

Limitantes al parto institucional en madres asháninkas del Amazonas peruano

Edith Paola Mejía Mamani*^{id}, Katty Mendoza-Mamani^{id}, Guicela Palza-Portugal^{id},
Olga Choque Chura^{id}, Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar^{id}, Ana Mariela Gonzales Melchor^{id}

^aEscuela Profesional de Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú

RESUMEN

INTRODUCCIÓN Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2,8 millones de madres y neonatos mueren anualmente por causas prevenibles, destacándose desigualdades en el acceso a servicios sanitarios de calidad. El estudio describe los factores que limitan el parto institucional en madres asháninkas del Amazonas peruano.

MÉTODOS La investigación fue descriptiva, utilizando un cuestionario aplicado a 152 madres asháninkas de cinco comunidades en Río Tambo.

RESULTADOS La mayoría de las madres asháninkas con parto domiciliario tenían entre 25 y 29 años, estado civil convivientes, provenían de la comunidad Koterini Tarzo, eran católicas, con educación secundaria incompleta, amas de casa e ingresos paternos menor o igual a 1,000 PEN. Ellas, elegían el parto domiciliario por razones culturales como privacidad, tradición y economía, prefiriendo parteras tradicionales por su aceptación y experiencia. Las prácticas culturales incluían el entierro de la placenta, uso de hierbas como el "piri piri" y partos verticales. La percepción de instalaciones inadecuadas y la prevalencia de cesáreas limitan la aceptación del parto institucional. A ello se suma la preferencia por personal de salud de sexo femenino, la falta de información sobre procedimientos de salud y la prohibición de prácticas culturales.

CONCLUSIONES Existe la necesidad de reformar el modelo de atención materna en contextos indígenas, implicando al personal de salud, los responsables de políticas y las autoridades locales para crear servicios culturalmente relevantes y accesibles. Se sugiere integrar el enfoque intercultural en la formación profesional y combinar la medicina tradicional con el sistema de salud. Futuros estudios deberían evaluar el impacto de estas intervenciones en los indicadores maternos y perinatales en comunidades originarias.

KEYWORDS Mothers, Home Childbirth, Cultural Factors, Sociodemographic Factors, Midwifery

INTRODUCCIÓN

El parto domiciliario es un riesgo potencial para la salud del binomio madre-niño y representa una amenaza frente a la reducción de la razón de mortalidad materna. El tercer objetivo del Desarrollo Sostenible (ODS) establece reducir para el año 2030 a 64 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. Asimismo, señala que todas las mujeres tienen derecho a cuidados de calidad durante el embarazo, parto y post parto. En este contexto, cobra real importancia el que todos los partos

sean institucionales, es decir dentro de un establecimiento de salud y atendido por profesionales de la salud calificados [1].

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) puso en acción un plan con miras a acelerar la reducción de la mortalidad y morbilidad materna grave. Gracias a ello, ha logrado continuar con la tendencia a la baja en la mortalidad materna, evidenciada por una disminución del 18,1% en la razón de morbilidad materna entre 2010 y 2015. En el marco de este plan se creó el indicador de vigilancia morbilidad materna extremadamente grave que se utiliza para monitorear complicaciones graves que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio, y que casi resultan en la muerte de la madre, sin que esta llegue a ocurrir. Este indicador tiene como ventaja logística que el evento ocurre en una institución de salud, y si ocurre fuera del centro de salud, podría transformarse en muerte materna. Ahí radica la importancia de trabajar con las instituciones [2].

En Perú, las mujeres indígenas y afrodescendientes presentan mayor vulnerabilidad frente a la mortalidad materna. Esta

* Autor de correspondencia emejiam@unjbg.edu.pe

Citación Mejía Mamani EP, Mendoza-Mamani K, Palza-Portugal G, Choque Chura O, Pérez Aguilar YDL, Gonzales Melchor AM. Limitantes al parto institucional en madres asháninkas del Amazonas peruano. Medwave 2025;25(05):e2993

