



PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA EN PERÚ Y LA DEUDA DE RECONOCIMIENTO DE SU APOORTE AL CUIDADO DE LOS PUEBLOS

TRADITIONAL INDIGENOUS MIDWIFERY IN PERU AND THE DEBT OF
RECOGNITION OF ITS CONTRIBUTION TO THE CARE OF THE PEOPLE

Diana Lucia "Luna" Contreras Ortiz

Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica

luna.contreras@caaap.org.pe

<https://orcid.org/0009-0009-1044-3204>

Envío: 20 de febrero de 2024 Aceptación: 10 de junio de 2024 Publicación: 16 de agosto 2024

Resumen

Este artículo analiza la problemática y la deuda histórica pendiente en el reconocimiento del aporte de las parteras indígenas al cuidado de la vida en sus comunidades. Asimismo, muestra como las políticas públicas de cuidado materno infantiles en el Perú no reconocen a las parteras, en particular las normas aprobadas en 2005 y 2016 que se autodenominan “con pertinencia cultural”. Estas normas visibilizan prácticas tradicionales y a la vez, invisibilizan a las parteras como portadoras de saberes ancestrales y cuidadoras de la salud de sus pueblos. El artículo recoge testimonios y aporta recomendaciones y reflexiones para repensar políticas públicas interculturales y visibilizar y salvaguardar el rol de cuidado que cumplen las parteras indígenas en Perú.



Palabras clave: partería tradicional; políticas del cuidado; salud intercultural; racismo institucional.

Abstrac

This article analyzes the problems and the pending historical debt in the recognition of the contribution of indigenous midwives to the care of life in their communities. Likewise, it shows how public policies of the maternal and child care in Peru do not recognize the indigenous midwives, particularly the regulations approved in 2005 and 2016 that call themselves “with cultural relevance.” These norms make traditional practices visible and, at the same time, make midwives invisible as bearers of ancestral knowledge and caretakers of the health of their people. The article collects testimonies and provides recommendations and reflections in order to rethink intercultural public policies and make visible and safeguard the care role played by indigenous midwives in Peru.

Keywords: traditional midwifery, care policies, intercultural health, institutional racism.

1. “El nacimiento” es el inicio de todo

Soy bisnieta de una partera llamada María del Carmen, partera campesina que recibió a mi madre (su nieta) en su casa. Yo también, años después, cuando mi madre recién cumplía veinticuatro años, nací en casa de manos de la partera Leonor, quien vivía en la ciudad cerca de la casa de mis abuelos paternos. He agradecido muchas veces a mi madre haberme dado un nacimiento tranquilo, en la intimidad de una casa y con la complicidad de una partera que me recibió en el calor de sus manos, en el momento más importante de mi vida, el día de mi nacimiento. Nunca imaginé que esta historia marcaría tanto mi vida, hasta que los caminos de la vida me trajeron a vivir a Perú —soy colombiana— y aquí aprendí el oficio de ser *doula*, acompañando a mujeres en parto. Hoy honro a mi bisabuela y a todas las abuelas que, antes de ella y mamá Leonor, acompañaron y aún hoy acompañan a muchas mujeres a tener un parto respetado, en intimidad, cariño y cuidado.

Desde entonces, mi camino en el acompañamiento de partos ha sido conocer las tradiciones de la partería tanto en Perú como en Colombia y reivindicar su legado, valorando sus palabras, reconociendo la sabiduría de las manos de las parteras y honrando su relación con la vida, el buen nacer y el buen morir. Porque si queremos cambiar las violencias que vivimos en el mundo, es urgente ver el inicio de todo. Y en este caso es el nacimiento.

Por este motivo, decidí hacer este trabajo, como una manera de reivindicar el aporte de las parteras indígenas al cuidado de los pueblos, aunque las normas y políticas, en especial en el Perú, como mostraré, no las reconocen como deberían y, por el contrario, las continúan invisibilizando.

2. Enfoque metodológico para hablar de partería tradicional

El enfoque de este trabajo fue cualitativo, combinó la revisión bibliográfica, propia de la especialización en políticas del cuidado con perspectiva de género, con documentos de información secundaria sobre la partería tradicional en Perú; contrastada y complementada con entrevistas semiestructuradas², para un mayor entendimiento sobre la situación de las parteras en Perú, tanto desde sus realidades subjetivas, como de las políticas que limitan la práctica de su oficio y manifiestan el racismo estructural existente.

Además, se complementa la reflexión con los testimonios aportados por más de veinte sabios y sabias parteras y médicos tradicionales kichwas de diversos territorios de San Martín, aportados en un taller diagnóstico, donde compartieron las limitaciones y dificultades que enfrentan para el ejercicio de su oficio, en abril de 2024³.

Luego, se profundiza en cómo las parteras tradicionales indígenas conforma el cuidatorio⁴ invisible en el Perú, especialmente en cómo el cuidado comunitario que hacen las parteras va más allá del cuidado de salud de las mujeres.

Finalmente, se proponen recomendaciones para políticas públicas de cuidado, reconociendo a las parteras como cuidadoras fundamentales

en sus territorios y como personas con derecho a ser cuidadas por el Estado, pues, pese a que se han dedicado toda su vida a cuidar, cuando son mayores no tienen ningún tipo de protección que garantice que puedan recibir los cuidados que merecen.

3. Conceptos claves para entender la partería tradicional en el marco de las políticas de cuidado

Este trabajo está enmarcado en tres conceptos fundamentales: partería tradicional indígena, cuidado comunitario y racismo institucional.

3.1. Las parteras tradicionales, guardianas de un legado ancestral

Se dice que la partería es uno de los oficios más antiguos en el mundo. Debe ser, porque la historia de cada uno de los seres humanos del planeta empieza en el nacimiento y, si bien hay muchos pueblos donde las mujeres dan a luz solas o con la compañía de su pareja, la mayoría, sobre todo en el primer parto, buscamos estar acompañadas. Retomando las palabras de la CNDH de México:

La partería tradicional es una práctica milenaria ejercida principalmente por mujeres, que ha trascendido a lo largo de la historia y que sobrevive a pesar de las limitaciones que enfrenta para su ejercicio. Es una práctica que dignifica y recupera ese valioso conocimiento ancestral que forma parte del patrimonio cultural y social de los pueblos y comunidades indígenas de nuestro país; pero también, del conocimiento y experiencias que las mujeres tienen sobre sus cuerpos y sus ciclos de vida, y que transmiten a otras mujeres, de generación en generación. (CNDH, 2019, p. 3)

Promover el respeto de la partería y las parteras como sus protagonistas, tal como dice la CNDH de México, implica el reconocimiento de derechos: a la identidad cultural, a la preservación del patrimonio inmaterial de los pueblos y comunidades indígenas; el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres; el derecho a la transmisión del conocimiento, entre otros.

Las parteras, desde siempre y en todos los pueblos del mundo, han acompañado a otras mujeres en todos sus ciclos de vida. Apoyan en el nacer, la crianza, los rituales de paso, cuando las niñas tienen su menarquia, en la concepción o anticoncepción de las mujeres, acompañan los embarazos, asisten en los partos, acompañan a las parejas, enseñan prácticas tradicionales de crianza, amparan en los procesos de menopausia y custodian el buen morir en las comunidades. Al respecto, la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (Asoparupa) en Colombia señala que:

La práctica ancestral de la partería incluye todos los conocimientos y acompañamiento a las mujeres y sus familias en el proceso de embarazo, parto y puerperio; también, comprende los conocimientos sobre salud femenina y autocuidado, y el uso de las plantas (aromáticas, medicinales y alimenticias). Las parteras son lideresas en su comunidad, curanderas, consejeras y transmisoras de saberes ancestrales. (s.f., párr. 3)

En el 2023, tuve la oportunidad de acompañar un mapeo de parteras tradicionales indígenas que se hizo a nivel continental con Chirapaq y, en una de las entrevistas, una partera colombiana definió la partería desde la tradición muisqa como:

(La partera) acompaña a una persona a ir de un lugar a otro, acompaña a partir del mundo espiritual y a llegar al mundo físico. Acompaña a la gente a partir del mundo físico al mundo espiritual también. Acompañamos el primer aliento de vida y el último aliento de vida. Acompañamos todos los ciclos y cambios de ciclo del ser humano, acompaña los rituales de paso y se da la contención emocional, espiritual y física a quienes acompañan también este en ese tránsito. (Partera muisqa, comunicación personal, enero de 2023)

