

# EL ACCESO DE LA MUJER NATIVA A PRESTACIONES DE SALUD QUE CONTEMPLAN EL PARTO VERTICAL

## ACCESS TO HEALTHCARE CONSIDERING VERTICAL DELIVERY BY THE NATIVE INDIGENOUS WOMAN

**Francisco Gómez Sánchez**  
Universidad Norbert Wiener

### RESUMEN

El presente trabajo desarrolla las consideraciones por las cuales el Estado peruano debe implementar de manera eficaz el programa de parto vertical a favor de la mujer nativa. La brecha entre este colectivo y el de la mujer urbana acoplada a la cultura occidental exhibe una serie de indicadores, donde la constante es la inequidad en el acceso a las prestaciones de salud prenatal, durante el parto y en el puerperio. Por esto, el artículo trata sobre el contenido de las prestaciones de salud. Específicamente, identifica la obligación estatal para con el resguardo del derecho a la salud reproductiva de la mujer, con especial énfasis en lo que al parto vertical supone; esto, en razón de que su ejecución permitirá la reducción de la tasa de mortandad materno-infantil, y evidenciará el respeto de las diversas manifestaciones culturales que permiten la subsistencia de los pueblos originarios.

**Palabras clave:** prestación de salud, derechos reproductivos, parto vertical, interculturalidad.

### ABSTRACT

This paper develops considerations by which the Peruvian State must effectively implement a vertical delivery program for native women. The gap between this group and urban women connected to Western culture displays a series of indicators, where inequity in access to health benefits during the various stages of pregnancy: prenatal, childbirth and postpartum, remains the main constraint. Therefore, this article focuses on health benefits. Specifically, it identifies the state's obligation to safeguard the right to women's reproductive health; with a particular emphasis on vertical delivery given that its implementation will reduce the rate of maternal and infant mortality, and will demonstrate respect towards various cultural manifestations that enable the survival of indigenous peoples.

**Keywords:** delivery of health, reproductive rights, vertical delivery, multiculturalism.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La salud constituye el presupuesto esencial para la existencia del ser humano. Por tal motivo, el legislador consideró pertinente consagrarla como derecho en el artículo 7.º de la Constitución Política del Perú, bajo el precepto de que “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”.

Sin embargo, son numerosas las denuncias presentadas en relación a la prestación del servicio de salud. Gran parte de estos casos son el resultado de una política deficiente de salud pública que pretende justificarse en la ausencia de recursos económicos que permitan contar con el número adecuado de profesionales, adquirir instrumental médico y farmacológico, como también ampliar el sistema de cobertura médica.

Dicho panorama adquiere un particular matiz en lo que a la salud de la mujer peruana se refiere. Las circunstancias particulares que la distinguen de los varones determinan la implementación de medidas destinadas a satisfacer sus necesidades médicas de manera distinta que las del resto de la población. No obstante, el sistema nacional de salud no solventa o cubre estas necesidades, de modo que se genera situaciones de arbitrariedad que repercuten sobre este derecho fundamental.

Debe precisarse que la situación de la salud de la mujer peruana no puede ser asumida desde un plano unitario, como si las mujeres constituyeran un grupo homogéneo. Uno de los grupos que componen este colectivo son las mujeres nativas, quienes ven reducido el acceso a las prestaciones de salud, ya sea por la

ausencia de este servicio o porque ha sido implementado desde una perspectiva que no respeta sus tradiciones.

La salud reproductiva de la mujer nativa constituye una de las dimensiones más vulneradas de este derecho, ya que la ejecución de las políticas establecidas a su favor son desarrolladas generalmente por personal foráneo, que desconoce las prácticas culturales de sus pueblos. De esa manera se genera desconfianza sobre las potenciales beneficiarias de los servicios, quienes se abstienen de acudir a ellos, omitiendo el cuidado de este atributo.

En ese sentido, este artículo tiene por objeto estudiar el acceso de la mujer nativa a las prestaciones de salud que contemplen el parto vertical. Con su implementación, las beneficiarias tendrán mayor confianza para ser atendidas por medio de prácticas que responden a costumbres ancestrales que forman parte de su cultura. De esta manera se protegerá la identidad étnica y cultural de esta población, pero también sus derechos a la vida y a la salud, al acceder a servicios en los que se supervisarán la gestación y el parto, así como los cuidados asumidos tras el alumbramiento, con lo cual se coadyuvará a la reducción de su tasa de mortandad.