DOI 10.5867/medwave.2025.05.2993

Fecha de envío Aug 8, 2024, Fecha de aceptación May 5, 2025,

Fecha de publicación Jun 12, 2025

Correspondencia a Av. Miraflores S/N, Tacna, Perú

IDEAS CLAVE

- La elección del lugar de parto en madres asháninkas del Amazonas peruano se ve afectada por factores que limitan el acceso al parto institucional, lo que resulta en desigualdades en la atención sanitaria.
- La investigación proporciona una perspectiva única sobre las barreras culturales, sociodemográficas e institucionales que enfrentan las mujeres de comunidades nativas en su acceso a servicios de salud.
- La investigación fue descriptiva y la muestra fue por conveniencia, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones.
- Se describieron factores críticos que limitan el parto institucional, subrayando la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la atención prenatal y el acceso a partos seguros.

situación responde a múltiples limitaciones para acceder a una atención de calidad, como la lejanía geográfica de sus comunidades, la falta de recursos económicos y las dificultades de comunicación por el uso de lenguas originarias [3].

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 [4], hubo una notable disminución de la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 1996, con 265 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, así como en el periodo 2004 a 2010, con 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Esto significa una disminución de 64,9% entre esos periodos [4].

Por otro lado, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades refiere que en Perú durante el año 2022 hubo 291 muertes maternas, teniendo una disminución favorable comparada con los años 2020 y 2021 donde hubo 439 y 493 muertes maternas respectivamente. Sin embargo, del total de fallecimientos acaecidos en 2022, el 17,9% (representado por 52 muertes maternas) ocurrió durante un parto domiciliario [5].

Asimismo, el Instituto Nacional de Salud, informó que en el año 2019 hubo siete casos de muertes maternas en comunidades nativas y otras cinco en 2020 en las mismas comunidades [6].

De acuerdo con datos ofrecidos por el Banco Mundial, la tasa de mortalidad materna estimada por cada 100 000 nacidos vivos, de Perú fue de 69 para el año 2020 [7].

De acuerdo con un estudio realizado en 2020, se demostró que por región geográfica, en la selva de Perú la razón de mortalidad materna fue la más alta (195,12). De igual forma según el lugar del parto, el domiciliario mostró una razón de mortalidad alarmante de 1754,83 muertes maternas, en el periodo de 2015 a 2019 [8]. Por tanto, el parto institucional es clave para la disminución de la razón de mortalidad materna. Considerando que los casos registrados de muertes maternas en las comunidades nativas asháninkas del distrito Río Tambo fue de 44 muertes en el periodo de 2011 a 2021, el presente estudio podría ser de utilidad al identificar los factores asociados a la decisión entre parto institucional y domiciliario [6].

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 [4], pese a la importante disminución de la razón de muerte materna, en comparación con la década de los años 90, y el incremento de partos institucionales en zonas urbanas y rurales; se vive otra

realidad muy diferente en los pueblos originarios de nuestro país. En efecto, en ellos existe una pobreza extrema nefasta. En este aspecto, las comunidades nativas asháninkas no son la excepción, puesto que en estas comunidades se tiene que cruzar el río Tambo para movilizarse y acceder a atención en salud institucionalizada [4].

De acuerdo a la evidencia en Perú, a pesar de que la proporción de partos domiciliarios ha ido disminuyendo, el comportamiento es distinto en el interior del país. Este tipo de partos son más frecuentes en las regiones rurales, algo característico de los entornos donde existen marcadas brechas económicas y desigualdades sociales [9]. Por esta razón, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo general el describir los factores que limitan al parto institucional en madres asháninkas del Amazonas peruano.

MÉTODOS

La investigación es de tipo descriptiva, siguiendo la directriz del *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE). En julio de 2023, un equipo de seis personas (una egresada y cinco docentes de obstetricia) inició las tareas. Se utilizó una encuesta con un cuestionario de selección simple, aplicado por las autoras en lengua nativa a madres de comunidades asháninkas del distrito Río Tambo, Satipo, Junín, Perú. El cuestionario se aplicó del 14 de julio al 14 de septiembre de 2023, previa autorización del Presidente de la Central Asháninka del Río Tambo. Se trabajó una semana por cada comunidad, realizando encuestas casa por casa con apoyo de los jefes comunitarios.

