



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA BIOLÓGICA**

**TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL  
DESARROLLO LOCAL**

Implementación de la sala de parto culturalmente adecuado en el Hospital  
Básico del cantón Pelileo provincia de Tungurahua en el año 2013

**TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.**

**AUTOR:** López Villagrán, Silvia Mariana

**DIRECTOR:** Santamaría Freire, Edwin Javier, Mg

**CENTRO UNIVERSITARIO AMBATO**

2014

## APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Mg.

Edwin Javier Santamaría Freire

### DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado Implementación de la sala de parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico del cantón Pelileo provincia de Tungurahua en el año 2013 realizado por López Villagrán Silvia Mariana, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, febrero de 2014

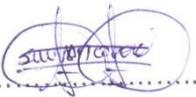
f).....

DIRECTOR

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo López Villagrán Silvia Mariana declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de maestría: Implementación de la sala de parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico del cantón Pelileo provincia de Tungurahua en el año 2013, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo el Mg Edwin Javier Santamaría Freire director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f) 

Autor. López Villagrán Silvia Mariana

Cédula. 180292017-1

## DEDICATORIA

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

Para ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A Danielito y Amelie mis hijos, motivo de orgullo, admiración, entereza e inspiración.

A mi esposo Leonardo, a mis hermanos Mayra y Hugo por su apoyo incondicional. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mis tutores mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero agradecimiento al personal docente y administrativo de la Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Al personal técnico- administrativo del Hospital Básico Pelileo y a la comunidad Pelileña por su predisposición a colaborar en la realización y ejecución de este trabajo en beneficio de su salud.

La Autora.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS .....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos Específicos.....	14
1. MARCO TEORICO.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1. Marco institucional.....	16
• 1.1. 1.Aspecto Geográfico del lugar.....	16
• 1.1.2. Dinámica Poblacional.....	16
• 1.1.3 Misión de la Institución.....	16
• 1.1.4. Visión de la Institución.....	16
• 1.1.5. Organización Administrativa.....	17
• 1.1.6. Servicios que presta la Institución.....	17
• 1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.....	18
• 1.1.8.- Perfil Epidemiológico del HBP.....	18
Tabla Nº 01 Diez Principales causas de Morbilidad en el Cantón Pelileo - Año 2012.....	18
Tabla Nº 02. Datos Generales del Hospital Básico Pelileo.....	19
• 1.1.10. Políticas de la Institución.....	20
1.2. Marco conceptual.....	20
1.3. Gerencia de los Servicios de Salud.....	48
2. DISEÑO METODOLÓGICO .....	58
2. 1. Matriz de involucrados.....	59
2.2. Matriz de Marco Lógico.....	61
2.3. Árbol de Problemas.....	63
2.4. Árbol de Objetivos.....	64

3. ACTIVIDADES .....	65
4. RESULTADOS.....	68
Cuadro N° 01 Recursos Materiales (insumos, equipos, medicamentos) .....	71
Gráfico 1._ Recursos Materiales (insumos, equipos, medicamentos).....	72
Cuadro N° 02 Recursos Materiales y Presupuesto.....	73
Cuadro N° 6 Nómina Parteras de la Zona.....	87
5. CONCLUSIONES.....	93
6. RECOMENDACIONES.....	96
7. BIBLIOGRAFIA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
8. ANEXOS .....	101

## RESUMEN

El presente proyecto busca implementar una sala para atención de parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico de la ciudad de Pelileo, debido al alto número de atenciones a nivel comunitario por parteras tradicionales y el bajo porcentaje a nivel de unidad operativa, asociándose las barreras culturales, el temor al maltrato a las usuarias.

Esta Institución no contaba con el espacio físico y equipamiento para atender el parto vertical, por lo que se gestionó por intermedio del Hospital Básico Pelileo, logrando alcanzar el 74.07% en su implementación y el 25.53% restante se obtendrá en el transcurso del mes de noviembre del presente año.

Se capacitó al 90.6% del personal sobre normas de atención de parto culturalmente adecuado, se capacitó al 100% de las parteras logrando Integrarlas al equipo de salud mejorando sus técnicas asegurando el bienestar de las madres y los niños que serán atendidas, para de esta manera brindar una atención con calidad y calidez.