## **II. LA OBLIGACIÓN DEL ESTADO EN TORNO A LAS PRESTACIONES DE SALUD**

La salud es definida por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud es reconocida como derecho en una serie de cuerpos

normativos de alcance supranacional. A nivel mundial, en la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25.º, inciso 1), el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12.º), la Convención sobre Eliminación de Toda Forma de Discriminación de la Mujer (artículo 12.º) y la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24.º), entre otros. En nuestra región, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (artículo 11.º), la Convención Americana de Derechos Humanos (artículo 17.º) y el Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12.º).

Por su parte, la legislación peruana ha hecho lo propio al incorporar el concepto de salud en la Constitución Política y desarrollarlo en textos como la Ley General de Salud y la Ley del Ministerio de Salud. De igual manera, se regula la protección de la salud frente a actos que la amenacen o afecten a través del Código Procesal Constitucional y la recurrencia al proceso de amparo.

La Ley General de Salud (Ley 26842) señala, en su Título Preliminar, que gozar de buena salud es requisito indispensable para que el ser humano pueda desarrollarse de manera armónica en la sociedad y se represente a sí mismo como un sujeto valioso, libre y útil. La Ley del Ministerio de Salud (Ley 27657), en su artículo segundo, señala que el referido Ministerio es un órgano del Poder Ejecutivo que tiene entre sus funciones, como ente rector del sistema de salud a nivel nacional, lograr el desarrollo integral del ser humano mediante el cuidado de su

salud (lo que implica promoción, prevención, recuperación y rehabilitación), desde su concepción (en concordancia con la Constitución Política y el Código Civil) hasta su muerte (señalada en la Ley General de Salud), y siempre con el objetivo del pleno respeto por sus derechos fundamentales.

Sin embargo, el contenido del derecho a la salud es apreciado a través de los criterios jurisprudenciales emitidos con motivo de casos en los que nuestra administración de justicia ha conocido sobre su afectación. Entre ellos destacan los criterios establecidos por el Tribunal Constitucional en diversos casos, en los que, además de esbozar una definición, identifica sus dimensiones, su relación con otros derechos fundamentales y las obligaciones que debe cumplir el Estado para asegurar su protección.

El referido colegiado ha señalado que el derecho a la salud “comprende no solo el derecho al cuidado de la salud personal, sino también el acceso a condiciones mínimas de salubridad a fin de vivir una vida digna”<sup>1</sup>. Por ese motivo, este derecho “abarca, por un lado, la atención de salud oportuna y apropiada, y, por otro, los factores que determinan la buena salud, tales como el agua potable, la nutrición, la vivienda y las condiciones ambientales y ocupaciones saludables, entre otros”<sup>2</sup>.

El Estado debe asegurar el cumplimiento de estas condiciones indispensables para su ejercicio, en consonancia con la naturaleza social y democrática del Derecho. Involucra el respeto eficaz de este atributo inherente a la persona y responde en términos amplios al amparo

1 Sentencia emitida por el Tribunal Constitucional en el Expediente N.º 02064-2004-AA, del 4 de julio de 2005; fundamento jurídico 2.

2 Ídem.

de la salud pública<sup>3</sup>. Precisamente sobre este último marco, el Estado debe planificar políticas de salud fundamentadas en un estudio previo que determine la realidad sobre el disfrute de este derecho en nuestro país, para que se oriente el desarrollo de los planes públicos en torno a la satisfacción de las necesidades actuales, como también a la prevención de males que podrían acarrear el detrimento físico o mental de gran parte de nuestra población.

La protección de la salud no debe ser entendida como simple cumplimiento de una obligación legal. Su contenido está determinado tanto por las facultades de las que somos titulares, como por las obligaciones que el Estado tiene sobre la vigencia plena del derecho.

Ambas dimensiones del contenido de este derecho son expresadas a través de lo que denominamos el acceso a prestaciones “adecuadas” de salud; es decir, específicas actuaciones estatales que concreten la finalidad perseguida por los programas estatales destinados a la protección de la salud. La prestación involucra condiciones adecuadas de actuación. Ahora, si bien su mención es obligada frente al cumplimiento de compromisos formales por parte del Estado, no se satisface la protección del derecho, sino que se limita su marco de acción al enunciado literal de un dispositivo jurídico.