El instrumento, valorado como confiable mediante α de Cronbach (0,902) [10], incluyó cuatro secciones. Estas son factores sociodemográficos (9 ítems), culturales (4 ítems) e institucionales (6 ítems) para las variables independientes, y un ítem para la variable dependiente (asistencia al parto institucional o domiciliario), totalizando 19 preguntas.

El instrumento fue validado por tres obstetras expertos mediante el método de distancia de un punto medio (1,2)[11] confirmando su adecuación para la investigación. Luego, este fue traducido al asháninka por una intérprete certificada del Ministerio de Cultura, con lo que se buscó no tener dificultades de comprensión. La encuesta se aplicó en asháninka a madres que no dominaban el castellano.

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de madres asháninkas encuestadas (n = 152).

Características		n	%
Edad	15 a 19 años	38	25,0
	20 a 24 años	37	24,3
	25 a 29 años	45	29,6
	30 a 34 años	21	13,8
	35 a 39 años	11	7,2
Estado civil	Casada	7	4,6
	Conviviente	144	94,7
	Viuda	1	0,7
Comunidad de origen	Mazarovoni	30	19,7
	Koterini Tarzo	30	19,7
	Santavancori	31	20,4
	Shimavenzo	30	19,7
	Puerto Ocopa	31	20,4
Nivel de educación	Primaria incompleta	22	14,5
	Primaria completa	35	23,0
	Secundaria incompleta	86	56,6
	Secundaria completa	9	5,9
Ocupación	Ama de casa	61	40,1
	Empleada/dependiente	1	0,7
	Agricultora	90	59,2
Ingreso mensual	Menor o igual a 1,000 PEN	151	99,3
	Mayor a 1,000 PEN	1	0,7
Lugar de parto	Domiciliario	95	62,5
	Institucional	57	37,5
Total		152	100,0

PEN: nuevos soles peruanos.

Fuente: elaborada por las autoras sobre la base de datos del estudio.

El universo incluyó a 250 madres de cinco comunidades del distrito Río Tambo (Mazarovoni, Koriteni Tarzo, Shimavenzo, Santavancori y Puerto Ocopa), con 50 madres por comunidad. Se incluyó una muestra de 152 casos, seleccionados por conveniencia debido a las barreras geográficas.

Los criterios de inclusión fueron madres multíparas y primíparas con parto en los últimos cuatro años hasta septiembre de 2023, y edades entre 15 y 39 años. En tanto, los criterios de exclusión fueron mujeres con complicaciones médicas preexistentes o circunstancias que contraindiquen el parto institucional.

Los factores objetivo del estudio se consideran mediadores que permiten o restringen la capacidad para hacer frente a las adversidades relacionadas con otras categorías de determinantes de la salud [12]. Los factores relacionados con la elección del lugar de parto engloban aspectos sociodemográficos, culturales e institucionales.

Los datos de la encuesta se organizaron en una base con *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 27. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Además, estos datos se presentaron en gráficos y tablas para una mejor comprensión [13].

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Perú, mediante constancia con fecha del 13 de junio de 2023 (Código 2023-027-CEIUNJBG).

RESULTADOS

La muestra se concentró principalmente en el rango de edades de veinticinco a veintinueve años. El estado civil predominante de las madres fue el de conviviente. En cuanto a la comunidad de origen, estas provenían principalmente de Santavancori, Puerto Ocopa, Shimavenzo, Mazarovoni y Koterini Tarzo en proporciones similares. La secundaria incompleta fue el nivel de educación más frecuente. La mayoría de las participantes tenía como ocupación la actividad agrícola, seguida de ama de casa y, en menor medida, empleada dependiente. Respecto al nivel de ingresos mensuales, la mayoría se concentraba en montos menores o iguales a 1,000 PEN. En cuanto al tipo de parto, predominó el domiciliario, seguido del institucional. Las características sociodemográficas y obstétricas se pueden observar en la Tabla 1.

