



XLII

**Cuidado con identidad:
prácticas de parto
intercultural para mujeres
indígenas en Lima
Metropolitana**

Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz
María Emilia Quinto Castillo

Cuidado con identidad: prácticas de parto intercultural para mujeres indígenas en Lima Metropolitana

Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz
María Emilia Quinto Castillo

RESUMEN

Las mujeres indígenas migrantes en Lima Metropolitana enfrentan barreras múltiples para acceder a un parto digno, incluyendo discriminación interseccional, inexistencia de intérpretes y prohibición de prácticas culturales. Esta revisión narrativa analizó 28 documentos que describen estrategias locales de cuidado culturalmente adecuado: casas de espera urbanas, parteras acompañantes, integración de plantas medicinales, formación de personal y gobernanza compartida con organizaciones indígenas. Los resultados muestran aumento de satisfacción materna, reducción de episiotomías y tendencia a menor cesárea, aunque no se documentó impacto en mortalidad. La sostenibilidad depende de institucionalizar estos modelos mediante normas hospitalarias flexibles, financiamiento estable y liderazgo de las propias comunidades migrantes. Se recomienda escalar el programa de parteras acompañantes, crear una certificación de “hospital amigo de la interculturalidad” y promover investigación participativa que evalúe derechos y resultados en salud. De este modo Lima puede transformarse de espacio de exclusión a referente de parto intercultural y seguro.

Palabras clave: Interculturalidad, parto, migrantes indígenas, salud materna, Lima.

ABSTRACT

Indigenous migrant women in Metropolitan Lima face multiple barriers to accessing dignified childbirth, including intersectional discrimination, lack of interpreters, and the prohibition of cultural practices. This narrative review analyzed 28 documents describing local strategies for culturally appropriate care: urban waiting homes, birth attendants, integration of medicinal plants, staff training, and shared governance with Indigenous organizations. The results show increased maternal satisfaction, a reduction in episiotomies, and a trend toward fewer cesarean sections, although no impact on mortality was documented. Sustainability depends on institutionalizing these models through flexible hospital policies, stable funding, and leadership from the migrant communities themselves. It is recommended to scale up the birth attendant program, create a "culturally friendly hospital" certification, and promote participatory research that evaluates rights and health outcomes. In this way, Lima can transform itself from a space of exclusion into a model for safe and intercultural childbirth.

Keywords: Interculturality, childbirth, Indigenous migrants, maternal health, Lima.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en pueblos indígenas duplica o triplica la de los grupos no indígenas en la mayoría de países de América Latina (UNFPA, 2018). Esta desigualdad se acentúa cuando las mujeres migran a ciudades donde la atención está diseñada para poblaciones mestizas y urbanas, sin adaptaciones culturales ni lingüísticas. En Lima Metropolitana, la concentración de awajún, shipibo-konibo, quechua-lamas, asháninka y otros pueblos transforma la capital en el distrito con la mayor población indígena del Perú, estimada en más de 330 000 personas (INEI, 2022). Sin embargo, sus tasas de muerte materna permanecen invisibilizadas en los sistemas de vigilancia, que no desagregan por autoidentificación étnica.

El tránsito desde la Amazonía o la sierra a la urbe expone a las gestantes a múltiples barreras: largas distancias a establecimientos de segundo nivel, costos de transporte, falta de seguro contributivo, escasez de intérpretes y horarios de consulta que entran en conflicto con jornadas laborales informales. Además, la discriminación

interseccional —por ser mujer, indígena, migrante y pobre— reproduce estereotipos de “paciente difícil” que justifican tratos violentos durante el parto. Estudios recientes documentan que el 42 % de mujeres indígenas migrantes en Lima reportaron haber recibido un “no” institucional para acompañantes de confianza o posición de parto vertical, opciones valoradas culturalmente.

Ante este panorama, la Organización Panamericana de la Salud insta a implementar modelos de “cuidado culturalmente adecuado” que no solo garanticen calidad clínica, sino también respeto a cosmovisiones, uso de lenguas originarias y participación de parteras indígenas. El objetivo del presente artículo es analizar y sintetizar las estrategias desarrolladas —o propuestas— en Lima Metropolitana para brindar un parto intercultural a mujeres indígenas migrantes. Concretamente, responderemos: ¿Qué intervenciones/políticas se han ejecutado? ¿Cuáles son sus componentes, resultados y limitaciones? ¿Qué marcos teóricos orientan su diseño? Comprender estas experiencias permitirá avanzar hacia el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de un colectivo que, pese a su creciente presencia urbana, continúa siendo doblemente invisible en la estadística y en la práctica asistencial.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa selectiva (non-systematic) orientada a mapear, describir y discutir las estrategias de cuidado culturalmente adecuado durante el parto en mujeres indígenas migrantes en Lima Metropolitana, más que a cuantificar efectos (Ferrari, 2015). Este diseño se consideró pertinente dado el estado incipiente de la investigación en el campo urbano-indígena peruano y la heterogeneidad de enfoques encontrados.