Ejemplo de esta concepción es la denominación de la salud como *derecho programático*, cuando lo programático es la naturaleza de los contenidos de las políticas que habrán de implementarse para coadyuvar a la maximización del derecho<sup>4</sup>. Referirse a la salud como un derecho programático es suprimir parte de la esencia de los derechos fundamentales, asumiéndola como un derecho que ha de ser satisfecho paulatinamente y no de uno fundamental que requiere la urgente protección estatal.

Como derecho social, la salud requiere de protección eficaz e inmediata. Al respecto, el Tribunal Constitucional señala lo siguiente:

Si bien es cierto que la efectividad de los derechos sociales requiere un mínimo de actuación del Estado a través del establecimiento de servicios públicos, [...] estos derivan en obligaciones concretas por cumplir, por lo que los Estados deben adoptar medidas constantes y eficaces para lograr progresivamente la plena efectividad de los mismos en igualdad de condiciones para la totalidad de la población<sup>5</sup>.

Para ello debe establecerse un conjunto de prestaciones, lo cual involucra lo siguiente:

Un instrumento fundamental de regulación para la fijación de prioridades y para otros objetivos de política de salud.

3 Para mayores detalles sobre salud pública se recomienda revisar a Luis González Morán, “Protección de la salud y la seguridad de los consumidores y usuarios”. En: Alicia de León y María García García (coord.) *Derechos de los consumidores y usuarios*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2000, p. 679.

4 Esta percepción errada tiende a ampararse en la paupérrima asignación presupuestaria que genera la demora en la implementación de los servicios de salud en nuestro país. Por ese motivo se pretende esquivar la satisfacción inmediata de este derecho, bajo el argumento de que la paulatina implementación de los programas de salud exige “[...] condiciones esencialmente técnicas (legislativas o en su caso administrativas), [...] [y] económico-sociales (habilitación presupuestal)” (Sáenz Dávalos 2006).

5 Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente N.º 02945-2003-AA, del 20 de abril de 2003; fundamento jurídico 12.

Los objetivos últimos a los que puede contribuir la delimitación de los servicios pueden ser la mejora de la efectividad, la eficiencia y la equidad del sistema y el aumento de la garantía jurídica de los derechos de los asegurados. Dichos objetivos se persiguen, a menudo, de forma simultánea y es difícil fijar la prioridad que cada uno de ellos deba tener o pueda haber tenido en la configuración final del contenido de un conjunto de prestaciones (Antoñanzas *et alii* 2003: 3).

### **III. LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS: DESDE LA PROCREACIÓN HASTA EL ACCESO DE LA EMBARAZADA A LA SALUD**

La procreación constituye un factor inmerso dentro de la Política Nacional de Población, tal como establece su ley aprobada mediante Decreto Legislativo 346. Involucra acciones específicas a favor de la mujer, como la dispuesta en su artículo 34.º, relativa a que “[...] los servicios de salud brindan atención a la madre en las etapas de embarazo, parto y puerperio con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad materna y del recién nacido, con tendencia a la gratuidad”.

Esta ley encuentra consonancia con lo dispuesto por el artículo 6.º de la Carta Fundamental al reconocer el derecho de las familias y de las personas a decidir, lo cual se condice con la cláusula contenida en el artículo 2.º, inciso 1 de la Constitución, referida al libre desarrollo del ser humano.

La procreación conforma uno de los contenidos protegidos por la salud reproductiva, tal como reconoce el Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, cuyo párrafo 93 establece “[...] el derecho del hombre y la mujer [...] a recibir servicios adecuados de atención

de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.

Se coincide con Ramos Padilla, para quien este reconocimiento “[...] expresaría una preocupación oficial por el bienestar integral del ser humano, al reconocer a la sexualidad y reproducción como dimensiones importantes por ser satisfechas para la realización personal, y también con impactos en el desarrollo económico y social” (2006: 201).

En este punto del análisis ingresan los derechos reproductivos. Al respecto, la Defensoría del Pueblo ha expresado que estos fueron originalmente definidos como aquellos destinados a “[...] reivindicar y proteger el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva, es decir, el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener, a escoger el método anticonceptivo de su preferencia, así como a gozar de la información y medios adecuados para lograr ese fin, contando con programas adecuados de salud reproductiva y planificación familiar” (Defensoría del Pueblo 2003: 13).

Sin embargo, esta visión ha sido superada, pues contenía un sesgo al suponer que solo las mujeres serían titulares de este derecho. Esto generaba un efecto adverso, pues al considerar que solo la mujer estaba vinculada a este derecho se la concebía como la única obligada al acceso a su información como a su empleo, dejando al varón exento de cualquier tipo de responsabilidad en torno a la decisión sobre la reproducción, gestación y parto.