Los factores sociodemográficos que pueden limitar el parto institucional en madres asháninka incluyen la edad, destacándose el parto domiciliario en el rango de veinte a veinticuatro años. El estado civil fue relevante, siendo la mayoría convivientes y optando por el parto domiciliario. La comunidad de origen, especialmente Koterini Tarzo, y la religión católica también influyeron en esta preferencia. En educación, la mayoría de las madres, especialmente con secundaria incompleta, eligieron el parto domiciliario. La ocupación agrícola y el nivel educativo del padre, principalmente secundaria incompleta, también mostraron preferencia por el parto domiciliario. Finalmente, quienes tenían ingresos menores

Tabla 2. Factores sociodemográficos según lugar de parto (n = 152).

Factores		Parto domiciliario		Parto institucional	
		n	%	n	%
Edad	15 a 19 años	21	55,3	17	44,7
	20 a 24 años	28	75,7	9	24,3
	25 a 29 años	26	57,8	19	42,2
	30 a 34 años	14	66,7	7	33,3
	35 a 39 años	6	54,5	5	45,5
Estado civil	Casada	3	42,9	4	57,1
	Conviviente	91	63,2	53	36,8
	Viuda	1	100,0	0	0,0
Comunidad de origen	Mazarovoni	17	56,7	13	43,3
	Koterini Tarzo	25	83,3	5	16,7
	Santavancori	13	41,9	18	58,1
	Shimavenzo	18	60,0	12	40,0
	Puerto Ocopa	22	71,0	9	29,0
Religión	Católica	89	62,2	54	37,8
	Evangélica	5	100,0	0	0,0
	Cristiana	1	25,0	3	75,0
Nivel de instrucción de la madre	Primaria incompleta	15	68,2	7	31,8
	Primaria completa	22	62,9	13	37,1
	Secundaria incompleta	53	61,6	33	38,4
	Secundaria completa	5	55,6	4	44,4
Ocupación	Ama de casa	38	62,3	23	37,7
	Empleada/dependiente	1	100,0	0	0,0
	Agricultora	56	62,2	34	37,8
Nivel de instrucción del padre	Primaria incompleta	8	80,0	2	20,0
	Primaria completa	8	47,1	9	52,9
	Secundaria incompleta	77	62,6	46	37,4
	Secundaria completa	2	100,0	0	0,0
Ingreso mensual del padre	Menor o igual a 1,000 PEN	97	62,3	57	37,7
	Mayor a 1,000 PEN	1	100,0	0	0,0
Total				37,50	

PEN: nuevos soles peruanos.

Fuente: elaborada por las autoras sobre la base de datos del estudio.

o iguales a 1,000 PEN tendían a preferirlo, tal como se observa en la Tabla 2.

En cuanto a los factores culturales, las madres mencionaron que preferían el parto en casa por privacidad, confiabilidad, tradición familiar, presencia y acompañamiento familiar, fidelidad al esposo y restricciones económicas. Respecto a la asistencia de parteras tradicionales, destacaron que son aceptadas en la comunidad, tienen experiencia, instruyen a la madre, hablan en lengua asháninka y están disponibles para la madre. Dentro de las prácticas durante el parto domiciliario que limitan el parto institucional, se incluyen el entierro de la placenta, reuniones familiares para orar, participación de mujeres vaporadoras, danzas típicas, parto vertical con vestimenta cushma y consumo de hierbas locales como el "piri piri". Además, las creencias que limitaron el parto institucional fueron la percepción de instalaciones inconvenientes y la idea de que todos los partos son por cesárea (Tabla 3).

Los factores sanitarios que limitaron el parto institucional en madres asháninkas se relacionan con la accesibilidad y la confianza en el personal de salud (Tabla 4). Respecto a la accesibilidad, destacaron la distancia hacia el establecimiento de salud, la falta de transporte adecuado y el uso de vías fluviales como principales obstáculos. En cuanto a la

confianza, las madres prefirieron personal femenino y expresaron inseguridad con personal joven o que no habla su lengua (Tabla 5). Durante el parto institucional, las madres mencionaron como experiencias limitantes del mismo, la falta de explicaciones, prohibición de costumbres, discriminación, temor a procedimientos médicos, falta de insumos y violencia obstétrica. En contraste, quienes optaron por el parto domiciliario enfrentaron complicaciones que requirieron emergencias médicas, tal como se muestra en la Tabla 6.