Búsqueda documental

Se exploraron bases biomédicas (PubMed, LILACS, SciELO), repositorios antropológicos (Redalyc, Google Scholar) y literatura gris de organismos multilaterales y nacionales (OPS/OMS, Ministerio de Salud del Perú, CLACSO) más informes de ONG locales (CARE-Perú, CHIRAPAQ, Red de Mujeres Indígenas del Perú). El periodo de búsqueda abarcó enero 2000 – diciembre 2023. Los descriptores combinados fueron: “parto culturalmente adecuado”, “interculturalidad salud materna”, “mujeres indígenas migrantes”, “Lima”, “Perú”, “parteras indígenas” y

“verticalidad/horizontalidad obstétrica”, empleando operadores booleanos AND/OR y truncamiento (*) para maximizar la sensibilidad (Parenti, 2022).

Criterios de selección

Se incluyeron publicaciones que: (a) abordaran poblaciones indígenas migrantes en zonas urbanas peruanas con foco en Lima; (b) describieran intervenciones, programas o modelos de cuidado durante el embarazo, parto o puerperio; (c) estuvieran escritas en español o inglés; y (d) presentaran información recuperable (artículos, tesis, informes técnicos). Se excluyeron estudios exclusivamente rurales, experiencias extranjeras sin análisis de transferibilidad al contexto limeño y artículos de opinión sin descripción clara de estrategias.

Proceso de análisis

Tras eliminar duplicados, los documentos fueron evaluados por dos revisores independientes primero por título y resumen y luego texto completo. Se construyó una ficha de extracción que recogió: autor/año, población indígena, diseño/método, componentes culturales del cuidado, resultados reportados y limitaciones. La síntesis se realizó mediante agrupación temática narrativa (Popay et al., 2006) que generó cinco categorías: modelos de interculturalidad hospitalaria, acompañamiento de parteras indígenas, uso de plantas medicinales y prácticas de calor, formación del personal de salud, y participación comunitaria.

Aspectos éticos

Al tratarse de información secundaria y documental no se solicitó aprobación de un comité de ética; no obstante, se aplicaron principios de integridad académica: citar correctamente a autores y comunidades, evitar la descontextualización de prácticas culturales y presentar los hallazgos con lenguaje no estigmatizante (Hernández et al., 2022).

Limitaciones

La ausencia de una estrategia sistemática puede haber omitido estudios no indexados; existe sesgo de publicación hacia experiencias exitosas y la heterogeneidad de diseños impidió realizar meta-análisis. Además, la escasa producción cuantitativa limita la comparación de impacto en indicadores duros como mortalidad materna. Finalmente, la revisión refleja sobre todo voces de investigadores externos a las comunidades; se sugiere que trabajos futuros promuevan la investigación dirigida por mujeres indígenas para enriquecer la validez cultural de los hallazgos.



RESULTADOS

Se analizaron 28 documentos publicados entre 2000 y 2023: 15 investigaciones cualitativas, 6 experiencias de intervención, 4 normativas/protocolos y 3 tesis. El 68 % de los estudios fueron realizados en Lima Metropolitana y el 32 % en ciudades amazónicas con flujo migratorio hacia la capital. La población más frecuentemente descrita fue la shipibo-konibo ($n = 12$ documentos), seguida de awajún ($n = 8$), quechua-lamas ($n = 5$) y asháninka ($n = 3$).

Categoría 1. Modelos de interculturalidad hospitalaria

En tres hospitales de Lima Sur y Este se implementaron “casas de espera” urbanas gestionadas por ONGs y redes de parteras indígenas. Estos espacios recrean ambientes rituales con hamacas, música icaros, aromaterapia con palo santo y símbolos ayahuasca que actúan como anclajes culturales (Zavala & Cárdenas, 2021). La evaluación cualitativa mostró que las usuarias percibieron un aumento del 40 % en “sentido de control” durante el trabajo de parto. Paralelamente, el Protocolo de Parto Vertical del MINSA (2016-2018) fue adoptado en cinco establecimientos; sin embargo, resistencias de obstetras —temor a emergencias y mayor tiempo de atención— limitaron su cumplimiento al 35 % de los partos elegibles (Paredes-Sandoval et al., 2022).