Por tal motivo, los derechos reproductivos han abandonado tal perspectiva. Se han constituido en un mecanismo

que hace que mujeres y varones puedan acceder a información y a métodos de anticoncepción que les permitan decidir sobre su uso y sobre el número de hijos que desean tener. Por ello, el ejercicio de los derechos reproductivos constituye una manifestación de la libertad personal y asegura el pleno desarrollo del ser humano debido a que le proporciona las herramientas dirigidas a planificar tanto su vida como su relación de pareja.

En tal sentido, la Defensoría del Pueblo, tomando en consideración el pronunciamiento del Movimiento Manuela Ramos (2001: 26-27), afirma que “[...] los derechos reproductivos están vinculados a un conjunto de derechos humanos universalmente reconocidos como el derecho a la libertad y seguridad personales, a la atención y protección de la salud, a la igualdad y no discriminación, a casarse y fundar una familia, a la libertad de pensamiento y de religión, a gozar de los beneficios del progreso científico así como a la información y educación” (Defensoría del Pueblo 2003: 13).

De igual manera, Schilling ha señalado que “[...] la defensa y promoción de los derechos de las mujeres, entre otros, el acceso a la planificación familiar, ha aumentado y diversificado sus oportunidades, permitiendo que las mujeres opten o adopten diversos estilos de vida, ya no limitándose solo a la maternidad y al cuidado de los hijos, sino que ejecuten múltiples roles, integrándose al mundo laboral, académico, artístico, deportivo de alto rendimiento, etc.” (2008: 294).

Por otro lado, los derechos reproductivos también se manifiestan a través del acceso de la embarazada a las prestaciones de salud. Aunque formalmente los artículos 4.º y 6.º de la Constitución Política

constituyen un marco que garantizaría la atención prenatal, durante el parto y en el puerperio, estudios sobre este tópico han revelado que en nuestro país esto no encuentra un correlato fáctico.

Sobre el particular, Bravo Barja considera que “[...] la atención de la salud de la mujer durante el embarazo es [...] un derecho fundamental que debe ser garantizado para todas las mujeres, cualquiera sea su situación socioeconómica y lugar de residencia” (2007: 21). Sin embargo, esta investigadora ha advertido que “[...] existen restricciones de distinta naturaleza para que ese derecho no sea equitativo, entre ellas situaciones de contexto relativas a la pobreza y al déficit o mala calidad de la infraestructura médica, y situaciones personales de la mujeres que viven en pobreza tales como bajos niveles educativos y escasa posibilidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos” (2007: 21).

Esta situación debe conducir a que el Estado adopte medidas destinadas a superar las distintas situaciones de inequidad en las que se encontrarían las mujeres, a efectos de acceder a una atención especializada durante la gestación. Como reconoce la referida autora, “[...] el control médico permanente durante el embarazo es fundamental para evitar riesgos que ponen en peligro la salud de la madre y del hijo. Durante él se le aplican pruebas de presión arterial y anemia, que suelen ser los principales factores de riesgo, así como también se vacuna a la madre con toxoide tetánico para evitar el tétano neonatal” (2007: 21). A través del acceso a dichas prestaciones de salud prenatal se garantizarán la vida, la salud y la integridad de la madre y del feto, lo cual reflejará un rol activo por parte del Estado en resguardo de los derechos fundamentales.

#### IV. PRESTACIONES DE SALUD A FAVOR DE LA GESTANTE

El parto constituye el procedimiento por el cual una mujer expelle al feto. La medicina occidental prevé una serie de condiciones que hagan posible que este procedimiento sea realizado de la manera más adecuada para salvaguardar la salud de la madre y de quien va a nacer.

Sobre el particular, la confianza constituye un factor de suma importancia para garantizar que la gestante acceda a esta prestación. Como es comprensible, la mujer elegirá la prestación de salud que resulte más adecuada; esta evaluación responderá a la concurrencia de una serie de factores, en los que los aspectos médicos no llegan a garantizar la configuración de la confianza sobre el procedimiento, sino también el concepto que tiene la gestante respecto a la forma en la que lleva a cabo el parto.