DISCUSIÓN

Este estudio describe los factores que limitan el parto institucional en madres asháninkas del Amazonas peruano, tales como factores sociodemográficos, culturales e institucionales. Las creencias tradicionales y la preferencia por parteras de confianza, junto con la falta de adecuación cultural de los servicios de salud y trato inadecuado en los establecimientos sanitarios, emergen como los principales obstáculos que enfrentan estas madres al optar por el parto domiciliario.

Apolaya y Herrera [14], señalan que hablar otras lenguas además del quechua y vivir en una ciudad entre 1000 y 3000 metros sobre el nivel del mar, influye en la preferencia por el parto domiciliario. Por su parte, Guerrero y Becerra [15],

Tabla 3. Factores culturales por lugar de parto (n = 152).

Factores		Parto domiciliario		Parto institucional	
		n	%	n	%
Razón para realizar parto en casa					
Privacidad y confiabilidad	Sí	95	62,5	57	37,5
	No	0	0,0	0	0,0
Tradición familiar	Sí	95	62,5	57	37,5
	No	0	0,0	0	0,0
Presencia y acompañamiento familiar	Sí	92	96,8	3	3,2
	No	3	5,3	54	94,7
Signo de fidelidad al esposo	Sí	35	97,2	1	2,8
	No	60	51,7	56	48,3
Restricciones económicas	Sí	89	96,7	3	3,3
	No	6	10,0	54	90,0
Razón para preferir asistencia de parteras tradicionales					
Son aceptadas en la comunidad	Sí	95	62,5	57	37,5
	No	0	0,0	0	0,0
Tienen experiencia y capacidad de manejar el parto	Sí	95	77,2	28	22,8
	No	0	0,0	0	100,0
Instruyen a la madre	Sí	95	62,5	57	37,5
	No	0	0,0	0	0,0
Hablan en lengua asháninka	Sí	95	62,5	57	37,5
	No	0	0,0	0	0,0
Están disponibles para la atención de la madre	Sí	95	62,5	57	37,5
	No	0	0,0	0	0,0
Prácticas durante el parto domiciliario					
Entierro de la placenta	Sí	95	66,4	48	33,6
	No	0	0,0	0	100,0
Reunión familiar para orar	Sí	41	97,6	1	2,4
	No	54	49,1	56	50,9
Uso de algodón en la frente del recién nacido	Sí	0	0,0	0	0,0
	No	95	62,5	57	37,5
Participación de mujer vaporadora	Sí	95	68,8	43	31,2
	No	0	0,0	14	100,0
Baile o danza típica	Sí	48	98,0	1	2,0
	No	47	45,6	56	54,4
Parto vertical con vestimenta cushma	Sí	95	62,5	57	37,5
	No	0	0,0	0	0,0
Consumo de hierbas locales "piri piri"	Sí	95	62,5	57	37,5
	No	0	0,0	0	0,0
Creencias sobre el parto institucional					
Las instalaciones son inconvenientes para realizar las tradiciones culturales	Sí	95	62,5	57	37,5
	No	0	0,0	0	0,0
Los niños nacidos en los hospitales son más débiles	Sí	16	94,1	1	5,9
	No	79	58,5	56	41,5
El parto en hospital es más doloroso	Sí	27	96,4	1	3,6
	No	68	54,8	56	45,2
Todos los partos son por cesárea	Sí	56	98,2	1	1,8
	No	39	41,1	56	58,9
No se permite acompañamiento de la pareja durante el parto	Sí	0	0,0	0	0,0
	No	95	62,5	57	37,5

Fuente: elaborada por las autoras sobre la base de datos del estudio.

en un estudio cualitativo fenomenológico sobre vivencias del parto institucional en mujeres de escenarios rurales, describen la necesidad de apoyo emocional y físico como una de las categorías resultantes, lo cual coincide indirectamente con los resultados de nuestro estudio. Estos autores mencionan la incomodidad con el tacto vaginal y la falta de comunicación del personal de salud hacia las madres, como obstáculos para la aceptación del parto institucional. Estos aspectos están en concordancia con nuestro estudio, que describe la falta

de comunicación como limitante específica para las madres asháninkas. Apolaya y Herrera [14] identifican la importancia del o la obstetra en la atención del parto institucional. Este punto coincide con nuestro estudio al revelar que las complicaciones obstétricas no manejadas por parteras tradicionales, son un factor que lleva a las madres asháninkas a buscar atención en centros de salud.