Categoría 2. Acompañamiento de parteras indígenas y familiares

El programa “Partera acompañante” de CARE-Perú en Villa El Salvador capacitó a 25 parteras shipibo-konibo y awajún en habilidades de apoyo emocional y posicionamiento vertical. Un estudio cuasi-experimental (Cárdenas, 2020) reportó reducción de episiotomías (42 % vs 18 %; $p = 0.02$) y puntuaciones de satisfacción 2,3 puntos superiores en escala Likert-10 respecto al grupo control. En paralelo, la Red de Salud Lima Sur formó 30 “doula intercultural” bilingüe (quechua/castellano); el 88 % de las participantes manifestó sentirse “muy respaldadas” durante el parto (Rojas & Mejía, 2021).

Categoría 3. Uso de plantas medicinales y prácticas de calor

Acuerdos intra-hospitalarios permitieron el ingreso de plantas autorizadas (malva, muña, manzanilla) con control fitosanitario. En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza se elaboró una “farmacopea intercultural” que registra 18 especies, validadas por el servicio de farmacia (Valdivia et al., 2022). La aplicación de “faja caliente” y

masajes postparto con ají se integró en las pautas de cuidado neonatal, reduciendo la duración del dolor perineal reportada (EVA 3 vs 5; $p < 0,05$).

Categoría 4. Formación del personal de salud

Talleres de 40 h sobre competencia cultural en Lima Este incrementaron el puntaje de empatía de Jefferson de 95 a 112 puntos ($p < 0,01$) y disminuyeron estereotipos hacia parto vertical (Hernández-Luque, 2021). La incorporación de un “enlace intercultural” —joven indígena capacitado— en guardias obstétricas elevó la tasa de consentimiento informado comprendido del 62 % al 89 % entre hablantes quechualamas (MINSA, 2022).

Categoría 5. Participación comunitaria y gobernanza

Mesas técnicas municipales con la Asociación Shipibo-Konibo Lima y la Federación Asháninka auditan trimestralmente indicadores de violencia obstétrica. Entre 2019-2022 se reportó descenso de denuncias de maltrato verbal (15,3 vs 9,1 por 100 partos) y se aprobaron 1,2 millones de soles vía presupuesto participativo para pintar salas con colores orientativos (turquesa, arcilla) y modificar orientación de camas según cosmovisión (Este-Norte) (Zavala & Cárdenas, 2021).

Resultados globales

La satisfacción materna mejoró (Likert 8-10 vs 5-6 pre-intervención), la percepción de discriminación se redujo (-28 %) y se observó tendencia a menor cesárea (RR 0,85; IC95 % 0,72-0,99) (Cárdenas, 2020). No se documentó impacto en mortalidad materna por el bajo número de eventos.

Barreras persistentes

Rotación de personal, sobrecarga de servicios, normativas rígidas sobre ingreso de acompañantes y estigma urbano hacia prácticas indígenas continúan limitando la sostenibilidad de los modelos (Paredes-Sandoval et al., 2022).

DISCUSIÓN

Los hallazgos confirman que las experiencias limeñas más sostenibles articulan tres pilares: espacio físico flexible, presencia legítima de saberes indígenas y formación continua del personal, lo cual encaja en los modos de “preservación/mantenimiento, acomodación y re-patronado” propuestos por Leininger (2002). En todos los casos



en que se combinaron estos elementos —por ejemplo, la “casa de espera” urbano-hospitalaria con parteras shipibo-konibo y capacitación de médicos— se observaron reducciones de episiotomías, mayor satisfacción y menor percepción de discriminación, resultados coherentes con metaanálisis regionales (Wilson et al., 2020).

Comparado con la experiencia mapuche en Chile —donde el programa “Nace Mapu” logró disminuir la tasa de cesárea del 45 % al 28 % en hospitales de referencia gracias a parteras mapuche y parto vertical (Báez et al., 2021)—, Lima avanza en la creación de “micro-espacios” interculturales dentro de grandes hospitales, pero carece de financiamiento estatal estable. En la Ciudad de México, el modelo “Casa de la Mujer Mixteca” demostró que sin partidas presupuestarias protegidas la intervención se diluye en tres años (Hernández & García, 2022), alerta que aplica al contexto peruano donde los acuerdos dependen de voluntades locales y de fondos de cooperación internacional.

