2019).
Buenas prácticas fallidas en instancias de salud peruanas que han sido referencia en prácticas de atención de parto con pertinencia intercultural	<p>Las visitas realizadas a las instancias de salud en el 2017, recogen las siguientes conclusiones principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos económicos y humanos insuficientes. - Alta rotación del personal con precarias condiciones laborales y formación universitaria sin pertinencia cultural. - Problemas de afiliación al Sistema Integral de Salud (SIS). - Desconocimiento y desinformación sobre políticas, normas e instrumentos que promocionan y protegen los derechos en salud sexual, salud reproductiva y salud materna de mujeres indígenas. - Infraestructura, insumos y equipamientos casi inexistentes o nulos para la atención del parto vertical con pertinencia cultural. - Mínimo uso de estrategias de información, educación y comunicación en salud sexual, salud reproductiva y derechos en salud para mujeres indígenas, con importantes barreras lingüísticas en la implementación de las mismas. - Inexistencia de protocolos de formación sobre parto vertical a personal nuevo o limitada implementación, cuando estos protocolos existen. - Casas maternas que no cuentan con un equipamiento adecuado o que se usan para otros fines diferentes.
Hospital Amazónico de Yarinacocha (Pucallpa); Centro de Salud de Belén Pampa (Cusco); Churcampa (Huancavelica); San José de Secce (Ayacucho) y Vilcashuamán (Ayacucho) <i>Información recogida en el 2017</i>	
Fuente:	Visitas realizadas a establecimientos de salud y entrevistas a su personal y madres gestantes, como parte de un estudio promovido por CHIRAPAQ que analiza la situación de la atención del parto vertical con pertinencia intercultural en lugares emblemáticos (Parto indígena en el Perú, 2017).



Criminalización por optar por un parto domiciliario.	- Negación del derecho a la identidad (negación a otorgar el Certificado del Nacido Vivo y querer cobrar por ello, cuando es gratuito).
Distrito de La Mar, Ayacucho (2018).	- Amenazas con mandar al padre a la cárcel por haber “expuesto” a su recién nacido a la muerte (presunto autor del delito de exposición de personas al peligro de muerte).
	- Discriminación étnico-racial y de género.
<p>Fuente:</p> <p>Cobros irregulares por emisión del Certificado de Nacido Vivo y criminalización por parto en casa</p> <p>Huancavelica, Puerto Maldonado, Lima (Villa María del Triunfo). <i>Diferentes fechas</i></p>	<p>http://manoalzada.pe/especial/denuncian-violencia-obstetrica-contraparturienta-en-ayacucho</p> <p>https://www.facebook.com/umina.nunezgonzales/posts/10211157642239178?pnref=story</p>
<p>Fuentes:</p> <p>Criminalización de parteras tradicionales indígenas.</p> <p>Cusco y Vilcashumán (Ayacucho).</p>	<p>Casos registrados por la Defensoría del Pueblo:</p> <p>https://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=340738</p> <p>http://www.elperuano.com.pe/noticia-expedicion-del-certificado-de-nacido-vivo-37383.aspx</p> <p>http://www.defensoria.gob.pe/blog/la-identidad-como-derecho/</p> <p>http://www.defensoria.gob.pe/blog/certificado-de-nacido-vivo-gratuito/</p>
<p>Fuente:</p> <p>Testimonios recogidos por CHIRAPAQ en el Encuentro Internacional de Parteras Indígenas de las Américas organizado en articulación con organizaciones de México y Canadá (Lima – Vilcashumán, abril 2019) y en entrevistas realizadas por CHIRAPAQ en Vilcashumán (2017-2019).</p>	<p>- Amenazas para evitar que no atiendan a las madres gestantes, fundamentalmente indígenas; imposición de multas y amenazadas con meterlas en la cárcel, si alguien del personal médico prueba que ha atendido a una mujer en su embarazo o en su proceso de parto.</p> <p>- Maltratos por parte del personal médico: insultos racistas y machistas</p> <p>- Amenazas a la madre con no otorgar el certificado de nacimiento, si son atendidas por parteras, en lugar de por el centro de salud.</p> <p>- Prolongación del proceso de parto durante mucho más tiempo e incremento de riesgo de que le apliquen una cesárea.</p>

Algunos datos estadísticos de Perú

- Tasa de mortalidad materna: 68x100.000-2015.
- Esterilizaciones forzadas: 346.219 mujeres y 24.535 hombres⁶
- Tasa de cesáreas por encima de las recomendaciones de la OMS: el promedio nacional es 34,2% (áreas urbanas 40,8%/áreas rurales 15,7% -ENDES 2017). En el caso de clínicas privadas se puede llegar a reportar un 90% de cesáreas.