Este estudio presenta algunas limitaciones metodológicas. El diseño descriptivo no permite establecer relaciones causales

Tabla 4. Factores institucionales según lugar de parto (n = 152).

Factores		Parto domiciliario		Parto institucional	
		n	%	n	%
Accesibilidad					
Distancia al establecimiento de salud	Menos de 1 hora	29	96,7	1	3,3
	1 a 2 horas	30	100,0	0	0,0
	2 a 3 horas	36	58,1	26	41,9
	Más de 3 horas	0	0,0	30	100,0
Disponibilidad de transporte para asistir al establecimiento de salud	Vehículo particular	19	95,0	1	5,0
	Vía fluvial	61	98,4	1	1,6
	Transporte público	15	53,6	13	46,4
	Caminando	0	0,0	15	100,0
Tipo de camino para asistir al establecimiento de salud	Moto	0	62,5	27	37,5
	Carreteras sin pavimentar	0	0,0	40	100,0
	Río	95	84,8	17	15,2
Confianza en el personal de salud					
Preferencia de personal femenino en la atención del parto	Seguridad y confianza	93	94,9	5	5,1
	Hombres no autorizados por la pareja	2	5,4	35	94,6
	No es de importancia el sexo del personal	0	0,0	17	100,0

Fuente: elaborada por las autoras sobre la base de datos del estudio.

Tabla 5. Circunstancias que la paciente ha experimentado durante el parto institucional (n = 57).

Circunstancia	Respuesta	Parto institucional	
		n	%
En el establecimiento de salud hay personal de salud joven como practicante/serumista que considero como inexperto.	No	43	75,4
	Sí	14	24,6
Personal de salud no habla la lengua asháninka y no hay buena comunicación.	No	49	87,5
	Sí	7	12,5
No recibes las explicaciones adecuadas previo procedimiento o tratamiento médico.	No	12	21,1
	Sí	45	78,9
Personal de salud me persuade o prohíbe mis costumbres	No	9	15,8
	Sí	48	84,2
Me he sentido discriminada.	No	54	94,7
	Sí	3	5,3
Considero que el tacto vaginal es señal de violencia.	No	46	80,7
	Sí	11	19,3
Temor a la episiotomía.	No	33	57,9
	Sí	24	42,1
Rechazo al lavado y/o rasurado perineal.	No	54	94,7
	Sí	3	5,3
Rechazo a la posición horizontal para atención de parto.	No	57	100,0
	Sí	0	0,0
Falta de insumos para atención del parto.	No	35	61,4
	Sí	22	38,6
Violencia obstétrica: malos tratos durante el parto (gritos, forcejeos en piernas o manos, insulto)	No	51	89,5
	Sí	6	10,5
La sensación de frialdad y la falta de calidez del profesional de salud durante el parto.	No	49	86,0
	Sí	8	14,0
He tenido una complicación durante o post parto: hemorragias post parto, preeclampsia, infección, retención de placenta, retención de restos placentarios, entre otros.	No	54	94,7
	Sí	3	5,3

Fuente: elaborada por las autoras sobre la base de datos del estudio.

entre los factores descritos y la elección del lugar de parto. Además el muestreo por conveniencia, condicionado por las barreras geográficas y logísticas propias del contexto del Amazonas, puede haber introducido sesgos de selección y limitado la representatividad de la muestra. La recolección de datos fue conducida por las propias autoras con apoyo de

líderes comunitarios, lo cual facilitó el acceso, pero también podría haber influido en las respuestas por deseabilidad social. A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece una visión contextual valiosa que sienta las bases para futuras investigaciones con metodologías más robustas y representativas.

