Defensoría del Pueblo

RESOLUCIÓN DEFENSORIAL Nº 002 —2015/DP

Lima, 16 ENE. 2015

VISTO:

El Informe Defensorial Nº 169, «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural», elaborado por el Programa de Pueblos Indígenas de la Adjuntía del Medio Ambiente, Servicios Públicos y Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo.

CONSIDERANDO:

Primero. Competencia de la Defensoría del Pueblo.- En atención a su mandato constitucional de defensa de los derechos fundamentales y de supervisión de la Administración Pública, establecido en los artículos 162° de la Constitución Política del Perú y 1° de su Ley Orgánica, Ley Nº 26520, la Defensoría del Pueblo supervisa los servicios de salud dirigidos a los pueblos indígenas amazónicos. Por ello, desde el 2007, ha realizado supervisiones al Ministerio de Salud, a las Direcciones Regionales de Salud, a las redes de salud y a los establecimientos de salud con el objetivo de promover la implementación de una política de salud intercultural que garantice que los pueblos indígenas reciban una atención de salud adecuada y de calidad. Los resultados de estas supervisiones fueron presentadas, en mayo de 2008, en el Informe Defensorial N° 134, «La salud de las comunidades nativas. Un reto para el Estado».

En ese sentido, el Informe Defensorial N° 169 recoge los resultados de la supervisión realizada a las instancias de la gestión de la salud a nivel nacional, regional y local, entre junio de 2013 y septiembre de 2014, a fin de conocer los avances y desafíos en la atención de la salud de los pueblos indígenas amazónicos. La supervisión incluyó visitas a 47 establecimientos de salud en comunidades nativas. También comprendió pedidos de información y reuniones de trabajo con funcionarios y funcionarias de las redes de salud, usuarias y usuarios indígenas, así como con representantes locales y regionales de las organizaciones indígenas.

Cinco fueron los aspectos centrales de la supervisión: información de la situación de la salud de los pueblos indígenas, el relacionamiento entre el sistema oficial de salud y la medicina tradicional, el enfoque intercultural en los servicios de salud, la reducción de las barreras económicas para el acceso a los servicios de salud y la capacidad de atención del sistema de salud dirigido a los pueblos indígenas. Asimismo, la supervisión incluyó el seguimiento y participación en el proceso de consulta previa de la Política Sectorial de Salud Intercultural a los pueblos indígenas.

Segundo. El derecho a la salud intercultural.- La interculturalidad es el reconocimiento y respeto que debe existir entre culturas diferentes con el objetivo de que, mediante el diálogo, se enriquezcan mutuamente. En este marco, la salud intercultural es un derecho de los pueblos indígenas que se fundamenta en la importancia de que el servicio oficial de salud tome en cuenta sus necesidades, percepciones, conocimientos y prácticas, así como en el deber del Estado de reconocer, promover y valorar la pluralidad étnica y cultural como atributo positivo para nuestra sociedad.

El Convenio Nº 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce que los miembros de los pueblos indígenas tienen el derecho de recibir un servicio de salud adecuado, considerando sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, y sus

métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de salud. En ese sentido, los servicios de salud deben ser de calidad, accesibles, disponibles y apropiados desde el punto de vista cultural.

La Constitución Política del Perú reconoce, a través del artículo 2° inciso 19, que toda persona tiene derecho a su identidad étnica y cultural, así como la obligación del Estado de reconocer y proteger la pluralidad étnica y cultural. Asimismo, en el artículo 9° señala que el Estado es responsable de diseñar y conducir la política nacional de salud en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

En atención a ello, el Estado tiene la obligación de diseñar e implementar una política que promueva y garantice que los pueblos indígenas accedan a un servicio de salud intercultural que incluya sus conocimientos y saberes en su implementación.