Las parteras tradicionales en todas las comunidades campesinas e indígenas son un referente importante dentro de ellas, no solo en la salud colectiva, mental, emocional y espiritual de la comunidad, sino en el buen vivir con la naturaleza. Muchas veces, ellas son defensoras de los territorios, dirigentes y responsables de la transmisión de saberes de la comunidad a nuevas generaciones, acompañan en procesos de enfermedad e incluso procesos para el buen morir. Un ejemplo lo encontramos en los huacos moche —como el que se muestra a continuación— que se interpre-

ta como al estar asociado a un contexto sobrenatural y de ritualidad podría ser que otra de las funciones de estas parteras, curanderas y sacerdotisas, (fuera) el de acompañar a los niños fallecidos en el parto en su viaje al otro mundo. (Alvarado, 2015, p. 28)

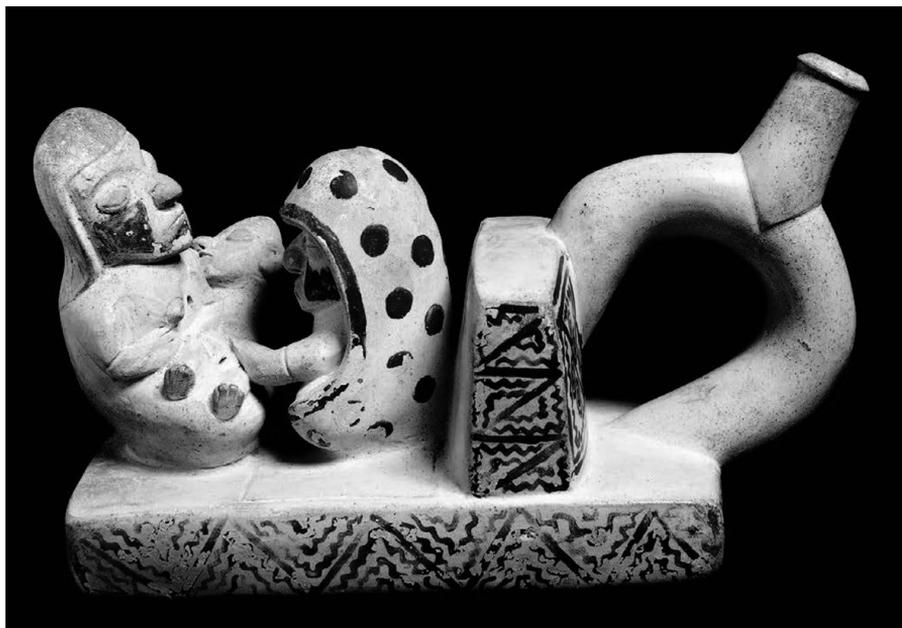


Fig. 1 Cerámica moche encontrada en la tumba de la Señora de Cao.

En el mundo amazónico, se refieren a las parteras como sabias ('yachay warmy' en kichwa). Son mujeres muy respetadas en la comunidad. En palabras de ellas mismas:

Tenemos el don y la voluntad de salvar vidas, a la gestante y al bebé. Es un don, es un querer y es un saber. No tendremos la educación, pero vamos directo a la práctica, porque hemos visto de nuestros abuelitos sabios. He heredado de mis abuelitos y practico con las plantas. Las parteras somos de mucha bendición, cuando atendemos partos, tenemos ese deseo de acompañar para ver si él bebé está bien acomodado y prevenir cualquier problema. (Partera kichwa, comunicación personal en el "Encuentro de sabios y sabias parteras de San Martín", 2024)

Ellas no solo acompañan el parto mismo, acompañan todo el proceso de gestación y acompañan la salud del bebé y la mamá durante los primeros años. Por lo general no solo son parteras, son sobadoras, curanderas, hueseras, hierberas, rezadoras, vegetarianas, entre otros, combinando otros saberes para cuidar la salud de la comunidad.

Asoparupa viene trabajando hace años junto con parteras de diversos países del mundo por el reconocimiento de la partería tradicional como patrimonio mundial por parte de la Unesco, reconocimiento que se logró finalmente en diciembre del 2023. Ahora la partería tradicional está inscrita en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. La Unesco señala en este reconocimiento que las parteras

contribuyen a la protección de los derechos humanos fundamentales transmitiendo sus conocimientos a las madres y a las familias. Basada en prácticas médicas y fundamentada en evidencia, conocimientos, habilidades y técnicas tradicionales, la partería puede variar según el entorno natural y sociocultural de las comunidades y países, e incluso puede incluir conocimientos en medicina tradicional y sobre plantas y hierbas medicinales. (2023, párr. 1)

En este marco, es innegable el importante rol que cumplen las parteras tradicionales en el cuidado comunitario de la salud de los pueblos indígenas en todo el mundo. Sin embargo, por un lado, es una labor no reconocida ni valorada por los Estados.

Los pueblos indígenas han procurado cuidar hasta hoy los conocimientos tradicionales para tener un buen inicio y fin de vida y para continuar cuidando los ciclos de vida de mujeres y hombres. Saben que el nacimiento es el inicio de todo y persisten en mantener sus prácticas, usar sus plantas, transmitir sus secretos y así seguir haciendo posible la vida como la conocen y la mantienen hace siglos.

La partería es una práctica integral, compleja y ancestral que no solo se enfoca en la atención de partos. Acompaña los procesos de cambio de ciclo de vida de las personas en las comunidades desde el inicio hasta

el fin de la vida. Las parteras son guardianas de la salud colectiva de los pueblos y guardianas del legado ancestral del cuidado de la vida.

3.2. Cuidado comunitario

Para entender el cuidado comunitario primero es necesario entender el cuidado. Para Fisher y Tronto el “cuidar” (*caring*) es:

Considerado una actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro “mundo”, de forma tal que podamos vivir lo mejor posible. Ese mundo abarca nuestros cuerpos, a nosotros mismos y nuestro medioambiente, todos ellos elementos que buscamos religar en una compleja red, como sostén de la vida. (Fisher y Tronto, 1990, p. 40)

Desde esta definición amplia, el cuidado debería ser una responsabilidad de todas y todos, pero, en la práctica, en nuestras sociedades, son sobre todo las mujeres, las poblaciones más empobrecidas y demás poblaciones marginalizadas y racializadas⁵, quienes asumimos el cuidado. La misma autora usa el concepto de irresponsabilidad privilegiada para comprender que

la desigual distribución de las tareas del cuidado entre los integrantes de la sociedad responde a patrones de género, raza, etnia y clase. Así, explica que ciertos colectivos tienen el privilegio de desentenderse de las labores de reproducción de la vida social. Por lo tanto, existen ciertos “permisos” para no cuidar. (Batthyány, 2021, p. 61)

Esta “irresponsabilidad privilegiada” frente al cuidado se da en diferentes ámbitos, desde lo micro hasta lo macro. En el ámbito familiar, es claro como, por lo general, los varones son culturalmente privilegiados y pueden darse el permiso de no cuidar; pero, en el ámbito social, son las clases más favorecidas, las que se pueden dar el lujo de resolver sus necesidades de cuidado vía mercado, contratando población migrante, empobrecida y racializada para resolver sus necesidades de cuidado. En un ámbito mayor más global, son los países mal llamados “desarrollados” que contaminan y consumen recursos de los países que ellos mismos han em-

pobrecido después de siglos de colonización, quienes se dan el privilegio de no cuidar el ambiente, los bosques o de pagar bonos de carbono para que pueblos indígenas en la Amazonía, por ejemplo, cuiden el pulmón del mundo, mientras ellos no cambian sus modos de vida sustentados en la explotación y extractivismo de nuestros países. Dicho sea de paso, la economía se mantiene gracias a Estados débiles, endeudados, inestables, secuestrados por intereses privados, que no garantizan los derechos humanos de la mayoría de su población, entre ella los pueblos indígenas, como es el caso del Perú.

El Estado asume que las responsabilidades de cuidado las resuelve cada familia, sin reconocer que, dentro de las familias, en su mayoría son las mujeres quienes hacen este trabajo y, globalmente, son los pueblos indígenas y rurales quienes más aportan al cuidado, mientras el mundo occidental no hace los esfuerzos suficientes por cambiar la matriz energética para revertir la debacle ambiental del planeta.

En contextos rurales de comunidades indígenas y campesinas en el Perú, este cuidado comunitario lo hace la misma comunidad mediante el patrullaje territorial, el cuidado de cuencas y define roles de personas — como las “madres del vaso de leche”— para el cuidado de los menores que son sujetos de programas del Ministerio de Inclusión Social, organizaciones de abuelos y abuelas que transmiten conocimientos a niños y jóvenes, “madres indígenas” que ayudan a resolver problemas de violencia familiar y los sabios y sabias de medicina tradicional como parteras, hueseros(as), perfumeros, etc., que cuidan la salud comunitaria y que el Estado reconoce como promotores de salud o agentes de salud comunitaria.