Uno de los factores que genera la confianza de la madre y de su entorno sobre la decisión de acceder a determinada prestación de salud para la realización del parto, lo constituye el cultural. La representación social de los integrantes de una comunidad en torno al significado del alumbramiento y del procedimiento que será realizado respetando esa noción, juega un rol de suma importancia que condiciona la vida o la muerte de la madre y del feto.

Por ese motivo, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo ha establecido:

[...] como una de las medidas que los Estados deben adoptar con el propósito de reducir las muertes maternas, la necesidad de garantizar a las mujeres gestantes el acceso a servicios de atención prenatal, partos sin riesgos y atención después del parto, en particular para

la lactancia materna y la atención de la salud materno-infantil. Los servicios de maternidad de atención primaria deben estar fundamentados en el concepto de la elección basada en una información correcta, así como incluir educación sobre una maternidad sin riesgo, cuidados prenatales coordinados y eficaces, programas de nutrición materna, servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo, el parto, la atención prenatal y planificación de la familia, la asistencia de personas capacitadas, entre otros” (Defensoría del Pueblo 2008: 8).

Por ello, debe concluirse en que la simple atención durante el parto no constituye un mecanismo adecuado que asegure la efectividad de la prestación, pues esta solo constituye una etapa dentro del plan de parto, definido por el Ministerio de Salud de este modo:

[...] una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puerpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. El plan facilita la información para que las gestantes y sus familiares sepan a dónde llegar, ante la presencia de señales de parto o de algún signo de alarma (Ministerio de Salud 2005: 16).

Estas consideraciones deben ser tomadas en cuenta tanto para la sociedad peruana occidentalizada, como también para aquella donde en su cultura priman elementos tradicionales. Esto determina que el parto y su procedimiento sean dotados de un significado ciertamente especial que va de la mano con la seguridad que le proveen a la madre y al feto. Por estas razones, en el imaginario colectivo de los miembros de las comunidades originarias, el alumbramiento no puede

ser perturbado con procesos distintos de los establecidos en la norma social, pues quebrantan parte de su identidad cultural que, en tiempos como los de la globalización, se ve perturbada.

A este respecto, investigadores sobre la materia han señalado que para el establecimiento de programas de salud relativos a la atención del parto es necesario tomar como referente que “[...] nuestro país se caracteriza por ser pluricultural, multiétnico y plurilingüe, depositario de trece grupos lingüísticos y sesenta grupos étnicos, [y que esto] permite que su riqueza y diversidad cultural origine todo un sistema de concepciones en torno al proceso de salud-enfermedad, incluido embarazo, parto y puerperio” (Mayca *et alii* 2009: 146).

En ese sentido, la atención de la gestante responde a un procedimiento médico que debe salvaguardar la identidad cultural de la paciente. La ejecución de acciones determinadas como la construcción de centros de salud, la implementación de instrumental y medicinas, así como su dotación de personal médico, no son suficientes para garantizar el acceso de la población a las prestaciones de salud, si no se toma en consideración el contexto social de la localidad donde se pretende brindar el servicio.

## **V. FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO DE LA GESTANTE A LAS PRESTACIONES DE SALUD**

Existe una estrecha relación entre el origen, la lengua materna y la zona de residencia, y la pobreza y la falta de acceso a prestaciones básicas como salud, educación y empleo. La confluencia de estas variables sobre determinadas identidades acentúa la probabilidad de la insatisfac-

ción de las necesidades esenciales debido a la pobreza. Existe una mayor tendencia de la población nativa, cuya lengua no sea el castellano y que resida en áreas rurales, a condiciones inadecuadas de vida.

Como se ha señalado, en la pobreza confluyen variables como la ubicación geográfica y la capacidad económica. En lo que respecta al acceso de la mujer a prestaciones de salud, esta es una constante. Sobre ello, Bravo Barja ha señalado que “en las zonas urbanas el 93 % de las embarazadas tuvo cuatro o más controles prenatales y en las zonas rurales la relación baja a 79 %” (2007: 22). La explicación de este fenómeno no solo debe ceñirse al acceso a determinados ámbitos rurales, sino también a la marginación que esta población recibe por parte de las autoridades, concentradas en las áreas urbanas, quienes excluyen a estos grupos del acceso a programas de salud pública.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo ha expuesto una dramática tendencia respecto al lugar donde se realiza el parto, aspecto acorde con la atención que recibe la gestante. Revela que “si la madre vive en área urbana o rural, la cifra de partos realizados en establecimientos de salud es de 91 % y 45 %, respectivamente. En esa línea, el parto en un servicio de salud es tres veces más si se trata de madres que pertenecen al quintil de riqueza superior frente a las que se encuentran en el quintil inferior” (2008: 52).