Se consiguió la aceptación de esta estrategia, misma que permite incrementar el acceso al parto institucional, contribuyendo a la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

**PALABRAS CLAVES:** Parto Culturalmente Adecuado, parteras tradicionales, equipo de salud, barreras culturales.

## ABSTRACT

This project seeks to implement a room service delivery culturally appropriate basic Hospital of the city of Pelileo, due to the high number of attention at Community level by traditional birth attendants and the low level operational unit, partnering cultural barriers, fear of abuse users.

This institution did not have the physical space and equipment to meet the vertical childbirth, so it was managed through the Hospital basic Pelileo, reach the 74.07% in its implementation and the 25.53% is obtained in the course of the month of November of this year.

Trained the 90.6% of the personnel on standards of care for culturally appropriate birth, trained at 100% of midwives and integrate them to the health team improving their techniques ensuring the well-being of mothers and children that will be attended to in this way provide care with quality and warmth.

You got the acceptance of this strategy, allowing increased access to institutional confinement, contributing to the reduction of maternal and neonatal mortality.

**KEYWORDS:** Culturally Appropriate birth, midwives, health equipment, cultural barriers

## INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de la República dispone en su Art. 42.- “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, el acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad y eficiencia”. Además una de las motivaciones declaradas de la Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado, publicada en el cuadro del proyecto de Normalización del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, es reducir las muertes maternas atribuidas a la prevalencia de prácticas como el parto domiciliario en ciertas franjas de la población.

A nivel mundial la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales. En el Ecuador esta problemática es tan importante tanto que a nivel de nuestra provincia de Tungurahua en el año 2012 ocurrieron 12 muertes maternas, y en el año 2013 hasta el momento contamos con 5 fallecimientos. (MSP/CONASA, Dirección Nacional de Normalización, 2008)

En nuestra localidad en el año 2012 se presentaron 2 muertes maternas, además fueron atendidos por parteras un total de 20 partos intradomiciliarios, de los cuales fueron referidos al Hospital Básico Pelileo 12 pacientes que presentaron complicaciones obstétricas. Resulta difícil el imaginar que se pudiera entrenar a las parteras tradicionales para que sean integrantes del equipo de atención de parto, no es más fácil creer que el parto en un hospital pudiera ser “adecuado culturalmente” y que es mejor aceptar que las parteras acompañen a las madres al hospital, único lugar considerado seguro para parir, de esta manera parecen abrirse posibilidades que no eran ni siquiera imaginables hace unos años en ciertos hospitales.

El parto y nacimiento humanizado ofrece un modelo de atención denotando sensibilidad, y que garantiza el respeto a las necesidades físicas, mentales, espirituales, culturales y sociales de las mujeres y sus familias, considerando también el ejercicio de sus derechos. (Bretín, 2012).

La disminución en la atención de partos hospitalarios, y el incremento de partos domiciliarios conjuntamente con las complicaciones que se han presentado han sido el impulso para que se haya implementado la sala de parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico del Cantón Pelileo, el mismo que no había contado con este espacio como estrategia, la misma que nos permite cumplir con los objetivos del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y del Plan Nacional del Buen Vivir(PNBV).

La implementación de estas medidas para “humanizar el parto” no representa mayores gastos económicos. Se ha comprobado que con el “parto humanizado” se produce un ahorro de dinero en el sistema de salud ya que, por ejemplo, aquellas mujeres que fueron acompañadas durante el nacimiento de su hijo necesitaron menos analgesia, cesáreas y episiotomía.

La ejecución del presente proyecto se ha desarrollado mediante capacitaciones tanto al personal de la Institución así como de las parteras de la localidad, así como también la adquisición de los implementos necesarios para su adecuación convirtiéndose en un centro que cuenta con todas las comodidades que necesita una mujer en esta etapa además de tener conocimiento que cuenta con el apoyo incondicional de personal de su comunidad, su familia, y personal de salud donde va a acceder. Cabe recalcar que el Hospital Básico Pelileo, cuenta con algunos de los recursos materiales (insumos, equipos, medicamentos), otorgados por el Ministerio de Salud Pública, a más del empoderamiento del personal y la comunidad para su implementación.