⁶ <http://www.resumenlatinoamericano.org/2017/12/27/peru-el-crimen-fujimorista-la-esterilizacion-forzada-de-370-000-peruanos/>



- Institucionalización del parto en hospitales u otras instancias de salud: en el 2017 el 93% fue parto institucional (zona urbana 97.7% y rural 79.1%/en la sierra y selva, con altos porcentajes de población indígena este porcentaje fue respectivamente 90.2% y 80.4%). (ENDES 2017).
- Partos atendidos por comadronas/parteras empíricas: en el 2017 fue el 3.47% (en el 2012, el 7%).

Estas cifras pueden llevar a la reflexión de la insatisfacción de muchas mujeres indígenas embarazadas que no pudieron ser atendidas según sus preferencias culturales. Igualmente nos debe de hacer reflexionar sobre la pérdida progresiva de conocimientos de las parteras indígenas por las limitadas posibilidades de poder ejercer su profesión en libertad, en contradicción con la alta demanda por parte de las madres gestantes indígenas.

Algunas “buenas prácticas”

La mayoría de las buenas prácticas registradas, que no son muchas, se centran en la implementación efectiva de un parto vertical con enfoque de derechos e intercultural, según la norma técnica, en hospitales y centros de salud. Al respecto se podría analizar el caso del Instituto Materno Perinatal del Lima.

Vinculado a ello, existen también algunas experiencias puntuales en donde las parteras indígenas trabajan en coordinación con las instancias de salud (pero siempre y cuando el parto sea atendido en estas instancias). Al respecto se podrían analizar los casos en la provincia de Ferreñafe (Lambayeque) y

2. Especifique si se administra un consentimiento completo e informado para cualquier tipo de atención de salud reproductiva y si estos incluyen la atención del parto

de Churcampa (Huancavelica).

El plan de parto se contempla en la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con pertinencia Intercultural, aunque muy raramente se ofrece como opción, a pesar de constituir un derecho de todas las mujeres. Este plan considera la toma de decisiones tanto en la dilatación, como en el expulsivo y en la atención del recién nacido.

3. Especifique si existen mecanismos de rendición de cuentas dentro de los establecimientos de salud para garantizar la reparación de las víctimas de maltrato y violencia, incluida la presentación de quejas, compensación financiera, reconocimiento de irregularidades y garantías de no repetición. Indique si la defensoría del pueblo tiene el mandato de abordar tales violaciones de derechos humanos.

En la actualidad el registro de casos de violencia obstétrica es muy escaso, ya que no hay una conciencia de derechos desde las mismas jóvenes y mujeres, y mucho menos entre las que son indígenas. Esta misma situación actúan como un factor favorable para la vulneración de los mismos desde el propio personal del sector salud, que con frecuencia está en pugna con otros especialistas. A ello se suman la inexistente institucionalización efectiva ni del enfoque de género ni del de interculturalidad, que se expresa, por ejemplo, en el desconocimiento de los sistemas de salud indígenas.



El sector salud cuenta con varios espacios en donde se pueden hacer denuncias, pero no hay uno concreto para hacer denuncias basadas en violencia obstétrica (ver por ejemplo: <http://portal.susalud.gob.pe/>). En la atención local, las mujeres gestantes afirman no conocer el protocolo de intervención de los centros de salud y cómo reportar casos en caso de sufrir violencia obstétrica.

Para el caso de las esterilizaciones forzadas ocurridas en varios períodos políticos, pero especialmente durante el gobierno de Fujimori, en la actualidad existe un registro desde el 2015- REVIESFO⁷, cuya finalidad es identificar el número de personas afectadas durante el período 1995-2001. Un porcentaje elevado de mujeres que sufrieron estas esterilizaciones fueron indígenas. Hasta la fecha la mayoría de las sobrevivientes no han sido resarcidas⁸ y existen grandes limitantes presupuestales para avanzar en dicho registro⁹.

Una reflexión qué cabría hacerse es cómo podemos tener una certeza absoluta de que no se están practicando esterilizaciones forzadas en la actualidad, si continuamos sin tener una conciencia clara de derechos reproductivos y de vulneración de los mismos.