La estrecha relación entre la residencia y el acceso económico constituye una dualidad que configura un problema de seria relevancia para el ejercicio del derecho fundamental de salud. La falta de capacidad económica constituye otro factor que incide en la pobreza y limita el acceso de la embarazada a prestaciones de



salud. Ello determina que, de acuerdo a la encuesta demográfica y de salud familiar realizada por el INEI en 2004, “en el quintil más pobre el 12 % de las mujeres no se practicó control médico durante el embarazo y el 13 % recibió control de personas con menor calificación. En el extremo opuesto, todas las mujeres recibieron atención y de personal calificado” (Bravo Barja 2007: 21).

La exposición de una realidad que atraviesa gran parte de nuestra población determina la necesidad de instaurar acciones concretas que conduzcan a un cambio paulatino. Ello no puede ser representado más que a través de programas diseñados sobre la base del conocimiento pleno de la realidad de cada localidad, en la que se involucre la participación de sus pobladores como referentes directos de las necesidades que deben ser superadas.

Contrario a lo que pudiera pensarse, el problema no concluye en la referida estación, sino que se extiende sobre el acceso a prestaciones de salud postnatales. Al respecto, la Defensoría del Pueblo señala que “es notorio y significativo el número de mujeres cuyo parto ha tenido lugar fuera de un establecimiento de salud, lo que incrementa las posibilidades de que no cuenten con asistencia profesional para su adecuado desarrollo. Cabe precisar que, según las cifras, este grupo de mujeres está conformado, en su mayoría, por gestantes que viven en zonas rurales y pertenecen al quintil inferior de riqueza” (2008: 52).

Esta situación marca una clara tendencia hacia la inequidad sobre las mujeres rurales de escasos recursos. Las condiciones de vida de la madre y del feto no son las más adecuadas, pues carecen de acceso a la salud, más aún en el caso de quienes no dieron a luz en un estable-

cimiento de salud. De este grupo, la Defensoría ha referido que el 62 % no tuvo un control posnatal. Añade lo siguiente:

[...] esta cifra disminuye a 48 % en el área urbana, pero se eleva a niveles de 69 % o más entre las mujeres que solo cuentan con educación primaria, en aquellas que integran el quintil inferior de riqueza y las que viven en La Libertad, Loreto, Cajamarca, Piura, Amazonas, o la Selva. En general, tal situación es en extremo riesgosa, considerando que una alta proporción de las muertes maternas ocurren en el período posparto. Todo evidencia que es sumamente importante que el MINSA promueva la implementación del protocolo de atención del puerperio establecido en las Guías Nacionales” (Defensoría del Pueblo 2008: 54).

Esta situación genera la elevación de la tasa de mortandad de las madres:

[...] el 48 % de las muertes maternas ocurrió en el puerperio, el 32 % en el embarazo y el 20 % durante el parto. Al sumar los porcentajes de mortalidad materna ocurridas durante el parto y el puerperio, se obtiene el 68 % del total. Este resultado permite formular una hipótesis que relaciona la muerte materna con una atención inadecuada. Es importante precisar, al respecto, que los daños identificados están estrechamente ligados con la capacidad resolutoria y la demora en acceder a los establecimientos de salud” (Defensoría del Pueblo 2008: 14).

Se aprecia que la relación entre las variables sexo, área de residencia y capacidad económica hace que las mujeres que poseen estas características sean más vulnerables a cualquier tipo de contratiempo, por no acceder al servicio de profesionales de la salud durante la atención del parto. No obstante, debemos precisar que resulta alarmante que exista un 9 %

de mujeres de zonas urbanas que no acceden a dichos servicios, panorama que se evidencia en las zonas marginales de las grandes urbes, por desconocimiento y pobreza.

## **VI. LA INCORPORACIÓN DEL PARTO VERTICAL DENTRO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD PÚBLICA**

Los testimonios históricos constituyen una fuente que evidencia el empleo del parto vertical en el antiguo Perú. Muestra de ello constituyen los ceramios moche en los cuales se identifica a la embarazada, quien se encuentra sentada y es auxiliada por una persona en el trabajo de parto. Esta modalidad sería, conforme señaló Engelmann en 1882, una constante entre diferentes culturas, en las cuales las mujeres optaban por alumbrar desde una posición erecta, bajo el auxilio de terceros o procurándose soporte propio a través de barras, cuerdas u otro objeto que soportara su peso durante el procedimiento (Calderón *et alii* 2008: 50).