Como señala Fournier “el trabajo del cuidado comunitario es una forma establecida por las organizaciones sociales de base territorial para resolver las necesidades de cuidado en sectores populares, que complementa la escasa oferta de servicios de cuidado provistos por el Estado” (2022, p. 17). También, señala que el cuidado comunitario brinda servicios basados en relaciones de proximidad que tienen “la finalidad de velar por el bienestar físico y emocional de las personas” (p.19). Son quienes trabajan para garantizar la sostenibilidad de la vida en las mejores condiciones posibles, son

espacios colectivos territorializados (urbanos o rurales) integrados predominantemente por mujeres —hay poca participación masculina.

Podemos decir que, ante la irresponsabilidad privilegiada del Estado frente a sectores populares y comunidades campesinas e indígenas, el cuidado comunitario es una estrategia de resistencia y sobrevivencia sostenida, de prácticas comunitarias tradicionales de solidaridad. En este sentido, las parteras son actoras tradicionales con un rol fundamental en el cuidado comunitario de los ciclos de vida de sus miembros y son claves en la resistencia de los pueblos frente a los efectos de la colonización. Por eso, urge la sobrevivencia de su práctica para el cuidado y el buen vivir/vida plena de los pueblos indígenas.

El cuidado comunitario es una de las perspectivas de análisis que hasta ahora tiene menos investigación y mayores dificultades para incorporarlo y reconocerlo en nuestros países en los Sistemas Nacionales de Cuidado que se vienen construyendo. De hecho, en el caso de las comunidades indígenas, son las familias y la comunidad ('ayllu' en quechua) quienes más asumen responsabilidades de cuidado, porque el Estado ha estado ausente o se niega a garantizar los derechos de los pueblos indígenas.

Visibilizar el trabajo de cuidado que realizan las parteras indígenas en el Perú es urgente para evitar, por un lado, que su práctica desaparezca y, por otro, para reconocer su aporte a la salud comunitaria de los pueblos indígenas que tienen derecho a cuidar su salud propia desde su cosmovisión y sus prácticas tradicionales. No podemos salvaguardar a las plantas y prácticas si no salvaguardamos a quienes portan estos conocimientos. Los Estados tienen la obligación de garantizar y proteger los derechos de los pueblos indígenas y reconocer su aporte no solo a la salud, sino también al buen vivir de nuestros países.

3.3. Racismo institucional

El tercer concepto de este trabajo es el racismo institucional. Para definirlo, primero nos remitiremos a la Declaración de Durban, la cual reconoce que:

el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia se producen por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico y que las víctimas pueden sufrir formas múltiples o agravadas de discriminación por otros motivos conexos, como el sexo, el idioma, la religión, las opiniones políticas o de otra índole el origen social, la situación económica, el nacimiento u otra condición. (ONU, 2001, p. 17)

En esta conferencia se reconoce que el colonialismo ha llevado al racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia; y los africanos, los afrodescendientes, los asiáticos, las personas de origen asiático y los pueblos indígenas fueron víctimas de esos actos y continúan siéndolo de sus consecuencias.

La Declaración de Durban expone los factores que han contribuido a generar las desigualdades sociales y económicas, duraderas en muchas partes del mundo hoy, y también reconoce que los Estados e instituciones políticas y jurídicas han sido heredadas y no corresponden a las características diversas y pluriculturales de la población.

Cuando estas instituciones y políticas mantienen las desigualdades sociales y económicas para la mayoría de la población racializada nos referimos a que existe racismo institucional. El racismo institucional lo definen Aguilar Idáñez y Daniel Buraschi como “el conjunto de políticas, prácticas y procedimientos que perjudican a grupos racializados impidiendo que puedan alcanzar una posición de igualdad” (2021, párr. 30). Bien se expresa mediante normas, leyes, reglamentos, políticas públicas, mecanismos de asignación y acceso a recursos, etc., y con prácticas explícitas de representantes institucionales, discursos políticos, prácticas de empleados públicos encargados de aplicar las leyes, implementar políticas, entre otras.

Por eso, es evidente que en el Perú se mantiene una mirada racista de las parteras indígenas, considerándolas ignorantes por no hablar castellano, sucias por acompañar los partos en las mismas casas de las madres, considerados lugares no “asépticos”. Recordemos un caso en el 2018, en Ayacucho, donde una mujer tuvo su tercer bebé en casa con su suegra, quien era partera, y cuando fue a pedir el certificado de nacido vivo, no solo se lo negaron y quisieron cobrarle, sino que la visitaron en su casa y

“a pesar de que comprobaron que todo estaba en orden, la cuestionaron, la intimidaron, la amedrentaron, la amenazaron, la hicieron llorar” y además denunciaron al padre como “presunto autor del delito de exposición de personas al peligro de muerte, siendo las agraviadas ella y su bebé” (Mano alzada, 2018). En su testimonio, la madre dijo:

Las obstetras me ofendieron, primero una entro al cuarto y me ordenó de frente “siéntate, mamá” sin importarle mi condición de puerpera, me re-criminaron el hecho de dar a luz en casa, que es humilde pero limpia. Me dijeron que si yo tenía grado de instrucción por qué he dado a luz en condiciones “antihigiénicas” según su punto de vista. (Mano alzada, 2018)

También acusan a las parteras de tener prácticas peligrosas por usar maniobras de acomodación, sobar, tomar el pulso, y tocar el cuerpo, que los médicos no comprenden. En palabras de ellas mismas, en un taller realizado en San Martín, señalaron: “He tenido once partos, solo los últimos dos fueron en el hospital. Y en el hospital nos asustan, nos amenazan con multas y nos humillan” (comunicación personal). Otra partera manifestaba:

Atendí a una mujer que tenía su pulso rapidito, le dije que ya va a nacer el bebé. No había obstetras entonces fue a su casa. Después de eso han venido cinco personas a reñirle porque se ha dado a luz en la casa. Le han dicho que va a tener un castigo. “No va tener partida y no te vamos a dar DNI”. (partera de Sisa, comunicación personal, San Martín, 2024).

Otro partero también compartía:

Condicionan el trabajo de las parteras, nos ponen a un lado, los técnicos enfermeros y doctores aprenden por teoría, en cambio acá es por experiencia, que hemos aprendido de nuestros abuelos y abuelas. Te condicionan y no dejan participar a la partera. Si no vas al centro de salud, no te dan certificado, te cobran aparte. Te humillan y te asustan. Después de dar a luz, les obligan a ir al centro de salud para los lavados internos y son prácticas que no se ven bien, no hay necesidad de lavarles, sino usar la medicina tradicional para limpiar internamente (partero de Panjui, comunicación personal, San Martín, 2024).

De ahí la importancia de rescatar y valorar prácticas, saberes y conocimientos de los pueblos indígenas, así como reconocer la sobrecarga de

trabajo de cuidado que recae sobre los hombros de los pueblos racializados y, en ellos, los sabios y sabias que cuidan la salud comunitaria, como una expresión del racismo institucional que niega su dignidad social y el derecho a los cuidados que también requieren.

4. Marco legal de la partería indígena y el cuidado materno infantil en el Perú

En cuanto a derechos indígenas, vale recordar primero que los pueblos indígenas tienen sus propias leyes, justicia propia y derecho propio, el cual tiene su base en la comunidad y la unión indivisible del ser humano con las energías de la naturaleza, sus derechos son preexistentes a cualquier estado-nación de Abya Yala y su cultura, sus lenguas, sus formas organizativas, su cosmovisión y sus prácticas de salud colectiva son milenarias comparadas con la historia de nuestros países y con la historia de la medicina occidental.

Fue hasta 1957 cuando la Organización Internacional del Trabajo (OIT) afirmó que todos los seres humanos tienen derecho a perseguir su bienestar material y su desarrollo espiritual. Treinta años después con el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales de 1989, se reconoce que en muchas partes del mundo esos pueblos no pueden gozar de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población, además interpreta y orienta los derechos colectivos que se reconocen en favor de los pueblos indígenas incluido el derecho a la salud —el Perú lo firma en 1995. Por tanto, son tres décadas reconociendo, desde nuestro marco legal occidental, los derechos de pueblos étnicamente diferenciados frente a más de cinco siglos de colonialismo que nos siguen pesando en el orden jurídico, social, político, económico y cultural. Desde el convenio 169 de la OIT de 1989, se señala en su artículo 25 que:

Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus mé-

todos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. (OIT, 1989, pp. 50-51)

La mayoría de estos instrumentos jurídicos, que son las bases luego de muchas normas aprobadas en nuestros países, han obviado las directrices del convenio 169 de la OIT.