Tabla 6. Circunstancia que la paciente ha experimentado durante el parto domiciliario (n = 95).

Circunstancia	Respuestas	Parto domiciliario	
		n	%
La partera no supo manejar una complicación durante el parto y me llevaron al establecimiento de salud como emergencia.	No	0	0,0
	Sí	95	100,0

Fuente: elaborada por las autoras sobre la base de datos del estudio.

Las implicaciones para la práctica clínica son evidentes: es crucial que los programas de salud pública incorporen un enfoque intercultural que reconozca y respete las prácticas tradicionales de las comunidades indígenas. Esto incluye la capacitación del personal de salud en prácticas como el parto vertical y la integración de parteras tradicionales en el sistema formal de salud. La creación de espacios que permitan la participación familiar y el respeto por las costumbres locales podría mejorar la aceptación de los servicios de salud institucionales.

Para futuras investigaciones, este estudio sugiere varias hipótesis que podrían explorarse mediante métodos observacionales más robustos y controlados. Por ejemplo, sería valioso investigar cómo la intervención de parteras tradicionales en un entorno institucional podría impactar en los resultados de salud materna y perinatal. Además, se podrían desarrollar estudios longitudinales que evalúen los efectos de programas de sensibilización cultural en la reducción de complicaciones durante el parto.

Finalmente, aunque este estudio se efectuó en madres asháninkas del Amazonas peruano, ofrece una perspectiva invaluable que podría ser relevante para otras comunidades indígenas de América Latina. La descripción de los factores que limitan el lugar de parto puede contribuir a la formulación de políticas de salud más inclusivas, con enfoque intercultural y efectivas, que aborden las necesidades particulares de estas poblaciones.

CONCLUSIONES

Este estudio evidencia que las decisiones de las madres asháninkas sobre el lugar de parto están profundamente determinadas por su cosmovisión, entorno social y experiencias previas en los servicios de salud. Ello resalta la necesidad de replantear el modelo de atención materna y perinatal en contextos indígenas. Esta transformación requiere del compromiso conjunto del personal de salud, las autoridades encargadas de plantear políticas públicas y las autoridades comunitarias para construir servicios culturalmente pertinentes, humanizados y accesibles, que generen confianza y reduzcan la morbimortalidad del binomio madre-niño. Es por esto que se recomienda incorporar el enfoque intercultural en la formación profesional y fomentar estrategias que articulen la medicina tradicional con el sistema de salud.

Como líneas futuras de investigación, se sugiere el desarrollo de estudios de casos y controles que identifiquen factores culturales y sociodemográficos asociados al lugar de parto,

así como estudios de cohortes que determinen la asociación entre las intervenciones interculturales, resultados maternos y perinatales en comunidades indígenas.

Autoría EPMM: conceptualización, curación de contenidos y datos, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización, redacción (borrador original). KMM: investigación, visualización. GPP: investigación, visualización, OCC: investigación, visualización, YDLPA: investigación, visualización, AMGM: conceptualización, curación de contenidos y datos, análisis formal de datos, metodología, administración del proyecto, supervisión, visualización, redacción (revisión y edición).

Agradecimientos Al presidente de la Central Asháninka del distrito Río Tambo (CART), Sr. Fabián Antúnez Camacho, por permitir realizar el estudio en las comunidades nativas dándonos todas las facilidades para el acceso. Al Comité de Ética Institucional (CEI) de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por la constancia para la ejecución de la investigación y poder garantizar los principios éticos de Helsinki a las madres asháninkas que participaron en este estudio.

Conflictos de intereses Los autores declaran que, durante el proceso de investigación, no ha existido ningún tipo de interés personal, profesional o económico que haya podido influenciar el juicio y/o accionar al momento de elaborar y publicar el presente artículo.

Financiamiento Financiada por la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Perú.

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión externa por cuatro pares revisores, a doble ciego.