La Defensoría del Pueblo ha realizado el Informe de Adjuntía N° 001-2017-DP/ADM: “Derecho a la salud materna” en donde recoge algunos casos y realiza diversas recomendaciones al Estado de Perú, como: “Implementar una norma específica que aborde la prevención y sanción de la violencia obstétrica, frente a los casos de maltrato de las usuarias en la atención durante el embarazo y el parto, en particular de las mujeres quechuhablantes”¹⁰.

A nivel regional la Defensoría del Pueblo también ha registrado y ha acompañado diferentes casos vinculados con la violencia obstétrica. En este año 2019, la Defensoría está preparando un informe sobre la situación de las mujeres indígenas, que considera específicamente temas vinculados con derechos

4. ¿Sus sistemas de salud tienen políticas que guían las respuestas de salud a la violencia contra las mujeres y están de acuerdo con las pautas y normas de la Organización Mundial de la Salud sobre este tema?

sexuales y derechos reproductivos.

El marco jurídico nacional en el Perú en materia de derechos reproductivos y salud materna con enfoque intercultural, a pesar de existir algunos vacíos, es amplio, pero tiene grandes inconvenientes de base:

1. Su limitada implementación efectiva, que se acompaña de un desconocimiento y desinformación tanto del personal médico como de las mujeres y madres gestantes (obstaculizando claramente cualquier posibilidad de denuncia).
2. El desincentivar o eliminar la libertad de decisión de las madres gestantes sobre dónde, con quién y cómo dar a luz; un ejemplo evidente es el tener como uno de sus principales objetivos

⁷ Registro de Víctimas de Esterilizaciones Forzadas.

⁸ Información detallada se puede encontrar en DEMUS (<https://www.demus.org.pe/>) y ONAMIAP (<https://onamiap.org/etiqueta/esterilizaciones-forzadas/>)

⁹ Un problema general en el sector salud y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, es que no existen unas pautas uniformes para el registro con población indígena, en ocasiones se utiliza el criterio de autoidentificación y en otras el de lengua materna.

¹⁰ <https://www.defensoria.gob.pe/propuesta-de-defensoria-del-pueblo-para-la-implementacion-de-una-norma-que-prevenga-la-violencia-obstetrica-fue-acogida-por-el-minsa/>



“institucionalizar los partos” en instancias de salud, como única estrategia posible para reducir las muertes maternas.

3. Desincentivar las prácticas ancestrales en torno a la generación de la vida humana y más concretamente, la participación activa de las parteras tradicionales indígenas en todo el proceso¹¹.

A todo ello se suma que la cobertura de salud en el Perú sigue siendo muy precaria en muchas regiones y especialmente en territorios indígenas, en donde se evidencian importantes brechas tanto de infraestructura, como de equipamiento y del personal que atiende, así como de la calidad de atención de los servicios que ofrecen, con escasa o nula pertinencia cultural.

Existen varios protocolos de atención como los “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos” y la “Directiva Sanitaria para la evaluación de las emergencias obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud”, pero lo cierto es que no se hace seguimiento y monitoreo a los mismos.

En general, podemos apreciar en Perú y en la región de América Latina, que existen estrategias y posturas contradictorias entre los pueblos y mujeres indígenas, y lo que plantean algunas agencias de Naciones Unidas como la OMS y UNFPA¹². La creación en la OPS de la Política sobre Etnicidad y Salud, que se encuentra en una incipiente implementación, podría ser una oportunidad para tratar de conciliar estas posturas.

Principales instrumentos jurídicos que se vinculan con salud reproductiva

¹¹ Hay reconocimiento (en ocasiones usurpación) de conocimientos tradicionales indígenas, pero no de las sabias y los sabios indígenas que profesan los mismos, ni de la libertad para su práctica.

¹² Por ejemplo, durante más de una década en Perú se han diseñado e implementado propuestas que priorizan la institucionalización del parto en centros de salud, con el fin último de reducir las muertes maternas. No obstante, estas medidas que armonizan con las propuestas internacionales promovidas por la OMS, llegan a vulnerar los derechos de las mujeres indígenas.