Tercero. Resultados de la supervisión del servicio de salud dirigido a los pueblos indígenas de la Amazonía.-

Sobre el proceso de consulta previa de la política sectorial de salud intercultural. El Ministerio de Salud ha puesto énfasis en la implementación de una reforma para la construcción de un sistema integrado, orientado a alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud. En este marco ha promovido el proceso de consulta previa de la política sectorial de salud intercultural como un espacio participativo y horizontal de diálogo entre el servicio de salud oficial y los pueblos indígenas. Sin embargo, la exclusión histórica que han sufrido los pueblos indígenas exige del Estado mayores esfuerzos para reducir las graves brechas que han impedido que la población indígena de la amazonia reciba una atención de salud con pertinencia cultural. El 51.2% de las comunidades nativas carece de algún tipo de establecimiento y solo el 48.2% cuenta con estos servicios vitales.

Sobre la información de la situación de la salud de los pueblos indígenas. El conocimiento epidemiológico es necesario para la planificación y toma de decisiones de las autoridades sanitarias competentes. La situación de la salud de un pueblo indígena es de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias. Sin embargo, la supervisión ha permitido advertir la falta de aplicación o la aplicación inadecuada de la variable «pertinencia étnica» en el sistema de información del Ministerio de Salud, lo que, sumado a las imprecisiones en los diagnósticos o los subregistros de atención, contribuye a no tener un diagnóstico certero sobre las enfermedades que aquejan a las personas integrantes de los pueblos indígenas ni identificar las brechas sanitarias entre los diferentes estratos poblacionales y explicar los factores que las determinan.

La Defensoría del Pueblo ha buscado tener una aproximación a dicha situación a partir de los datos proporcionados por el personal de los establecimientos de salud supervisados. Se ha podido identificar que los pueblos indígenas se encuentran en un proceso de *acumulación epidemiológica,* pues, además de las enfermedades más recurrentes de origen infeccioso, se ha advertido el inicio de morbilidades y mortalidades relacionadas con los procesos de cambio que inciden en ellos, tales como la urbanización, la migración y la contaminación. De estas morbilidades, los establecimientos declaran haber atendido varios casos de infecciones de trasmisión sexual, tuberculosis, enfermedades mentales, hipertensión, VIH-Sida y hepatitis B.

Sobre el relacionamiento entre el sistema oficial de salud y la medicina tradicional de los pueblos indígenas. Los pueblos indígenas han desarrollado y mantenido, en el campo de la salud, conocimientos y prácticas ancestrales que les han permitido desenvolverse y mantenerse como grupo social. El personal de salud entrevistado, en su mayoría, afirma tener

conocimiento sobre el uso de plantas medicinales. No obstante, este número disminuye cuando se refiere a recomendarlas como tratamiento. Asimismo, la mayoría de pobladores y pobladoras indígenas señalan que el personal de salud no prescribe el uso de dichas plantas medicinales, lo cual genera insatisfacción y percepción de rechazo.

La supervisión ha permitido observar, además, que se desaprovecha el conocimiento de las y los agentes comunitarios para trabajar la atención de salud con pertinencia cultural, así como para articular el trabajo del establecimiento con la medicina tradicional. De igual manera, los técnicos sanitarios indígenas son poco valorados, a pesar de su conocimiento del idioma originario y de la cultura local, así como de permanecer en los establecimientos de salud durante largos periodos.

Sobre el enfoque intercultural en los servicios de salud. En las comunidades nativas el sistema de salud ha repetido pautas y esquemas de atención de zonas urbanas o urbano-marginales, sin adecuarse a las características y tradiciones culturales propias de la población indígena. Esto es clave para que los servicios sean reconocidos y usados. De lo contrario, los esfuerzos que se hagan tendrán resultados limitados.

Un aspecto preocupante identificado en la supervisión es el trato que se brinda a las mujeres indígenas en la atención de su salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Salud establece que, para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, los partos deben ser atendidos a nivel institucional. Sin embargo, de acuerdo con la información proporcionada por el personal de salud, durante el 2013 se atendieron 376 partos. De ellos, 225 se realizaron en sus domicilios, solo 76 en un establecimiento de salud y otros 75 en un establecimiento de mayor nivel resolutivo.