En cuanto a legislación internacional materno perinatal, encontramos en 1985 la Declaración de Fortaleza de la OMS donde se nombra a las parteras indígenas y tradicionales como parte del “sistema informal de atención perinatal”. En 1993, la OMS publica una *Declaración sobre parteras tradicionales*, la cual reconoce el apoyo que pueden brindar para reducir la mortalidad y la morbilidad de las madres y los niños, pero también instando a los Estados a “adiestrar” a las parteras:

Mientras las mujeres sigan dando a luz sin recibir asistencia de parteras adiestradas, el adiestramiento de las PT ofrece la posibilidad de reducir la mortalidad y la morbilidad de las madres y los niños al combatir la ignorancia, desarraigar las practicas rituales peligrosas y promover las seguras, y facilitar el acceso a los métodos modernos de asistencia sanitaria. (OMS, 1993, p. 17)

En el 2000, la Declaración del Milenio de la ONU y los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000 - 2015 proponen la meta de reducir las muertes maternas y con ello comienza una cruzada para “institucionalizar el parto”, para hacerlo más “seguro”. Si bien, en principio, es lo que todos deseamos, el problema es que se ha interpretado la institucionalización del parto como llevar todos los partos al hospital, queriendo imponer a todas las mujeres de todas las culturas los mismos lineamientos, que en muchas de sus prácticas van en contravía con los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

En Perú, por ejemplo, antes del 2000, el Ministerio de Salud (Minsa) tenía programas donde procuraba crear puentes con la partería tradicional para mejorar la atención a las mujeres en parto y disminuir la muerte materna desde el Instituto de Medicina Tradicional (IMETRA). Así, entendía que haciendo un trabajo mancomunado entre el sistema de salud

y los agentes comunitarios de salud como las parteras podría contribuir a disminuir la muerte materna. Pero cuando este cierra y se crea el Centro Nacional de Investigación Social e Interculturalidad en Salud (CENSI), se finalizó el trabajo con parteras, todos los esfuerzos del ministerio se volcaron en generar resultados para “institucionalizar el parto”, desde lo que algunos llaman un “modelo intervencionista institucionalizado” (Sanidad, 2008, pp. 24), atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados, llevando a todos los partos a las instituciones de salud y vulnerando los derechos de los pueblos indígenas y étnicamente diferenciados consagrados a nivel internacional y nacional.

El parto institucional podría ser entendido desde un modelo intermedio que plantea un parto institucionalizado y humanizado, donde puede haber varias modalidades que conforman el parto institucional, en países como Australia, Holanda e Inglaterra:

contemplan varias opciones en cuanto al tipo de establecimiento para la asistencia al parto e incluso la posibilidad de un parto domiciliario (...) pueden diferenciarse 3 tipos de localizaciones para la atención al parto: la localización hospitalaria, con espacios dotados para atender situaciones complejas y espacios adecuados para una atención al parto normal, que pueden funcionar como unidades separadas; en segundo lugar un tipo de localización separada del hospital, con la infraestructura necesaria para atender a mujeres sin riesgos obstétricos, y en tercer lugar, la localización domiciliaria, en la que los profesionales se desplazan al domicilio de la mujer para atender el parto. (Ecuriet, 2013, pp. 68)

Si bien, en el 2006, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó la estrategia llamada “Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas” para invitar a los gobiernos del continente a integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud como parte de la estrategia de atención primaria de la salud (OPS, 2006, p.1). En el Perú solo hay tres políticas públicas de cuidado materno infantiles desde una mirada de salud intercultural hasta la fecha.

La Norma Técnica De Salud para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural del 2005 (NT N° 033-MINSA/DGSP-V.01)

La Actualización de la Norma Técnica De Salud Para La Atención Del Parto Vertical en el Marco De Los Derechos Humanos Con Pertinencia Intercultural del 2016 (NTS N° 121-MINSA/DGIESP V.01)
Adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención del 2019 (Directiva Administrativa N°261-MINSA/2019/DGIESP Aprobado con RM N° 228-2019-MINSA)

La primera fue un avance legal después del 2000 donde se reconocía que “la evidencia científica demuestra que la atención del parto en posición vertical es más fisiológico y facilita a la parturienta la expulsión del niño por nacer” (Minsa, 2005, p.15). Este tipo de parto ha sido la manera en la que, por siglos, han atendido las parteras. Así lo muestra la misma norma en uno de sus anexos con las imágenes de retablos ayacuchanos sobre el parto vertical que se muestran a continuación.



Fig. 2 Retablos ayacuchanos sobre el parto vertical

Lo que llama la atención de esta primera norma es que reconoce el derecho al parto vertical; señala los lineamientos para adecuar las instalaciones hospitalarias para hacerlo posible; reconoce plantas utilizadas en

los pueblos para intensificar el parto; reconoce en la ficha del plan de parto la posibilidad de parto en domicilio; facilita que la familia pueda llevarse su placenta a su casa si así lo decide; pero solo nombra a la partera como posible acompañante en el parto, la mujer tiene que elegir entre tener a su pareja o a su partera, porque no les posibilita desde la ley estar a ambos. Esa es la única mención que tiene dicha norma sobre las parteras, es decir, se incorporan muchos de sus saberes, pero no a ella, reconociéndola como portadora de dichos conocimientos. Se le nombra solo como acompañante.

En la segunda norma hay otro avance en el reconocimiento de “agentes de medicina tradicional o ancestral” como “personas que ejercen la medicina tradicional y que son reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud” (Minsa, 2016, p. 9), entre las que se reconoce a las parteras. También se les nombra en el Anexo 2 de antecedentes históricos de la atención del parto en posición vertical y en el Anexo 4 de mitos y verdades de la atención del parto en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, donde se señala que “algunas gestantes acuden a los establecimientos de salud acompañadas de una partera de la comunidad a quien le tienen confianza sobre el avance de la dilatación mediante el pulso y presagiando un buen parto con las hojas de coca” (p. 60). Desde la manera en la que se nombra a las parteras en esta ley, de nuevo solo reconociéndolas como acompañantes, y, luego, en el Anexo 4, relativizando sus saberes con las palabras como “algunas mujeres de zonas alto andinas y amazónicas aún mantienen ideas y leyendas ancestrales respecto al tratamiento de las enfermedades” (p. 60), es otra manera de discriminar el conocimiento y a sus portadores de saberes de medicina tradicional indígena.

En la tercera norma del 2019 se ha avanzado un poco más, pues se promueve que los establecimientos de salud “incorporen los recursos del sistema de salud tradicional”. Entre los que nombra se puede contar con el listado actualizado de agentes de medicina tradicional (incluidos a parteras y curadores), el establecimiento de un biohuerto medicinal y el registro de “enfermedades” y “síndromes culturales” propio de la zona. Igualmente plantea que el establecimiento de salud operativice la casa materna⁶ como

estrategia de acceso al servicio de salud y desarrollen encuentros de medicina tradicional conjuntamente con los agentes de medicina tradicional. Se señala explícitamente:

El establecimiento de salud promueve la medicina tradicional que permita revalorar la sabiduría de la población indígena amazónico, andina o afrodescendiente. (...) Recomienda el uso de medicina tradicional durante la atención, derivando en caso se requiera tratamiento con medicina tradicional. Se puede indicar algunos procedimientos de medicina tradicional, en su forma básica como las infusiones, lavados, entre otras, y evidenciar en la historia clínicas. También puede derivar a los agentes de medicina tradicional para complementar la atención. (Minsa, 2019, p. 27)

Si bien se avanza en la última norma, sigue manteniéndose una mirada utilitaria del Estado y el sistema de salud en particular, decidiendo qué reconocen y qué no de las prácticas de medicina tradicional indígena y las parteras. Prácticamente les dicen “te dejo entrar, pero no atiendes dentro del hospital”, “existes, si estás en mi listado”, “acepto las plantas sobre las que ya he investigado, pero no integro ni reconozco toda la complejidad de cómo se usan”. Es un reconocimiento utilitario desde una mirada de interculturalidad funcional la que se operativiza en la mayoría de estas normas, mientras que en la práctica se desestimula a mujeres de las comunidades indígenas a parir según sus usos y costumbres y se criminaliza a las parteras como señalan en los siguientes testimonios.

Un doctor de la posta me preguntó una vez que, si yo no tenía miedo de ir presa, si no me daba miedo que un bebé se muriera y gracias a Dios eso nunca me pasó, pero ya no les atiendo. Me vienen a buscar para que les ayude a voltear al bebé. Les hago su masaje, les digo cuando va a nacer el bebé. Me llaman cuando les dicen que les van a hacer cesárea, yo las ayudo y luego me llaman para contarme que el bebé nació bien. (Partera de Amazonas residente en Lima, comunicación personal, febrero de 2023)

Ni durante la pandemia he querido atender, solo las mando al centro de salud, tengo recelo. El último parto que tuve fue hace seis años. Del centro de salud me llaman, pero yo no voy. A veces me llaman porque los bebés tienen varios días y no nacen, pero igual no voy porque puede

causar un problema, se muere la wawa y me culpan. (Partera quechua de Cusco, comunicación personal, febrero 2023).