- Constitución Política del Perú.
- Ley de Consulta Previa a los pueblos indígenas u originarios (Ley N° 29785).
Crea procedimientos del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios respecto a las medidas legislativas o administrativas que les afecten directamente.
- Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021.
<https://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2018/02/PNDH-2018-2021.pdf>
- Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (Ley N° 28983).
- Política Nacional de Igualdad de Género (Decreto Supremo N° 008 -2019-MIMP).
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305453/politica-nacional-igualdad-degenero.pdf>
- Ley General de Salud.
- Política Sectorial de Salud Intercultural (Decreto Supremo N° 016-2016-SA).
- Norma Técnica para la transversalización de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad equidad de género e interculturalidad en salud (N. T. N° 047 V.01).
- Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con pertinencia Intercultural (Resolución Ministerial 518-2016).
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
- Norma Técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural (NT N° 033 MINSA-DGPS-2005).
- Norma Técnica sobre la Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (N° 028-MINSA/DGSP-V01).
- Norma Técnica Adecuación Cultural de la consejería y orientación en salud sexual y reproductiva (R.M. N° 278-2008-MINSA).
- Documento técnico “Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad-Marco Conceptual” (R. M. N° 792-2006-MINSA).
- Ley N° 29462 y la Directiva Administrativa N° 166-MINSA/OGEI-V.01
Gratuidad de la expedición del certificado de nacido vivo, tanto a los partos institucionales como domiciliarios.
http://www.reniec.gob.pe/portal/html/rcc/MODIFICATORIAS_A_LA_LEY_ORGANICA.pdf
- Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 -2021 (Decreto Supremo N° 012-2013-SA).
- Documento Técnico Casas de Espera Materna: Modelo para su implementación (RM N°674-2006).

5. Recomendaciones básicas

1. Respetar el marco de derechos de los pueblos indígenas, especialmente la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, el Convenio 169 de la OIT y el Consenso de Montevideo.
2. Promover una mayor sensibilización sobre los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, especialmente entre las jóvenes y mujeres indígenas, y su marco normativo.
3. Generar mayores evidencias de los casos de violencia obstétrica e institucionalizar y fortalecer canales específicos de denuncias, con un sistema de registro que sea culturalmente pertinente.
4. Regular la violencia obstétrica en el país, con agravantes en el caso de que se vulneren simultáneamente otros derechos vinculados con la discriminación étnica o la orientación sexual e identidad de género.



5. Promover un mayor diálogo y concertación entre agencias del sistema de Naciones Unidas como la OMS y UNFPA y las mujeres y pueblos indígenas.
6. Promover mayor concentración en cuanto a la entidad rectora que da lineamiento y monitoreo sobre los derechos de las mujeres, las jóvenes y las niñas indígenas, para evitar la gran dispersión que existe en la actualidad en el Perú.
7. Transformar la currícula universitaria vinculada con estudios de salud, para que tenga pertinencia cultural y para que transversalice los enfoques de derechos humanos, de igualdad de género y de interculturalidad.

6. Información complementaria

Informe UNFPA – CHIRAPAQ: Recomendaciones del Foro Permanente sobre salud sexual y reproductiva y la violencia contra mujeres indígenas. Avances y desafíos.

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_human_rights_report.pdf

Violencias y mujeres indígenas

<http://chirapaq.org.pe/es/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/Violencias-y-Mujeres-Indigenas.pdf>

Infografía Salud Sexual y Salud Reproductiva (UNFPA-Perú)

<https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Infografia%20Salud%20sexual.pdf>

Derecho a la salud materna. Seguimiento de las recomendaciones defensoriales a establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno. Serie Informes de Adjuntía – Informe N° 001-2017-DP/ADM

https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/varios/2017/Informe-de-Adjuntia-N-001-2017-DP-ADM_Derecho-a-la-Salud-Materna-.pdf

Recomendaciones centradas en salud materna – partería tradicional indígena del Foro Permanente (en anexo 1).



FORO PERMANENTE DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Recomendaciones vinculadas directamente con salud materna -partería tradicional indígena

Sesión 3 (2004) Recomendación párrafo 89, letra b) y e)

89. Los objetivos del Foro en esta esfera son la promoción de la cooperación, el intercambio de información y el establecimiento de asociaciones, y el mejoramiento de la coordinación mediante la facilitación de contactos periódicos y la presentación de informes. El Foro se propone examinar este tema y presentar informes al respecto en forma anual. El Foro, reafirmando sus recomendaciones sobre salud formuladas en sus informes primero y segundo, y en el espíritu del tema de su tercer período de sesiones, a saber, las mujeres indígenas, recomienda que todas las entidades competentes de las Naciones Unidas, en especial a la OMS, el UNICEF y el UNFPA, y las organizaciones regionales de salud y los gobiernos:

b) Sigam elaborando y difundiendo información sobre estrategias innovadoras en materia de servicios de salud para las mujeres indígenas, que **incorporen conceptos y conocimientos indígenas sobre la salud, el bienestar, la curación, la enfermedad, la sexualidad y el alumbramiento**, que garanticen servicios de atención de la salud universales y accesibles a las mujeres y niñas indígenas, y que proporcionen apoyo financiero y técnico adecuado para la prestación de servicios de atención primaria de la salud y educación sanitaria integrales y basados en la comunidad, que incorporen componentes indígenas tradicionales;

e) Alienten a los Estados a que **incluyan y acrediten a prácticos de la medicina indígena, incluidas las parteras tradicionales (comadronas) y los integren en los sistemas estatales de atención** de la salud, y que reconozcan plenamente los conocimientos medicinales de dichos prácticos y los medicamentos que utilizan;