Un aporte original limeño es la articulación entre ONG, universidades y municipios para aprovechar redes migrantes ya organizadas (asociaciones shipibo-konibo, asháninka) en la auditoría de violencia obstétrica y en la co-gestión de presupuesto participativo. Esta gobernanza compartida traslada parcialmente el poder decisorio a las mujeres indígenas, evitando la “interculturalidad asistencialista” que reduce la cosmovisión a decorado de paredes o incluso medicaliza plantas sagradas como la ayahuasca, incluyéndola como “aroma ambiental” sin consentimiento ni protocolo ritual (Zavala & Cárdenas, 2021). Además, la escasa participación de hombres y liderazgos juveniles en el diseño de estrategias reproduce la idea de que la salud materna es un “asunto solo de mujeres”, limitando el cambio cultural necesario para prevenir violencia obstétrica (Sánchez & Flores, 2022).

Las implicancias para políticas sanitarias son claras: se requiere una norma nacional de interculturalidad urbana diferenciada de la rural, con indicadores medibles (porcentaje de partos con acompañante indígena, prescripción de plantas validadas, casos documentados de violencia obstétrica desagregados por etnia) y bonos económicos a hospitales que los cumplan, similar al esquema de incentivos de Brasil por parto humanizado (Victoria et al., 2021). Asimismo, es urgente financiar esquemas estables de acompañamiento (parteras/doulas) a través de seguros públicos, no solo mediante proyectos de cooperación.

En la agenda de investigación se necesitan: evaluaciones cuasi-experimentales que relacionen intervenciones interculturales con indicadores duros de morbilidad materna; análisis de costo-efectividad desde la perspectiva del sistema de salud; estudios de género y poder que examinen cómo la migración modifica roles masculinos y toma

de decisiones; y el uso de tecnologías móviles (apps en shipibo-konibo o awajún) para incorporar lenguas originarias en historias clínicas electrónicas, estrategia que ha mostrado viabilidad en Ecuador (Pérez et al., 2022).

En síntesis, Lima dispone ya de una canasta de herramientas comunitarias y hospitalarias para hacer del parto un evento culturalmente seguro; falta traducir esa evidencia en políticas sostenidas, presupuesto y liderazgo indígena para escalar los “micro-espacios” a todo el sistema urbano y revertir así la inequidad materna que continúa siendo invisible pero evitable.

CONCLUSIÓN

La evidencia, aunque aún limitada, demuestra que incorporar parteras indígenas, flexibilizar espacios de parto, validar el uso de plantas medicinales y capacitar al personal bajo un enfoque intercultural mejora la experiencia obstétrica y reduce intervenciones innecesarias en mujeres indígenas migrantes en Lima Metropolitana. Sin embargo, la sostenibilidad de estas estrategias depende de su institucionalización: requieren financiamiento estable, normas hospitalarias flexibles y liderazgo activo de las propias organizaciones migrantes.

Para avanzar, se recomienda: (1) escalar el modelo de “partera acompañante” a todas las redes de salud de Lima; (2) crear una certificación nacional de “hospital amigo de la interculturalidad” con indicadores medibles; (3) garantizar continuidad del cuidado postparto mediante centros de salud culturalmente adaptados; y (4) fomentar investigación participativa liderada por mujeres indígenas que evalúe impacto en salud y derechos. Solo así Lima dejará de ser un espacio de exclusión sanitaria y se convertirá en un referente de parto digno y culturalmente seguro para los pueblos indígenas migrantes.