De acuerdo con la información proporcionada por el personal de salud, las usuarias indígenas prefieren el parto domiciliario antes que el institucional, porque en sus casas son tratadas según sus costumbres y conocimientos, además de recibir los cuidados de las parteras, madres o parejas que las ayudan en el trabajo de parto. También indican que encuentran en el personal de salud actitudes poco sensibles y hasta irrespetuosas de sus saberes y prácticas.

Otros obstáculos que inhiben a las mujeres de buscar atención en el servicio de salud es la ausencia de personal femenino que hable el idioma local y las distancias geográficas que existen entre la comunidad y el establecimiento. Las mujeres sostienen, además, que habría una falta de interés del personal en explicar en detalle las características, ventajas o desventajas de los métodos anticonceptivos.

La ausencia de preparación específica de las y los profesionales de la salud sobre las características sociales y culturales de los pueblos indígenas es uno de los problemas fundamentales en la atención de la salud de estos ciudadanos, pues es recurrente que en la formación universitaria no se considere el aprendizaje de la biomedicina con enfoque intercultural. A nivel nacional existen 64 universidades que ofrecen las carreras profesionales de medicina humana, enfermería y obstetricia. De ellas, se han identificado 41 universidades con planes de estudio asociados a la interculturalidad. Asimismo, hay 16 que incluyen el enfoque de interculturalidad como uno de los ejes a fortalecer en la formación de profesionales en salud.

Se ha podido observar que el mayor porcentaje de los cursos asociados a la interculturalidad son programados en los primeros ciclos de los planes de estudio de las universidades. Esta opción no es la más apropiada para el desarrollo de competencias en salud intercultural, pues las carreras como medicina humana son de larga data, lo que puede significar la poca interiorización del contenido del enfoque intercultural al finalizar la carrera universitaria.

Sobre la reducción de las barreras económicas para el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas. El grado de aceptación y legitimidad del servicio de salud está en función de la receptividad y capacidad de respuesta a las demandas y necesidades de la población a la que presta sus servicios. La pobreza es un factor social determinante de la salud por ser una condición que genera una mayor probabilidad de que las personas contraigan enfermedades, en razón de sus precarias condiciones de vida. Es a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que se procura que las poblaciones más vulnerables y con menores recursos económicos, como lo es un amplio sector de los pueblos indígenas, accedan a los servicios de salud.

Sin embargo, durante la supervisión se ha podido observar que aún subsisten diversas dificultades que impiden alcanzar el objetivo del aseguramiento universal de la población indígena. Entre estas dificultades están aquellas directamente vinculadas con el proceso de afiliación. Existen condiciones como la lejanía y la falta de internet que dilatan la obtención del SIS. Se ha podido advertir, además, que se exigen requisitos no contemplados en la ley. Se han presentado casos en los que se solicita registrarse en los censos locales de los establecimientos de salud, para realizar la afiliación. El 90% del personal de salud entrevistado considera que el principal problema en la afiliación de los usuarios y usuarias al SIS es la falta de su DNI o los errores de registro en la documentación.

Otro problema identificado es la insuficiente información que se brinda a las personas sobre la cobertura del SIS, y sobre sus derechos. Esto impide que puedan exigir un servicio acorde con la cobertura de su seguro. La falta de información ha dado lugar a que ocurran algunas situaciones irregulares, tales como cobros indebidos, la obligación de realizar trabajos de corta duración, o la restricción arbitraria de la atención a horarios establecidos por el personal de salud. También se ha observado la falta de cobertura del traslado de emergencia por el SIS, contraviniendo las normas que regulan estos procedimientos.

Sobre la capacidad de atención del sistema de salud a los pueblos indígenas. A fin de garantizar la cobertura de su servicio, un establecimiento de salud requiere una cantidad suficiente de profesionales y técnicos de la salud, estar dotado de medicamentos, vacunas y un servicio de transporte adecuado que permita el traslado de los usuarios y usuarias.