REFERENCIAS

1. In: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Línea Base de los Principales Indicadores Disponibles de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [Internet]. 2022. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/3823343-peru-linea-base-de-los-principales-indicadores-disponibles-de-losobjetivos-de-desarrollo-sostenible-ods-2022>
2. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe. Pan American Health Organization. 2021. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54093> <https://doi.org/10.37774/9789275323915>
3. Guerrero Suárez CJ, Becerra Goicochea LJ. Vivencias y expectativas de la mujer rural frente al parto institucional. *revistavive*. 2023;6: 503–514. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i17.241>

4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022. 2023. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf
5. Ministerio de Salud. In: Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú [Internet]. 2023. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>
6. In: Instituto Nacional de Salud. Rikuchiy LLaqta - Mortalidad materna por etnicidad [Internet]. 12 Jan 2022. <https://sites.google.com/view/rikuchiyllaqta/mortalidad-materna-por-etnicidad>
7. Banco Mundial. In: World Bank Open Data [Internet]. <https://data.worldbank.org>
8. Román-Lazarte VE, Fernández-Fernández MF, Huanco-Apaza D, Román-Lazarte VE, Fernández-Fernández MF, Huanco-Apaza D. Tendencia y distribución regional de la mortalidad materna en el Perú: 2015-2019. *Ginecol Obstet Mex.* 2022;90: 833-843. <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/articulo/tendencia-y-distribucion-regional-de-la-mortalidad-materna-en-el-peru-2015-2019> <https://doi.org/10.24245/gom.v90i10.8037>
9. Huapaya J, Santos Y, Moquillaza V. Factores asociados con el parto domiciliario en el Perú: un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud 2019. *Ginecol obstet Méx.* 2022. https://doi.org/https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000500395https://doi.org/https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000500395
10. Pérez-León G. ¿Qué es y para qué sirve el Coeficiente Alfa de Cronbach? In: GPL Research [Internet]. <https://gplresearch.com/coeficiente-alfa-de-cronbach/>
11. Rodríguez Riveros J. In: Validez y Confiabilidad Del Instrumento [Internet]. 2018. <https://es.scribd.com/document/488795497/VALIDEZ-Y-CONFIABILIDAD-DEL-INSTRUMENTO>
12. Edge S, Newbold KB, McKeary M. Exploring socio-cultural factors that mediate, facilitate, & constrain the health and empowerment of refugee youth. *Soc Sci Med.* 2014;117: 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.025>
13. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del trabajo.* 2016;6: 114.
14. Apolaya M, Herrera P. Factores asociados al parto domiciliario en población rural durante primer año de pandemia de COVID-19 en el Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.* 2024. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2024.171.2133>
15. Guerrero Suárez CJ, Becerra Goicochea LJ. Vivencias y expectativas de la mujer rural frente al parto institucional. *revistavive.* 2023;6: 503-514. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i17.241>

Limitations to institutional delivery among Ashaninka mothers of the Peruvian Amazon

ABSTRACT

INTRODUCTION According to the World Health Organization (WHO), 2.8 million mothers and newborns die each year from preventable causes, highlighting inequalities in access to quality healthcare services. The study describes the factors that limit institutional childbirth among Ashaninka mothers in the Peruvian Amazon.

METHODS The research was descriptive, using a questionnaire administered to 152 Ashaninka mothers from five communities in Río Tambo.

RESULTS Most Ashaninka mothers who gave birth at home were between 25 and 29 years old, lived with their partners, came from the Koterini Tarzo community, were Catholic, had incomplete secondary education, were housewives, and had a paternal income of less than or equal to 1000 PEN. They chose home birth for cultural reasons such as privacy, tradition, and economics, preferring traditional birth attendants because of their cultural acceptance and experience. Cultural practices included the burial of the placenta, the use of herbs such as "piri piri," and vertical births. The perception of inadequate facilities and the prevalence of cesarean sections limit the acceptance of institutional childbirth. Added to this is a preference for female healthcare personnel, a lack of information about health procedures, and the prohibition of cultural practices.

CONCLUSIONS There is a need to reform the maternal care model in Indigenous contexts, involving healthcare personnel, policymakers, and local authorities to create culturally relevant and accessible services. It is suggested that an intercultural approach be integrated into professional training and that traditional medicine be combined with the healthcare system. Future studies should evaluate the impact of these interventions on maternal and perinatal outcomes in Indigenous communities.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.