En la comunidad, muchas veces las jóvenes prefieren ir a parir al hospital, porque les dicen que parir en la comunidad está prohibido y si llega a nacer en la casa y van a buscar su certificado las tratan mal y les dan sus tres días de castigo internadas. (Partera kichwa, San Martín, febrero de 2023).

Según balance de la CNDH de Perú (2018, p. 58), la salud intercultural es un derecho derivado de la libre determinación de los pueblos indígenas, cuya garantía debe contemplar:

- (i) Acceder a servicios de salud adecuados sin discriminación de ningún tipo;
- (ii) Acceder a sus medicinas tradicionales, y mantenimiento de sus propias prácticas y métodos en materia de salud;
- (iii) Compatibilizar medidas estatales adoptadas en salud con las culturas, tradiciones y formas de vida de los pueblos indígenas;
- y
- (iv) Ofrecer servicios de salud en cooperación con los pueblos y contando con su participación activa en planificación, diseño y administración de programas de salud. Otorgar medios para que se organicen y ellos mismos presten dichos servicios.

Sin embargo, ninguno de los anteriores aspectos del derecho a la salud intercultural ha sido plenamente garantizado en Perú. Según Aliaga (2014) no existe una auténtica política de salud intercultural en el Perú:

Lo que ha venido funcionando es una serie de dispositivos legales que ha intentado, con poco éxito, normar un campo de acciones orientadas a articular la medicina oficial con las necesidades de salud de la población indígena tolerando su cosmovisión y su modelo de sanación. (p. 136)

Según la Defensoría del Pueblo (2015) en su informe *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural* señala que:

La falta de reconocimiento de las necesidades, percepciones y prácticas de las comunidades indígenas no contribuye a superar las barreras culturales, maltratos y posibles situaciones de discriminación que se presentan en la atención de salud. Una de las quejas más frecuentes recogidas en reuniones con representantes indígenas es que el personal de salud no habla su lengua y no conoce su cultura. (p. 8)

El problema de discriminación y violencia obstétrica a las mujeres y a las parteras tradicionales que las acompañaban se recrudeció con la pandemia, donde en muchos territorios hasta hoy no se permite ni siquiera la entrada de la mujer gestante con acompañante que era algo ya ganado a nivel nacional.

Muchos quieren que los acompañe hasta dentro del hospital para ayudarlo a relajar y darle fuerza, pero desde la pandemia, no me dejan entrar, en la puerta no más les dejo. (Partera kichwa de San Martín, comunicación personal, febrero de 2023).

En general, las mujeres en Perú dicen que les han asegurado que “está prohibido el parto domiciliario”. Se han difundido rumores que intimidan, controlan e incluso criminalizan la partería. De hecho, hay muchas obstetras convencidas de ello, pero que cuando les preguntas sobre qué ley lo prohíbe no saben qué responder y amenazan o condicionan a mujeres de las comunidades a la parir en el hospital si quieren tener su certificado de nacimiento y mantenerse en el programa juntos.

La criminalización, como la llaman muchas de las parteras en distintos territorios del continente, se expresa en programas de salud que:

Imponen una forma de reproducción que atenta contra la cultura y tradiciones, arrebatan a las familias su autodeterminación reproductiva con engaños, dificultan y criminalizan el ejercicio de la partería y fuerzan a quienes la ejercen a realizar acciones contrarias a sus convicciones. (Santibañez, 2014, párr. 14).

Esta criminalización se expresa en testimonios como:

A las mujeres que van a centros de salud a control les dicen explícitamente que no vayan donde la partera porque se pueden morir. Si

alguna mujer llega en trabajo de parto al centro de salud después de haber estado con la partera las insultan, las regañan... y si da a luz con partera y luego va al centro de salud no le dan el certificado de nacimiento, no quieren vacunar al bebé, no les dan el carné de vacunación o no le dan atención de puerperio a la mujer y les exigen que no regrese más con la partera. (Obstetra de Lambayeque, comunicación personal, febrero de 2023).

Si el Estado peruano no reconoce las formas de organización y de administración de salud de los pueblos indígenas y más bien tiende a controlar “qué pueden o no pueden hacer”, se vulnera la autonomía y autodeterminación de los pueblos.

En el Perú, no solo no se reconoce la importante labor de las parteras tradicionales, sino que, en las últimas décadas, en el afán de institucionalizar el parto, no se les ha valorado como parte de los agentes de salud comunitarios, o apenas se les nombra en las nuevas normas y viven una criminalización, de modo que muchas han dejado de atender y las que atienden lo hacen ocultas por miedo a represalias por parte del sistema de salud. Como señala Chirapaq “la partería es hoy una profesión a punto de desaparecer. La reticencia de las autoridades a permitir el trabajo de las parteras y los parteros ha tenido como consecuencia la casi extinción de sus conocimientos” (s.f., párr. 2).

Esta invisibilización de la partería indígena es solo una manifestación del racismo estructural del Estado hacia los pueblos indígenas y afroperuanos y del racismo institucional que el sistema de salud occidental ejerce, estigmatizando la medicina tradicional indígena, lo que pone en riesgo de desaparición la labor de la partería y atenta contra los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas.

5. Sociedad de riesgo vs. una sociedad del cuidado

Desde la visión biomédica del parto se ve al embarazo como una enfermedad, como una condición de “riesgo”, y se relaciona la mortalidad materna con los partos que se dan fuera de la institución médica, sin discriminar si son partos asistidos por parteras —que, de hecho, está compro-

bado, ayudan a reducir la mortalidad materna—, y los partos no asistidos (sin ningún tipo de acompañamiento). Como ya señalamos, se emprenden políticas para la institucionalización del parto, partiendo de la base que entre más partos se atiendan en el hospital, más “seguras” estarán las mujeres; en cambio de pensar políticas desde una mirada de “sociedades de cuidado”, donde la prevención, la promoción y la responsabilidad de todas y todos sobre el cuidado de la vida se reconozca.

Desde esta visión de riesgo, se parte de la premisa de que solo puede haber un “parto seguro” en un establecimiento de salud, atendido por un personal especializado, por lo cual el parto domiciliario, atendido en la comunidad se da por sentado que “no es seguro”. En los últimos años se vienen incorporando protocolos donde se considera bueno llevar al hospital las plantas, hacer el parto vertical e incluso devolver la placenta (aunque todavía en algunos casos se niega), pero no que asista la partera y menos que dé a luz en su comunidad.

Una obstetra que trabaja con parteras en el norte del Perú señala que “hoy, en pleno siglo XXI, siguen diciendo a la gente que dar a luz en casa, con las parteras es lo más absurdo que puede haber. A las parteras de Lambayeque las persiguen y las atacan” (Obstetra de Lambayeque, comunicación personal, febrero de 2023). Manifiestan que hay una falta de valoración de las parteras de su propia práctica por parte de universidades y profesionales de la salud. La misma entrevistada señaló que “las obstetras en el norte están más interesadas en encontrar la patología y tienen un rechazo hacia la partería. Ven el parto en casa con rechazo” (*ibid.*, febrero de 2023).

Las parteras, tanto en las entrevistas como en el taller realizado en San Martín, manifestaron que las maltratan y las discriminan cuando las amenazan con no permitir registrar, vacunar, atender a los bebés que reciben en casa, los “tres días de castigo” en el hospital que señalaba la partera de San Martín para entregar el registro de nacido vivo, solo por haber nacido en casa.

En lugares en donde han conseguido tener cierta relación con las postas de salud, como en Lambayeque y la Amazonía, no reconocen un

pago cuando ellas apoyan la labor médica de parte del Estado y no hay recursos para el traslado de las mujeres cuando viajan grandes distancias.

Nosotras no tenemos pago. Necesitaríamos que nos reconozcan un pago por el trabajo que hacemos todas las parteras. Este trabajo tú te vas no importa a qué hora de la noche te vas y son las obstetras las que se llevan los logros de los partos. (Partera del pueblo kichwa de San Martín, comunicación personal, febrero de 2023).

No hay dinero para el traslado, a veces no se puede salir para el parto. Falta coordinar con el jefe de la comunidad para los traslados, con el director para lograr los traslados. Les engañan diciendo que van a cubrir los gastos y eso es mentira. (Partera de Lamas, pueblo kichwa de San Martín, comunicación personal, abril de 2024)

También es frecuente que no las atiendan bien y, de hecho, las maltratan cuando las mujeres y las parteras no hablan castellano. En San Martín, la partera entrevistada señaló que a ellas como indígenas las hacen parir echadas, pese a que existen leyes, como las que ya se describieron, que les obligan a tener un espacio implementado para parto vertical, demostrando cómo en muchos territorios del país no se está cumpliendo la norma. En el taller realizado en San Martín señalaron que recién este año 2024 está funcionando la casa de espera en Chazuta donde “se agarran de una soguita del techo, el partero, el esposo o el promotor, puede entrar a acompañar el parto y permiten que se inviten los remedios caseros”, en las demás zonas de la región dicen que “las obligan a parir echadas y no les dan la opción de parto vertical” (comunicación personal, abril de 2024).