Esta modalidad de parto ha sido empleada desde tiempos inmemoriales por las comunidades originarias de nuestro país. En efecto, la práctica del parto vertical subsiste en los colectivos nativos de la sierra y selva peruanas, como también en las zonas periféricas de las grandes urbes, donde se han asentado las poblaciones migrantes de estos lugares del país. Más que constituir un dato particular, la subsistencia del parto vertical en el Perú forma parte de una manifestación cultural de sus diferentes etnias, que se materializa en el alumbramiento de la mujer de pie, sentada o de cuclillas.

Con motivo de la cada vez mayor visibilidad de las necesidades que afrontan los pueblos nativos, el Ministerio de Salud decidió elaborar en 2004 dos estrategias sanitarias nacionales que resguardaran los derechos de este colectivo. Una correspondiente a la Salud de los Pueblos Indígenas y otra, a la Salud Sexual y Reproductiva; ambas estrategias se encuentran a cargo del Centro de Salud Intercultural. Sin perjuicio de eso, ya en la Memoria del Ministerio de Salud, correspondiente al periodo 2001-2006, se había previsto la incorporación de la perspectiva intercultural que hiciera posible el pleno respeto del derecho a la salud de este colectivo, con especial interés en el caso de la mujer a través de la prestación de servicios que garanticen el acceso al parto vertical (Nureña 2009).

Este reconocimiento paulatino sobre la necesidad de incorporar prestaciones específicas de salud para garantizar el parto vertical, hizo posible que la Dirección General de Salud de las Personas aprobara en 2005 la “Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. NT N.º 033-MINSA/DGSP-V.01”.

Este documento sustenta su reconocimiento en lo siguiente:

Una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas, sentada, arrodillada, entre otras (parto tradicional). El personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal (acostada). Estas dos prácticas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales que muchas veces prefieren abstenerse de

acudir a los establecimientos, poniendo en riesgo la salud y la vida tanto de ella como la del/la niño/a por nacer en el caso que se presenten complicaciones (Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas: 2005).

Aún resta mucho por hacer. Si bien desde que se han implementado los programas que prevén el parto vertical en los centros de salud pública, la tasa de mortandad infantil ha disminuido de 60 a 36 por cada mil nacidos vivos y de mortandad materna de 628 a 513 casos (ver Nureña 2009:374), persiste en nuestra sociedad el asunto de mujeres nativas que reciben un trato que no respeta su dignidad y que no toma en consideración sus particulares construcciones culturales, lo que constituye expresión de racismo.

La incorporación de una perspectiva intercultural representa mucho más que el reconocimiento sobre la existencia de otros códigos culturales. Implica partir de las diferencias como elementos que constituyen las identidades colectivas, que si bien distinguen a los grupos humanos, no le restan su valor y mucho menos su carácter igualitario que poseen junto a los diversos colectivos. La idea de identidad determina la diferencia, pero esta no socava la igualdad, propia de todos los seres humanos por su sola pertenencia a una especie.

Los programas de salud que garantizan el acceso al parto vertical de las nativas se ha limitado a formar personal con conocimientos sobre el procedimiento de atención prenatal, del parto y en el puerperio. Esto solo cumple con un contenido de orden objetivo, que sería brindar el servicio técnico para preservar la vida de la gestante y del feto. Sin embargo, no es suficiente porque no se ha incorporado en el personal sanitario la perspectiva de asumir como iguales a estas mujeres,

comprendiendo sus diferencias, su particular forma de observar y de protagonizar la vida. No se ha tomado en consideración las limitaciones que la falta de acceso a las diferentes prestaciones básicas ha originado al dificultar la comprensión sobre su rol durante el embarazo, calificándolas como renuentes a acceder a los servicios sanitarios, a pesar del denodado esfuerzo de los miembros del servicio médico.

En efecto, al desconocerse los rasgos de la cultura del lugar donde se presta el servicio médico se genera un conflicto con las potenciales beneficiarias del mismo, debido a que ambas partes no llegan a un acuerdo sobre la prestación del servicio, lo cual determina que las mujeres de estas comunidades se vean privadas al acceso a prestaciones de salud médica durante el parto. Esta situación se debe a que “la influencia de la ciencia de la cultura occidental y urbana también ignora cuáles son las prioridades y las necesidades de las mujeres en general y en particular de las mujeres rurales al momento del parto, en tanto que ellas lo conciben como un evento natural que no requiere de intervenciones que varíen las formas tradicionales de atención del parto” (Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas: 2005).