Sin embargo, la supervisión ha permitido serios problemas que reflejan la limitada capacidad de acción del sistema de atención de salud a los pueblos indígenas. En efecto, se puede advertir la falta de personal suficiente para la atención en salud. De los 47 establecimientos supervisados, en 13 de ellos, trabaja una sola persona y en otros 13 laboran dos personas. Otro aspecto preocupante es que 22 de los establecimientos supervisados reportaron contar únicamente con personal técnico en enfermería. El número de profesionales de salud asignado a cada establecimiento se realiza considerando el tamaño de la población a atender, de tal forma que a menor tamaño de la población, menor número de personal. Bajo dicho criterio, sin embargo, no se consideran otros factores importantes como las condiciones geográficas de la zona o las poblaciones dispersas que viven en la Amazonía.

La supervisión pudo corroborar casos en que un solo personal atiende establecimientos que tienen a su cargo un alto número de localidades. Esto resulta crítico si se consideran las distancias entre las localidades, los problemas de falta de presupuesto para combustibles y la carencia de medios de transporte. El caso extremo es el establecimiento de Quiteni (Región Junín) cuyo único personal es un técnico de enfermería que debe atender a 18 localidades.

Se recogieron múltiples quejas de usuarios y usuarias del servicio de salud y de las organizaciones indígenas debido a las continuas ausencias del personal asignado a los

establecimientos de salud. Entre otras cosas, ellos manifiestan que después de recorrer grandes distancias, llegan al establecimiento de salud y lo encuentran cerrado. Frente a ello, las autoridades comunales demandan conocer el horario de atención, o que se les proporcione el cronograma de salidas del personal. Asimismo proponen que existan turnos de atención o que se contrate a más personal.

Asimismo, el personal de salud demanda una serie de mejoras en sus establecimientos de salud (mejores servicios básicos, transporte, infraestructura y equipamiento) y en sus condiciones laborales (estabilidad laboral, capacitación y contratación de más personal), así como en la refacción y construcción de las residencias que se les asignan. Según lo manifestado por ellos, estos aspectos permitirían un mejor desempeño laboral.

Otro aspecto preocupante identificado se encuentra relacionado con la cantidad de medicamentos y vacunas que se provee a cada establecimiento. Si bien la gran mayoría de establecimientos visitados se encuentran provistos con medicamentos para la atención de las diversas enfermedades de la población indígena, la dotación de estos, como señaló el personal de salud en un 40% de las entrevistas, resulta insuficiente para el total de pacientes.

La supervisión ha permitido identificar establecimientos de salud con precarias condiciones para el almacenamiento y la disposición de los medicamentos. No hay, en algunos casos, ambientes adecuados y son ubicados directamente en el piso y en condiciones poco higiénicas, lo que pone en riesgo su conservación. Otro de los problemas que afrontan estos establecimientos es el desabastecimiento de las vacunas, debido a que, en algunas ocasiones, las cantidades recibidas no se encuentran de acuerdo a su requerimiento y en otras, porque tienen que ser devueltos por haber llegado en mal estado o próximas a su fecha de vencimiento. En diversos establecimientos supervisados se puede advertir que los equipos de cadena de frio se encuentran inoperativos o no cuentan con dichos equipos.

Se han advertido limitaciones en relación con los medios de transporte. En efecto, si bien cada establecimiento de salud requiere contar con un vehículo propio y exclusivo para las visitas extramurales y el traslado de pacientes, especialmente en situaciones de emergencia, en la supervisión se verificó que 12 de los 47 establecimientos no disponen de unidades de transporte. Asimismo, 10 de los establecimientos presentan vehículos inoperativos por problemas técnicos. En 22 establecimientos el personal sanitario no puede movilizarse a través de un medio de transporte propio.

Existen notorias dificultades de los equipos móviles para la Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) para cumplir con su objetivo de atención de las poblaciones más excluidas y dispersas. Entre las dificultades que sobresalen se encuentra el no contar con movilidad propia, el tránsito poco fluido de transporte público y el limitado presupuesto que se les otorga por concepto de movilidad. El desconocimiento del idioma, la alta rotación del personal y las diferencias culturales por parte del personal de los Aisped es otra limitante.