Sesión 5 (2006) Recomendación párrafo 48

48. El Foro Permanente, reafirmando las recomendaciones sobre la salud que formuló en sus períodos de sesiones primero, segundo y tercero, recomienda también que todas las entidades competentes de las Naciones Unidas, especialmente la OMS, el UNICEF y el UNFPA, así como las organizaciones regionales de la salud y los gobiernos, incorporen plenamente una perspectiva cultural en las políticas y los programas sobre salud destinados a brindar a la mujer indígena una asistencia sanitaria de calidad, incluida la atención obstétrica de emergencia, una planificación voluntaria de la familia y una **asistencia cualificada en el parto. Con respecto a esta última actividad, es necesario evaluar de nuevo y ampliar las funciones de las parteras tradicionales para que puedan asistir a las mujeres indígenas durante sus procesos de salud reproductiva y actuar como intermediarias culturales entre los sistemas de salud y los valores y las perspectivas de las comunidades indígena.**

Sesión 9 (2010) Recomendación párrafo 166

166. El Foro Permanente recomienda a los Estados que incluyan la identificación étnica en las estadísticas vitales y los registros de salud, asignen más fondos a los servicios interculturales que garanticen el acceso de las mujeres indígenas a una atención sanitaria de calidad, incluida la atención obstétrica de emergencia, la planificación familiar voluntaria y la asistencia de nivel profesional en los partos, y **que se fortalezca y amplíe la función de las parteras tradicionales.**

Sesión 17 (2018) Recomendación párrafo 48, 49, 50, 51

48. El Foro Permanente acoge con beneplácito la aprobación, en 2017, de la primera política sobre etnicidad y salud por los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), e invita a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a que amplíe esa labor a nivel mundial. El Foro señala también la iniciativa de la OPS/OMS de elaborar una estrategia y un plan de acción sobre etnicidad y salud para las Américas, la aplicación de un plan de salud para los jóvenes indígenas en América Latina y la puesta en marcha de la Biblioteca Virtual en Salud de Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas para las Américas, e invita a la OPS/OMS a que presente un informe al Foro en su 18º período de sesiones sobre los avances realizados.

49. En los sistemas nacionales de salud se presta una atención insignificante a los conocimientos culturales y clínicos de las matronas indígenas tradicionales y su contribución al bienestar y la salud de los pueblos indígenas. Las matronas indígenas trabajan incansablemente para mejorar la salud materna e infantil durante todo el ciclo de vida reproductiva de las mujeres y, en particular, durante el embarazo, el parto y el período posparto.



50. A pesar de esta función esencial, la labor de las matronas indígenas, regulada por la propia comunidad, es a menudo criticada y hasta penalizada, en detrimento de la salud de los pueblos indígenas. Para cerrar la brecha de las estadísticas en materia de salud entre la población indígena y no indígena, los poderes públicos deben apoyar e integrar la práctica de las matronas indígenas. El derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación es aplicable a su salud reproductiva, y los Estados deben poner fin a la penalización de las matronas indígenas y realizar las modificaciones legislativas y reglamentarias necesarias para legitimar la actividad de aquellas que gozan del reconocimiento de sus comunidades como proveedoras de servicios de salud. Los Estados también deben apoyar la capacitación de nuevas matronas indígenas tradicionales a través de múltiples vías, como los períodos en prácticas y la transmisión oral de los conocimientos.

51. El Foro Permanente reitera las recomendaciones anteriores de que la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el UNFPA, así como las organizaciones regionales de salud y los Gobiernos, incorporen plenamente en sus políticas y programas de salud y en sus servicios de salud reproductiva una perspectiva cultural que permita brindar a las mujeres indígenas una asistencia sanitaria de calidad, incluida la atención obstétrica de emergencia, la planificación familiar voluntaria y la asistencia cualificada en el parto. Deberían reevaluarse y ampliarse las funciones de las matronas tradicionales a fin de que puedan asistir a las mujeres indígenas durante sus procesos de salud reproductiva y servir de intermediarias culturales entre los sistemas de salud y los pueblos indígenas.