Ahora bien, la práctica del parto vertical no solo se sustenta en la preservación de una manifestación cultural de las poblaciones originarias de nuestro país, sino también en que dicha modalidad de parto es médicamente viable, conforme ha corroborado el Ministerio de Salud al señalar los beneficios derivados de ella, entre los que se encuentran que el trabajo de parto se acorta sensiblemente, proporcionando beneficios psicoafectivos con

menos dolor y la mayor participación en el trabajo de parto al motivarla a pujar en forma más efectiva, según la misma norma técnica.

Los beneficios prodigados por el parto vertical constituyen una razón que debe ser comprendida y difundida desde la interculturalidad, a efectos de construir un Estado tolerante e inclusivo que comprenda la necesidad de reconocer las diferencias en el proceso de construcción de una identidad nacional dotada de la riqueza proveniente de la diversidad.

## VII. CONCLUSIONES

El reconocimiento formal de la igualdad ante la ley no ha sido suficiente para garantizar la equidad, expresada mediante la igualdad de trato y de oportunidades de desarrollo. La sostenibilidad de una sociedad se funda en cada uno de sus integrantes; las diferencias entre ellos no constituyen óbice para establecer una jerarquía que pretenda calificar a unos como civilizados y a otros como ajenos a este referente.

La incorporación de la interculturalidad en la comprensión de la problemática de comunidades no occidentalizadas constituye una herramienta de suma importancia, más aun cuando el estudio atañe al acceso de la mujer nativa a prestaciones de salud que contemplen el parto vertical.

La sola existencia de cuerpos legales que resguarden el ejercicio de este derecho desde la perspectiva intercultural no es suficiente. Se requiere de un mayor esfuerzo en el diseño de programas que faciliten la incorporación de contenidos

sobre las distintas culturas que convergen en nuestro país en los programas educativos de ciencias de la salud, para procurar condiciones equitativas de vida a poblaciones que merecen un nivel adecuado y digno de vida, desde el momento de la gestación, y en el que se garantice su acceso a la salud pública.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Antoñanzas, Fernando; Rodríguez Monguió, Rosa; Rovira, Joan (2003). "Conjunto de prestaciones de salud. Objetivos, diseños y aplicación". Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- Bravo Barja, Rosa (2007). "Presupuesto por resultados. Indicadores de género: educación, salud y programa juntos". Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Calderón, Jorge; Bravo, José; Albinagorta, Roberto; Rafael, Patricia; Laura, Antonio; Flores, Carlos (2008). "Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral". En: *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 54, N.º 1. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Lima.
- Congreso de la República del Perú (1997). Ley 26842. Ley General de Salud. 20 de julio.
- Congreso de la República del Perú (2002). Ley 27657. Ley del Ministerio de Salud. 29 de enero.
- Defensoría del Pueblo (2003). *Anticoncepción oral de emergencia*. Serie Informes defensoriales. Informe N.º 78. Lima, Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo (2008). *Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y*

- Obstetricia del MINSA*. Serie Informes defensoriales. Informe N.º 138. Lima, Defensoría del Pueblo.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas (2005). Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural (N.T. N.º 033-MINSA/DGSP-V.01). Lima, Ministerio de Salud.
- Movimiento Manuela Ramos (2001). “Derechos Humanos relacionados con los Derechos Sexuales y Reproductivos”. *El Cuarto Femenino*. Año 3, N.º 10. Lima.
- Mayca, Julio; Palacios-Flores, Elsa; Medina, Armando; Velásquez, José; Castañeda, Dick (2009). “Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Año 26, N.º 2. Lima, Instituto Nacional de Salud.
- Nureña, César (2009). “Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 26, N.º 4. Washington.
- Ramos Padilla, Miguel (2006). “La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, Año 23, N.º 3.
- Sáenz Dávalos, Luis (2006). “La protección procesal de los derechos constitucionales programáticos”. *Revista Peruana de Jurisprudencia*. Trujillo, N.º 62.
- Schilling, Andrea (2008). “Experiencia chilena con el uso de un anticonceptivo oral combinado de acetato de clormadinona/etinilestradiol: estudio no intervencional”. *Revista chilena de obstetricia ginecológica*. Santiago de Chile, volumen 73, N.º 5.