Con los vistos de la Primera Adjuntía, la Adjuntía del Medio Ambiente, Servicios Públicos y Pueblos Indígenas y del Programa de Pueblos Indígenas,

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR el Informe Defensorial Nº 169, «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural», elaborado por el Programa de Pueblos Indígenas de la Adjuntía del Medio Ambiente, Servicios Públicos y Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo.

Artículo Segundo.- RECOMENDAR al Congreso de la República:

1. Efectuar, a través de las Comisiones de Presupuesto y Cuenta General de la República, y la de Salud y Población, el incremento progresivo del presupuesto anual del Sector Salud destinado a las regiones amazónicas, a efectos de garantizar a los pueblos indígenas amazónicos el acceso a los servicios de salud.

2. Priorizar, en diálogo con los pueblos indígenas, la discusión y aprobación de una ley orientada al reconocimiento de la medicina tradicional y de sus agentes, que garantice su ejercicio y les haga partícipes activos de las estrategias del Sector Salud.

Artículo Tercero.- RECOMENDAR al Ministerio de Salud:

1. Incorporar en el marco de la reforma del sistema de salud, la atención prioritaria de los pueblos indígenas, a fin de articular en todos los niveles del Sector una respuesta sanitaria integral con enfoque de interculturalidad, en los aspectos referidos a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.

2. Incorporar en la estructura del Ministerio de Salud un órgano de alto nivel con capacidad normativa, funcional y administrativa encargado de coordinar, formular, proponer, normar, orientar e implementar el enfoque de interculturalidad en todos los niveles del sistema de salud, así como en las políticas, programas y estrategias de promoción y prevención, atención y rehabilitación de la salud.

3. Promover la adecuada participación de los pueblos indígenas en el proceso de implementación, monitoreo y evaluación de la política sectorial de salud intercultural que fue materia de un proceso de consulta previa y establecer, en dialogo con las organizaciones indígenas, mecanismos de participación y vigilancia que favorezcan una atención integral e intercultural de la salud.

4. Incluir dentro del listado nacional de establecimientos estratégicos, aprobado por Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA, un número de establecimientos cuya circunscripción albergue a pueblos indígenas en situación de lejanía y dispersión.

5. Generar, centralizar y analizar información epidemiológica sobre el estado de la salud de los pueblos indígenas que permita monitorear el impacto de las intervenciones sanitarias en materia de prevención, atención y tratamiento de los pueblos indígenas.

6. Brindar una respuesta inmediata y contundente frente al creciente número de casos de VIH-Sida, Hepatitis B y tuberculosis que afectan a los pueblos indígenas amazónicos.

7. Supervisar la incorporación de la variable de pertenencia étnica en el Sistema Nacional de Información de Salud, institucionalizando la evaluación diferenciada por etnia en sus diferentes instancias descentralizadas y en los indicadores priorizados como mortalidad materna, desnutrición, mortalidad perinatal, tuberculosis, VIH, Hepatitis B, Malaria, anemia, hipertensión, cáncer, y diabetes.

8. Normar y establecer lineamientos que garanticen una distribución equitativa del número de localidades bajo competencia de los establecimientos de salud, considerando el número de personal asignado, las distancias geográficas y la alta dispersión poblacional que existe en la Amazonía.

9. Incorporar en los protocolos de atención de salud el enfoque intercultural, a fin de fortalecer las capacidades y competencias culturales del personal de salud para superar las barreras culturales y erradicar posibles situaciones de discriminación.

10. Desarrollar un régimen laboral, que contenga una política de incentivos económicos y laborales, que contribuyan a mejorar las condiciones del personal de salud que presta servicios en comunidades nativas donde exista una alta rotación del personal o no logre coberturarse el número de plazas convocadas por encontrarse en zonas de difícil acceso geográfico.

11. Evaluar el impacto del servicio de Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (Aisped) y elaborar un plan nacional de reforzamiento de los equipos itinerantes que permita una mejor atención y cobertura para las comunidades indígenas más alejadas y dispersas.