La sociedad del riesgo “presupone que las personas viven en un mundo peligroso e indigno de confianza (...) es un mundo lleno de miedo que confluye hacia pensamientos que esperan una transformación hacia un marco que garantice mayor seguridad” (Tronto, 2020, pp. 38). Nos hace vivir alertas desde el miedo y desde ese miedo estigmatizamos al otro, mientras que, desde una sociedad de cuidado, entenderíamos que juntos podemos hacer más y mejor. Si les damos el lugar que tienen y merecen a los sabios y sabias de medicina tradicional en los pueblos indígenas, mejor cuidadas estarán las mujeres de sus pueblos.

Perú ha tenido programas exitosos donde esta articulación de la medicina tradicional indígena y medicina occidental juntas lograron comunidades mejor cuidadas, como el caso de Inkawasi en 2018, donde obstetras y parteras tradicionales se articularon con el proyecto de “Adecuación intercultural en la atención del parto para evitar muertes maternas en el centro de salud Inkawasi”

ocupó el cuarto puesto en el XIV Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud (...). Para esto, lograron implementar el parto vertical humanizado, adecuar el establecimiento de salud con enfoque intercultural, fortalecer del sistema de referencia y contrareferencia (...) Logrando que en el 2017 y 2018; no se registraran muertes maternas en esta zona. (Gobierno Regional de Lambayeque, 2018, párr. 1-4)

Por eso, uno de los desafíos sigue siendo que en los avances del parto respetado sean incluidas las necesidades de las mujeres y familias indígenas, así como también a representantes de la medicina ancestral en todo el proceso, para realmente hacer políticas públicas interculturales que reconozcan la labor de cuidado de agentes comunitarios como las parteras, que sean diseñados y consultados con los pueblos indígenas. En consonancia con esto, al final del taller los sabios y sabias parteras de San Martín señalaron

Las propuestas deben salir de las bases de las comunidades nativas, para que se respeten los derechos, usos y costumbres de las plantas medicinales y plantear reuniones de trabajo en temas de educación y salud. Y llegar al Gobierno regional y el Ministerio de salud. Como petición al Gobierno, como reconocimiento a los sabios y sabias de comunidades nativas, desde Codepisam. (Comunicación personal, abril de 2024).

6. Parteras tradicionales como parte del cuidotoriado y la deuda histórica de reparación

La invisibilidad histórica de las parteras comienza desde la inauguración de la Maternidad de Lima en 1826, la primera en Latinoamérica. La profesión de obstetra es una de las más antiguas de la región y, desde su nacimiento, ha estado muy cerca de la Escuela de Medicina y muy alejada

de las prácticas tradicionales de las parteras. Son 200 años de distanciamiento, e incluso rechazo institucional de la partería indígena, que configuran al Perú como uno de los países del continente con pocos avances organizativos que reivindicuen la práctica de partería tradicional.

El cuidado para las comunidades amazónicas tiene que ver con la crianza. Se crían los hijos, se cría la chacra colectivamente, se crían relaciones y a la vez el territorio nos cría a nosotros, es una relación recíproca. El cuidado también tiene que ver con lo que, por ejemplo, los pueblos kichwas llaman ‘munay’, que es querer, estimar, apreciar. Así es como se construyen las relaciones “el munay te pide solidaridad, mutualidad, crece y se desarrolla en el cariño” (Rengifo, 2000). Para los pueblos indígenas, el cuidado de la vida en el centro, las parteras hacen parte de ese entramado de relaciones que cuida como se cría la pareja, como se crían los hijos, como se crían las plantas y alimentos para la madre y el bebé, y como se crían con munay, con el cariño que la madre tierra nos cría a nosotros también.

En esta amplitud y complejidad de los cuidados, las parteras y los médicos tradicionales como sabias y sabios de las comunidades son un cuidatoriado invisible para el Estado, donde no se reconoce, ni formal ni económicamente, la labor fundamental que cumplen para mantener la salud de sus comunidades. Las parteras indígenas hacen parte de ese cuidatoriado invisible que se encarga de que la salud comunitaria en las comunidades se mantenga, sin que su trabajo se sume dentro de las cuentas nacionales, porque en Perú ni siquiera está considerado como un oficio, como si se está discutiendo en Colombia, por ejemplo.

En el caso de las parteras siempre se consideraba que su labor la debía realizar en su comunidad y realizaba este trabajo desde la lógica de reciprocidad, las personas de su comunidad le daban animales, parte de su cosecha o le retribuían en trabajo en su chacra. Pero, como tal, no es que las parteras indígenas en sus comunidades se “sostengan” del trabajo que realizan, igual que los demás tienen su chacra, animales y cultivos que garantizan su sustento. Pocas veces hay intercambio monetario. Lo cual no significa que se considere a su trabajo como no importante ni valioso ni que merezca una retribución por su labor.

Nosotras no hacemos este trabajo de Yachaq por la retribución económica, a veces las familias te dan la propina, te llevan a comer, te compran algo, esa es nuestra recompensa por lo que hacemos. (Partera kichwa de San Martín, comunicación personal, febrero de 2023)

Las parteras tradicionales ejercen una labor de cuidado en múltiples dimensiones de la vida comunitaria, dimensiones que se invisibilizan por esa deuda histórica pendiente en el reconocimiento de las parteras tradicionales indígenas. En el caso de Perú, varias parteras han sido también víctimas de las políticas de esterilización forzada del Estado en los tiempos de Fujimori sobre todo en zonas rurales y empobrecidas del país, bajo el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Una de las parteras entrevistadas forma parte de una organización de mujeres esterilizadas de la selva peruana y contaba cómo, además de negarles el derecho de decidir sobre su propio cuerpo, muchas murieron enfermas por complicaciones posteriores a dicho procedimiento. Entonces, hablar de deuda histórica con las parteras tiene que hacerse en varios sentidos:

- Reparación histórica pendiente por la persecución, discriminación e invisibilización sistemática a la que han sido sometidos los pueblos indígenas y los agentes tradicionales de salud, entre ellos, las parteras, siendo fundamentales a través de la historia como parte del cuidatoriado de los pueblos indígenas.
- Reparación del racismo institucional que hasta hoy viven por la manera en la que el Estado entiende la interculturalidad de manera funcional, seleccionando lo que le es útil de los conocimientos tradicionales indígenas, sin incorporar a sus portadores.
- Reparación y reconocimiento del daño causado a las miles de mujeres esterilizadas en tiempos de Fujimori, entre ella muchas parteras que han sido afectadas en su autonomía, su derecho a decidir y, como señalaba la entrevistada, muchas han perdido su salud por las consecuencias de dicho acontecimiento en sus vidas.
- Reparación por que, siendo ellas cuidadoras que trabajan cuidan-

do a otros en diferentes etapas de la vida, ellas, al final de su vida, no se les reconoce el derecho a cuidado, no tienen una pensión, no tienen seguro de salud y muchas viven en condiciones de dramática pobreza.

Como señala la Conferencia de Durban, para los pueblos indígenas que fueron víctimas del colonialismo y continúan viviendo sus consecuencias en las desigualdades sociales, económicas y la discriminación en la exclusión de los pueblos indígenas, se deben “establecer mecanismos y políticas que promuevan medidas para combatir el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia” (OACDH, 2001, p.90).

En este sentido, se tienen que tener en cuenta diferentes aspectos, para pensar en recomendaciones de políticas públicas para reconocer el aporte al cuidado que hacen las parteras indígenas en sus pueblos.

7. Recomendaciones de políticas públicas y conclusiones

Retomando palabras de una partera colombiana, en el caso de los pueblos indígenas y afrodescendientes el desafío es:

Transformar el sistema de salud en un sistema de cuidado, reconociendo todas las labores que hacemos las mujeres en un sistema de la vida y no reducirlo al cuidado que se hace en un hospital. (Partera muisqa de Colombia, comunicación personal, febrero de 2023)

- a. Para eso, es necesario tener registros de las parteras en las comunidades, cómo ejercen su oficio, a cuántas personas atienden y de qué dolencias, para generar datos y estadísticas, propias de los pueblos indígenas, para luego discutir con el sistema de salud como su oficio de *yachaq* (sabia), comadrona o partera. Se valora en términos de una profesión de cuidado, sin que esto signifique perder la autonomía de la manera como ejerce su oficio, pero exigiendo el reconocimiento del aporte de las parteras indígenas como parte del cuidatoriado invisible del Perú a la

salud de los pueblos. Visibilizarlas implica conocer cómo hacen su trabajo y cómo este aporta a las cuentas nacionales.