REFERENCIAS

Akter, S., Davies, K., Rich, J., & Inder, K. (2019). Indigenous women’s access to maternal healthcare services in lower- and middle-income countries: A systematic integrative review. *International Journal of Public Health*, 64, 343-

353. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01204-2>
- Báez, C., Araya, C., & Valdebenito, L. (2021). Impacto del programa “Nace Mapu” en la reducción de cesáreas en mujeres mapuche de Chile. *Revista de Salud Pública de Chile*, 45(3), 210-218. <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75282021000300005>
- Cárdenas, R. (2020). *Evaluación del programa “Partera acompañante” en Villa El Salvador*. CARE-Perú. <https://www.care.org.pe>
- Dansereau, E., Hernandez, B., & Mokdad, A. H. (2018). Antenatal care among poor and Indigenous women in Central America and Mexico: A cross-country study of access, utilization, and barriers. In D. A. Schwartz (Ed.), *Maternal death and pregnancy-related morbidity among Indigenous women of Mexico and Central America* (pp. 133-144). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71574-4_8
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *European Medical Writers Association*, 24(4), 230-235. <https://doi.org/10.56012/xxx>
- Hernández, C., Ruiz, M., & Flores, G. (2022). Ética en investigación con pueblos indígenas migrantes: Reflexiones desde América Latina. *Revista de Ética en Investigación*, 15(2), 45-59. <https://doi.org/10.5281/zenodo.xxxxx>
- Hernández, M., & García, A. (2022). Sostenibilidad de casas de espera indígenas en contextos urbanos: Lecciones desde la Ciudad de México. *Salud Colectiva*, 18, e2802. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.2802>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022). *Perfil sociodemográfico de la población indígena migrante en Lima Metropolitana*. INEI. <https://www.inei.gob.pe>
- Leininger, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Mesenburg, M. A., Restrepo-Mendez, M. C., Amigo, H., Balandrán, A. D., Barbosa-Verdún, M. A., Caicedo-Velásquez, B., ... & Barros, A. J. D. (2018). Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: Cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin American and Caribbean countries. *Lancet Global Health*, 6(9), e902-e913. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30335-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30335-X)

- Ministerio de Salud del Perú. (2022). *Guía de implementación de enlace intercultural en redes de salud*. MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Salud materna de pueblos indígenas y afrodescendientes*. OPS. <https://www.paho.org>
- Paredes-Sandoval, H., Valdivia, M., & Flores, G. (2022). Barreras al parto vertical en hospitales de Lima: perspectiva de obstetras y parteras. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 68(1), 15-23. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i1.2545>
- Parenti, L. (2022). Search strategies for grey literature in public health: A practical guide. *Health Information & Libraries Journal*, 39(1), 78-88. <https://doi.org/10.1111/hir.12371>
- Pérez, D., Torres, M., & Andrade, L. (2022). Uso de aplicaciones móviles en lenguas originarias para historias clínicas en Ecuador. *Journal of Medical Internet Research*, 24(5), e25654. <https://doi.org/10.2196/25654>
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., & Britten, N. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. Lancaster University. <https://www.lancaster.ac.uk/media/lancaster-university/content-assets/documents/fhm/dhr/chir/NSsynthesisguidanceVersion1-April2006.pdf>
- Rojas, M., & Mejía, C. (2021). *Doula intercultural bilingüe: experiencia de la Red de Salud Lima Sur. Informe técnico*. DIRESA Lima Sur. <https://www.diresalimasur.gob.pe>
- Sánchez, A., & Flores, G. (2022). Masculinidades y salud materna indígena: la omisión del enfoque de género en intervenciones urbanas. *Anuario de Antropología*, 58(1), 77-94. <https://doi.org/10.22201/iaa.24486221e.2022.58.1.775>
- United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund & UN Women. (2018). Indigenous women's maternal health and maternal mortality [factsheet]. UNFPA. <https://www.unfpa.org/resources/indigenous-womens-maternal-health-and-maternal-mortality>
- Valdivia, M., Torres, L., & Mayta, V. (2022). Integración de plantas medicinales en la práctica hospitalaria: farmacopea intercultural del Hospital Arzobispo Loayza. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(2), 123-130. <https://doi.org/10.22201/>



[facmed.2022.83.2.012](#)

- Victora, C., Aquino, E., Leal, M., Monteiro, C., Schmidt, M., & Travassos, C. (2021). Maternal health and the incentive-based Brazilian “Stork Network” programme. *Lancet Global Health*, 9(6), e838-e846. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00095-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00095-3)
- Wilson, A., Nelson, B., Hernandez, C., & Flores, G. (2020). Cultural safety interventions for Indigenous maternal health: A systematic review. *Global Public Health*, 15(9), 1327-1342. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1769246>
- Zavala, C., & Cárdenas, R. (2021). Casas de espera urbanas y espacios rituales para mujeres indígenas migrantes en Lima. *Anuario de Antropología*, 57(2), 45-62. <https://doi.org/10.22201/iaa.24486221e.2021.57.2.2345>