12. Coordinar con el Reniec a fin de que se emita el DNI a la población que, según los establecimientos de salud, no cuenta con este documento. Asimismo, extender el plazo de 45 días, establecido en el Decreto Legislativo N° 1164, para que los ciudadanos y ciudadanas indígenas no inscritas en Reniec accedan a los servicios de salud, mientras tramitan sus DNI, debido a la escasez de recursos económicos y las enormes distancias que deben recorrer hacia las ciudades, la tramitación del referido documento de identidad se realiza en un plazo mayor al fijado.

13. Proponer, mediante una coordinación con los centros de formación de profesionales de la salud, que se priorice en sus programas de formación y capacitación de profesionales y técnicos de la salud, aspectos vinculados con la atención de la medicina tradicional y la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud.

14. Adecuar estrategias y normas que garanticen el derecho de las mujeres indígenas a recibir una atención de calidad y con pertinencia cultural durante el parto institucional, promoviendo el trabajo complementario con las parteras y parteros tradicionales. Asimismo, diseñar alternativas de atención conducentes a disminuir los riesgos para aquellas mujeres que no desean ir al puesto de salud y prefieren dar a luz en sus domicilios.

Artículo Cuarto.- RECOMENDAR a los Gobiernos Regionales:

1. Incluir, dentro de su programación presupuestal anual, los recursos financieros suficientes, y de manera sostenible, con vistas a mejorar los servicios de los establecimientos de salud de las zonas más alejadas que atienden a los pueblos indígenas.

3. Priorizar, en el marco del proceso de presupuesto participativo y en diálogo con las organizaciones representativas de los pueblos indígenas, la aprobación de proyectos de sistemas de captación de agua para consumo humano y saneamiento adecuados para la zona amazónica.

4. Implementar instancias Regionales, que planifiquen, implementen y monitoreen políticas de salud intercultural en el nivel Regional, con énfasis en aquellas regiones con mayor concentración de población indígena.

Artículo Quinto.- RECOMENDAR a las Direcciones Regionales de Salud:

1. Implementar en los planes y las políticas regionales de salud el componente de salud intercultural, a fin de promover intervenciones acordes con las características y necesidades propias de los pueblos indígenas que se encuentran en sus jurisdicciones.

2. Impulsar la creación de direcciones de salud intercultural, con el propósito de planificar, implementar y monitorear la incorporación del enfoque de interculturalidad en la atención de salud de las poblaciones indígenas.

3. Implementar, tomando en cuenta los criterios de distancia y dispersión, establecimientos estratégicos que atiendan a pueblos indígenas. Estos deben de contar con profesionales y personal técnico, conforme lo establece la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03, «Categorías de establecimientos del Sector Salud» para las categoría I-3 y I-4.

4. Fortalecer el sistema de atención de salud de los pueblos indígenas, dotando a los establecimientos del personal, medios de transporte, infraestructura y presupuesto necesarios que permita una atención oportuna y de calidad a los pueblos indígenas, en cumplimiento de los principios de equidad e igualdad que inspiran el derecho a la salud.

5. Asegurar la disponibilidad y cobertura de los medicamentos, vacunas, insumos y equipamiento básicos en los establecimientos de salud para la atención de la población indígena, así como supervisar que las condiciones de conservación de los medicamentos, y de higiene sean las adecuadas.

6. Elaborar un sistema eficaz de monitoreo y un plan de dotación y mantenimiento permanente de las condiciones de operatividad de los medios de transporte y de los equipos de cadena de frío de los establecimientos de salud, con el propósito de garantizar la disponibilidad efectiva del servicio de salud.

Supervisar que se brinde a los pacientes información de manera intercultural, adecuada y comprensible sobre sus derechos y la manera de ejercerlos, sobre su diagnóstico, el pronóstico, las alternativas de tratamiento, la medicación, los riesgos y los efectos adversos de los tratamientos propuestos.

8. Implementar procedimientos de inspección y supervisión aleatoria y permanente respecto a la gratuidad de los servicios de salud, y asegurar la efectiva aplicación de las sanciones correspondientes sobre la base del respectivo procedimiento administrativo disciplinario. Se debe advertir que la indebida exigencia pecuniaria realizada por un funcionario o servidor público, en ejercicio abusivo de su cargo, podría configurar la comisión de un delito de cobro indebido, tipificado en el artículo 383° del Código Penal.