- b. Igualmente, se considera necesario que se refleje en las estadísticas los nacimientos en domicilio y diferenciarlos de los nacimientos en comunidad como derecho a los pueblos indígenas. Porque, en el afán de mostrar resultados de parto institucional, todos los certificados que se solicitan en los hospitales quedan registrados como tal. “Son las obstetras y los médicos quienes se llevan los méritos del trabajo que hacemos nosotras”, señalaban continuamente en el taller. Por eso, proponen un registro propio de sabios y sabias dentro de las comunidades (validado por el Mincul); de los bebés nacidos en la comunidad y exigir a la Reniec que los inscriba en las mismas comunidades, porque si no, quedan como nacidos en el centro poblado y no en la comunidad nativa y no se reconoce la labor de los sabios y sabias de la comunidad.
- c. Estas políticas, como insisten de manera permanente los pueblos indígenas, no se pueden hacer sin ellos. Deben ser las parteras las protagonistas y partes de la construcción de un modelo donde ellas puedan ejercer su oficio, trasladar al hospital cuando sea necesario sin ser maltratada o discriminada y tener una retribución por el trabajo que realizan.
- d. Elaborar políticas pertinentes con la realidad requiere reconocer que últimamente las muertes maternas se están dando más en las instituciones de salud y que ya no se puede responsabilizar a las parteras (ni antes ni ahora), porque no existen estudios serios que lo demuestren. Por el contrario, se necesita reconocimiento real en el Estado peruano de la insuficiente inversión en salud, que hace que tenga una red de servicios deficiente y desarticulada, lo cual dificulta una atención oportuna, los traslados y la prevención de enfermedades, sobre todo en las regiones más distantes del país como la Amazonía.

- e. Reconocer el derecho a ser cuidadas que tienen las parteras. El Estado debe responsabilizarse y reconocer el papel histórico de las parteras en el cuidado y el derecho que tienen de ser atendidas cuando sean mayores, de tener derecho a la salud, a un seguro social, a una pensión y que se desfamiliarice esta responsabilidad, pensando sobre todo en aquellas que están en condiciones de mayor vulnerabilidad.
- f. Crear las condiciones para el goce efectivo de sus derechos como parteras y como pueblos indígenas, lo cual implica reconocer el descuido sistémico del Estado hacia territorios rurales y, en particular, el racismo institucional de las políticas hacia pueblos indígenas de la selva y de la sierra. Va más allá de pensar en reivindicaciones en temas de salud. En países como Colombia están exigiendo políticas culturales, económicas, laborales y educativas para fortalecer la medicina tradicional indígena, debido a la perspectiva reducida del sistema de salud sobre los agentes de medicina tradicional indígena.
- g. Establecer medidas de reparación de las injusticias pasadas que han vivido las parteras, lo que implica reconocimiento, restablecimiento de derechos e inversión para implementar políticas públicas y, como dice Arango (2015), “implica entender su historia y su naturaleza, asignar responsabilidades por las acciones del pasado y revertir los efectos continuos de las injusticias por todos los medios posibles” (p. 105). Plantear políticas para la reparación histórica pendiente de la persecución, discriminación e invisibilización sistemática, del racismo institucional, del daño causado a las miles de mujeres esterilizadas y del reconocimiento del derecho al cuidado. Es uno de los desafíos más amplios de este trabajo, seguramente implicará el diseño de acciones afirmativas para pueblos indígenas, pero también cambios estructurales en cómo se plantean las relaciones entre el Estado y los pueblos indígenas.
- h. Un desafío fundamental es avanzar en políticas públicas interculturales para las parteras en clave de descolonización del paradig-

ma médico occidental para que dialogue de manera más horizontal (no en una sola vía, como es hasta ahora) con los sistemas de salud indígenas de comunidades andinas y amazónicas en Perú. Avanzar en la construcción de sistemas de protección social universal con enfoque de género sí, pero también intercultural, promoviendo políticas que estimulen cambios culturales en diálogo con la interculturalidad peruana.

- i. Esto debe ir de la mano con mecanismos de sanción y judicialización a servidores públicos que discriminen, engañen o amedrenten a agentes tradicionales de salud como las parteras. Tener un derecho sin un mecanismo de cumplimiento es como tener una política sin presupuesto, por tanto, es necesario, generar medidas para horizontalizar relaciones con el sistema de salud y el respeto a la salud propia de los pueblos indígenas y con recursos suficientes para implementar políticas que contribuyan a incorporar la medicina tradicional indígena.



Fig. 3 Taller de sabios y sabias parteras kichwas en Lamas, San Martín. En la foto Cruzilda, Jorge, Conzuelo, Regina, Loyda y Angy.

Si bien es importante que el Estado garantice, es importante que estos procesos no atenten contra las autonomías de los pueblos, porque también hay que aprender mucho de la manera en que los pueblos indígenas entienden el cuidado de la vida y las relaciones donde ese *munay* nos puede ayudar a concebir el cuidado de la vida como una responsabilidad de todas y todos.

8. Conclusiones

A lo largo del trabajo se ha señalado cómo las parteras en todas las comunidades campesinas e indígenas son un referente importante en sus comunidades, no solo en la salud colectiva, mental, emocional y espiritual de la comunidad, sino para el buen vivir con la naturaleza.

Hay una deuda histórica pendiente en reconocimiento del aporte de partería tradicional indígena y sus contribuciones como parte del cuidado invisible de este país, frente a la invisibilidad real, la discriminación y criminalización que siguen viviendo las parteras como expresión del racismo institucional normalizado que pone la partería en riesgo.

Se ha mostrado cómo se entiende la interculturalidad de manera funcional incorporando saberes, sin reconocer portadores de sabiduría de los pueblos, como se señaló en el marco legal y la invisibilización legal que viven las parteras. Los Estados tienen la obligación de garantizar y proteger los derechos de los pueblos indígenas y de reconocer su aporte no solo a la salud sino al buen vivir de nuestros países.

El cuidado comunitario es una estrategia de resistencia y sobrevivencia, sostenida de prácticas comunitarias de solidaridad, cuidado mutuo y reciprocidad. Por tanto, la sobrevivencia de las parteras, su sabiduría y sus prácticas contribuye a la resistencia y buen vivir de los pueblos indígenas. Este cuidado comunitario es una de las perspectivas de análisis que hasta ahora tiene menos investigación y hay más dificultades para incorporarlo y reconocerlo en nuestros países. Este trabajo quiere reforzar la necesidad de seguir abordando su importancia y aporte a sociedades de cuidado. La mirada del cuidado desde las políticas públicas sigue siendo

más individual que colectiva o comunitaria, lo que dificulta aún más a los pueblos indígenas el ser reconocidos como sujetos colectivos con derecho al cuidado y a los agentes de salud comunitarios, como las parteras, ser reconocidos, retribuidos y visibilizados en las políticas públicas.

Las recomendaciones son puntos de partida para pensar en políticas públicas de cuidado con enfoque de género e intercultural, que tendrían que ser discutidas y construidas con las protagonistas. Es necesario seguir investigando sobre las miradas del cuidado desde los pueblos indígenas y cómo estas miradas nos pueden aportar para poner el cuidado de la vida en el centro, y todas y todos asumamos responsabilidades de cuidado en todos los ámbitos de la vida.



Fig. 4 Cerámica moche sobre el parto exhibida en el Museo Larco en Lima

Notas

- 1 Este artículo es una reflexión a partir del trabajo de investigación final de la autora en el marco de la Especialización en Políticas del Cuidado con Perspectiva de Género, realizada con FLACSO Brasil y CLACSO, entregada en el 2023 y titulada *La partería tradicional indígena en Perú y la necesidad de políticas de reconocimiento de su aporte al cuidado de los pueblos*. Incluye reflexiones de parteras y parteros kichwas que se reunieron en San Martín a comienzos de 2024 y cuyo encuentro acompañé como coordinadora del CAAAP.