9. Garantizar el derecho de las mujeres indígenas a recibir una atención de calidad y con pertinencia cultural durante el parto institucional, tomando en cuenta sus opiniones, concepciones y preferencias de acompañamiento, a fin de generar condiciones favorables que permitan considerar al parto institucional como una opción aceptable. Asimismo, promover alternativas de atención conducentes a disminuir los riesgos para aquellas mujeres que no desean ir al puesto de salud y prefieren dar a luz en sus domicilios.

10. Garantizar el derecho de las mujeres y varones indígenas a la información sobre el uso y la elección de métodos anticonceptivos, así como el acceso a los mismos bajo un enfoque de derechos y equidad.

11. Elaborar un plan de reforzamiento de los equipos itinerantes de Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (Aisped), que permita mejorar la prestación de sus servicios y cumplir sus objetivos de atención a las comunidades indígenas más distantes, contribuyendo a superar sus limitaciones logísticas, presupuestales y de capacitación al personal.

12. Reforzar el trabajo con los agentes comunitarios de salud, desarrollando metodologías e instrumentos que les permitan constituirse en el nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad, a fin de afianzar la atención primaria de salud en las comunidades indígenas. Asimismo, promover su capacitación y reconocer su trabajo mediante un estipendio monetario que debe ser entregado en función de las metas sanitarias logradas.

13. Establecer y publicar, de acuerdo con las características socioculturales de la población y en dialogo con los representantes de los pueblos indígenas, los horarios para la atención de las personas usuarias del servicio.

14. Capacitar continuamente al personal médico y administrativo de los establecimientos de salud sobre la cobertura y los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS). Asimismo, diseñar e implementar estrategias de comunicación más eficientes dirigidas a los pueblos indígenas, tomando en cuenta sus particularidades culturales, sobre los beneficios, alcances y limitaciones del SIS para el tratamiento de su salud.

15. Capacitar y sensibilizar al personal que labora en los establecimientos de salud, independientemente de las funciones que cumplan para una atención con pertinencia cultural, con el propósito de erradicar la discriminación y promover una cultura de buena atención en salud.

16. Fortalecer las capacidades técnicas de las y los técnicos Sanitarios de origen indígena que laboran en los establecimientos de salud así como propiciar su participación en la gestión.

Artículo Sexto.- RECOMENDAR al Ministerio de Economía y Finanzas:

1. Dotar del presupuesto requerido para poder implementar establecimientos estratégicos cuya circunscripción alberga pueblos indígenas en situación de lejanía y dispersión, considerando una distribución equitativa del número de localidades bajo competencia.

2. Crear plazas de contrato a plazo indeterminado para funcionarios y funcionarias, dentro de los establecimientos estratégicos que atenderán a pueblos indígenas en situación de lejanía y dispersión.

3. Desarrollar políticas de incentivo financiero, para promover la implementación de actividades con enfoque intercultural en la gestión, planificación, investigación y evaluación en regiones priorizadas.

Artículo Séptimo.- EXHORTAR a las universidades, institutos y otros centros de formación de los profesionales de la salud:

1. Incorporar en el plan de estudios de las especialidades formativas de salud, las competencias que permitan a futuros profesionales y técnicos desarrollar un servicio de salud con pertinencia cultural, así como un trabajo articulado con la medicina tradicional.

Artículo Octavo.- EXHORTAR al Colegio Médico, de obstetras y de enfermeros del Perú:

1. Promover entre sus afiliados y afiliadas la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad para la adecuada atención de los pueblos indígenas.

Artículo Noveno.- ENCARGAR el seguimiento de las recomendaciones del Informe Defensorial Nº 169 al Programa de Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo.

Artículo Décimo.- INCLUIR la presente Resolución Defensorial en el Informe Anual de la Defensoría del Pueblo al Congreso de la República, de acuerdo con lo establecido en el artículo 27º de la Ley Nº 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Eduardo Vega Luna
DEFENSOR DEL PUEBLO (e)