- 2 Agradecer a las personas entrevistadas en 2023 y participantes en el taller de Lamas que cito a lo largo del texto como: Consuelo Tapullima (San Martín), Jorge Pizango (San Martín), Delicia Tuanama (San Martín), Ramiro Partera (Colombia), Liceth Quiñones (Colombia), Milton Tuanama (San Martín), Jairo Tapullima (San Martín), Lidmer Cenepo (San Martín), Mónica Salazar (Lambayeque) y María Vilca (Lima), entre otras.
- 3 Ver más sobre este taller en: <https://caaap.org.pe/2024/04/10/san-martin-sabios-y-sabias-kichwas-se-reunen-para-fortalecer-la-medicina-tradicional-indigena/>
- 4 Cuidatoriado es un concepto de Durán (2018), para referirse a todo el trabajo, realizado en su mayoría por las mujeres, que no se reconoce ni formal ni económicamente para mantener la salud de sus comunidades. La mayoría de este cuidatoriado realiza su trabajo de modo no remunerado: “suelen recibir un pago escaso y situarse en el sector más desfavorecido del mercado de trabajo” (Durán, 2018, citado en Bathiany, 2020, p.44).
- 5 Utilizo el concepto de racialización, según Oshy Curiel (2008), denota “la intención ideológico política de clasificar a grupos humanos en torno a la idea de raza, y los efectos del racismo sobre (todos los ámbitos de la vida) de esos grupos, demostrando así que es una categoría de ‘poder’” (Curiel, 2008, citado en Aguilar, 2019, p. 12).
- 6 La Casa Materna es un espacio comunal, que se utiliza para el alojamiento o posada temporal de mujeres gestantes y algún acompañante que ellas decidan (hijos, pareja, otros familiares y/o partera) en ambientes cálidos, parecidos al de sus viviendas con incorporación de sus prácticas alimenticias. En estas Casas Maternas no se atienden los partos, pero se cuida y se prepara a la gestante para el mismo, permitiendo el acceso a los servicios de salud y asegurándoles un parto institucional, principalmente en zonas rurales, andinas y amazónicas. Se plantearon como una medida intermedia entre el parto domiciliario y el parto en hospital desde 1997. Ver más en: *Documento Técnico “Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación”*, aprobado con RM N° 674- 2006/MINSA.

Referencias bibliográficas

- Aguilar Idáñez, M. J. y Buraschi, D. (20 de marzo de 2021). *Racismo institucional: ¿de qué estamos hablando?*. The Conversation. <https://theconversation.com/racismo-institucional-de-que-estamos-hablando-157152>

- Aguilar, Y. (2019). *Femestizajes. Cuerpos y sexualidades racializadas de ladinas-mestizas*. F&G Editores.
- Alarcón, R., Toci, A., Álvarez, D., Arana, V., Araya, M. J., Brandão, T., Casillas, S., El Kotni, M., Gómez, I., Moral, A., Ortega, J., Quattrocchi, P. y Sieglin, V. (2021). *Las parterías tradicionales en América Latina. Cambios y continuidades ante un etnocidio programado*. Luscinia C. E.
- Aliaga, G. (2014). *Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una Política de salud intercultural en el Perú*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional - Cybertesis UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/3493>
- Alvarado Escudero, A. (2015). Sacerdotisas, curanderas, parteras y guerreras: mujeres de élite en la costa norte del Perú antiguo. *Americania: Revista de Estudios Latinoamericanos*. (2), 4-38. <https://www.upo.es/revistas/index.php/americania/article/view/1390>
- Arango-Gaviria, L. G. (2015). Cuidado, trabajo emocional y mercado: los servicios estéticos y corporales. *Revista Latinoamericana de Estudios De Familia*, 7, 99-120. <https://doi.org/10.17151/rlef.2015.7.7>
- Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (Asoparupa). (s.f.). *Asociación de Parteras Unidas del Pacífico*. Corpografías. <https://corpografias.com/parteras-asoparuba/>
- Batthiany, K. (Coord.). (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Clacso.
- Batthyány, K. (2021). *Políticas del cuidado*. Universidad Autónoma Metropolitana, Clacso.
- Chirapaq. (s.f.). *Partería tradicional: una práctica ancestral en peligro de extinción*. Chirapaq.org. <http://chirapaq.org.pe/es/parteria-tradicional-una-practica-ancestral-en-peligro-de-extincion>

- CNDH México. (2019). *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural*. Programa de asuntos de la mujer y de igualdad entre mujeres y hombres.
- CNDH Perú. (2019). *¿Y los Pueblos Indígenas en el Perú? Cumplimiento de las obligaciones del Estado peruano a 30 años del Convenio 169 de la OIT*. Grupo de Trabajo sobre Pueblos Indígenas de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos.
- Defensoría del Pueblo. (2015). *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Serie Informes Defensoriales - Informe N° 169*. Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo (2020). *Violencia obstétrica en el Perú. Adjuntía Para Los Derechos De La Mujer Serie Igualdad y No Violencia N°013. Informe de Adjuntía N° 023-2020-DP/ADM*. Defensoría del Pueblo.
- Escuriat, R., Pueyo, M., Biescas, H., Espiga, I., Colls, C., Sanders, M., Kinnear, A., Roberts, M., Gomes, S., Fusté, J. y Ortún Rubio, V. (2013). La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Profesión*, 15(2), 62-70. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4800439>
- Fisher, B. y Tronto, J. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En E. Abel & M. Nelson (Eds.), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives* (pp. 36-54). Suny Press.
- Fournier, M. (2022). *Taxonomía del trabajo del cuidado comunitario*. Organización internacional del trabajo.
- Guimarães, N. A. (2019). *Os Circuitos Do Cuidado. Reflexões A Partir Do Caso Brasileiro*. Prepared for delivery at the 2019. Congress of the Latin American Studies Association. LASA.

Gobierno Regional de Lambayeque. (23 de octubre de 2023). *Proyecto sobre prevención de muertes maternas en Inkawasi ocupa cuarto lugar en encuentro nacional*. Gobierno Regional de Lambayeque. <https://bit.ly/47oVz9r>

IIDH. (2008). *Campaña educativa de salud indígena*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

Instituto Nacional de Salud. (14 de enero de 2024). *Salud intercultural*. Gob.pe. <https://www.gob.pe/45207-instituto-nacional-de-salud-salud-intercultural>

Mano Alzada. (16 de junio 2018). *Denuncian violencia obstétrica contra parturienta en Ayacucho*. Mano Alzada. <https://manoalzada.pe/especial/denuncian-violencia-obstetrica-contraparturienta-en-ayacucho>

Minsa (2000). *Lineamientos normativos para la capacitación de parteras (os) tradicionales*. Perú. Ministerio de Salud. http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1110_dgsp95.pdf

Minsa (2001) *Partera tradicional y Uso del Paquete de Parto Limpio. Manual - Informes y publicaciones*. Ministerio de Salud, Plataforma del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321780-partera-tradicional-y-uso-del-paquete-de-parto-limpio-manual>

Minsa (2005). *La Norma Técnica De Salud para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural*. NT N° 033-MINSA/DGSP-V.01

Minsa (2006). *Documento Técnico “Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación”*. Aprobado con RM N° 674- 2006/MINSA.

Minsa. (2016). *La Actualización de la Norma Técnica De Salud Para La Atención Del Parto Vertical en el Marco De Los Derechos Huma-*

nos Con Pertinencia Intercultural. NTS N° 121-MINSA/DGIESP V.01

- Minsa (2019). *Adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención*. Directiva Administrativa N°261-MINSA/2019/DGIESP. Aprobado con RM N° 228-2019-MINSA
- Minsa. (7 de diciembre de 2019). *Parto institucional se incrementa a más de 90 % en el país*. Gob.pe. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50612-parto-institucional-se-incrementa-a-mas-de-90-en-el-pais>
- OIT. C107. (1957). *Convenio sobre poblaciones indígenas y tribuales*. OIT.
- OIT. C169. (1989). *Convenio sobre pueblos indígenas y tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. OIT.
- ONU. (2007). *Declaración de las naciones unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. ONU.
- ONU. (2015) *Objetivos del desarrollo sostenible*. ONU. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- ONU. (2015). *Declaraciones del milenio de la ONU*. ONU. <https://research.un.org/es/docs/dev/2000-2015>
- ONU. (s.f.). *Foro permanente de las naciones unidas para las cuestiones indígenas*. ONU. <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/sesiones-del-foro-permanente.html>
- OMS. (1993). *Parteras tradicionales. Declaración conjunta*. OMS, FNUAP, Unicef.

- OACDH. (2001) *Declaración y programa de acción de la conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia celebrada en Durban (Sudáfrica) del 31 de agosto al 8 de septiembre de 2001, serie salud de los pueblos indígenas*. Doc Hss, Silos.
- PAHO. (2006). *La Salud De Los Pueblos Indígenas De Las Américas*. Paho.org. <https://www3.paho.org/spanish/gov/cd/cd47-13-s.pdf>
- Rengifo, G. (2000). *Compartiendo Crianzas*. Asociación Rural Amazónica Andina Choba Choba.
- Sanidad. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.
- Santibañez, N., Vázquez, O. y Chávez, A. (2014). *Parteras, sembradoras de vida en las comunidades, en Peligro de Desaparecer*. Desinformémonos. <https://desinformemonos.org/parteras-sembradoras-de-vida-en-las-comunidades-en-peligro/>
- Tronto, J. (2020) *¿Riesgo o cuidado?*. Fundación Medifé Edita.
- Unesco. (2023). *Partería: conocimientos, competencias y prácticas*. Unesco.org. <https://ich.unesco.org/es/RL/parteria-conocimientos-competencias-y-practicas-01968>