El compromiso está destinado a promover la transformación de los sistemas de salud y a apoyar el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo, a su vez, la medicina tradicional. Es decir, promoviendo el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales indígenas, situando el eje de la actuación en "la necesidad de incorporar las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud" (OPS, 2003) y ello implica un discurso de armonía y consenso entre sistemas médicos, pero también menos inversión en el campo de la salud, ya que las deficientes condiciones de salud de los pueblos indígenas se analizaron exclusivamente desde la óptica cultural.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de maternidad y parto es un hecho social y cultural. Como tal compromete todos los aspectos de la realidad de la mujer, de su pareja, de sus hijos, de su familia y del medio social al cual pertenece

En nuestro país de acuerdo a estadísticas del INEC 2012, el índice de mortalidad materna es preocupante llegando a 150 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, cifras que no ha variado en los últimos 10 años. En la provincia de Tungurahua en el año 2012 ocurrieron 12 muertes maternas, y en el año 2013 hasta el momento contamos con 5 fallecimientos.

En nuestra área en el año 2012 se presentaron 2 muertes maternas las mismas que se produjeron por problemas relacionados con Pre-eclampsia.

Con el incremento de tecnologías en el momento del parto se ha provocado un alejamiento de la naturalidad de ese momento único en la vida de muchas mujeres, y por supuesto la familia toda, provocando también un incremento en las cesáreas innecesarias sin mejoras sustanciales en los resultados obstétricos y neonatales.

El Hospital Básico Pelileo no cuenta con una sala adecuada culturalmente para la atención de partos de las mujeres indígenas que por su tradición mantienen vivas sus prácticas ancestrales, aunque las normativas vigentes en el Sistema Nacional de Salud reconocen y establecen el derecho a elegir la forma de parir, significando además una alternativa para aquellas mujeres que perciben el malestar que les produce, entre las arduas vicisitudes de la vida cotidiana, el maltrato que surge de un modelo de atención que no los escucha en sus necesidades de libertad, de respeto, lo que conlleva a la falta de confianza que se ha hecho merecedor el sistema de salud actual ya que en muchas de las ocasiones se ven en la necesidad de atender un parto complicado.

El escaso acceso al servicio hace también permanecer a las usuarias en total desconocimiento sobre los derechos en salud materna y neonatal. Todos los factores implicados en el deterioro de la salud materna como falta de promoción, pérdida de confianza del servicio por las usuarias han llevado a la deficiente atención.

Las barreras culturales evidentes son; el mal trato, la posición de litotomía obligada, falta del acompañamiento, la alimentación diferente, por ello más acuden a las parteras tradicionales que son aceptadas por sus propias comunidades y ofrecen sus servicios al interior de las mismas, la mayoría cuenta con una gran experiencia y sabiduría ancestral.

Ante lo cual, se hace evidente la falta de gestión e iniciativas de las autoridades sanitarias, que han hecho caso omiso de la implementación del espacio físico destinado para este tipo de atención, no considerándose en la programación del Plan Operativo Anual un presupuesto destinado para este servicio.

El Hospital Básico Pelileo cuenta con el personal básico para la atención del parto Médico, Obstetra, Enfermería y Auxiliares de Enfermería, los mismos que al momento se encuentran en total desconocimiento de la Normativa de Atención Culturalmente Adecuada del Parto, así como también de sus protocolos de Atención.

Por todo esto fue necesario implementar este espacio para de esta manera brindar una atención con calidad y calidez bajo los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008)

Desde esta perspectiva, se debe restituir al acontecimiento el carácter de hecho social y cultural que conlleva implícitamente un hecho de la salud en una comunidad de pertenencia en este caso la comunidad correspondiente a Pelileo, el conjunto de mujeres y varones con distintas inquietudes. Ante esta situación parecería necesario volver al parto natural o fisiológico y considerar que estar embarazada no es una enfermedad, y por lo tanto, se le debería dar a la pareja o a la mujer la posibilidad de vivirlo en plenitud. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008)

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Implementar la sala de parto culturalmente adecuado, creando un espacio de seguridad y acogida donde intervienen la familia, la partera y el equipo de salud, al interior del Hospital Básico Pelileo, mediante la capacitación al personal con el fin de humanizar el parto, y contribuir de esta manera a la disminución de la muerte materna- neonatal.

### **Objetivos Específicos**

- 1.-** Gestionar el espacio y adquisición de los implementos necesarios para la adecuación del parto por intermedio del Hospital Básico Pelileo en el Ministerio de Salud Pública.
- 2.-** Capacitar al Talento Humano del Hospital Básico Pelileo sobre normas y protocolos de atención del parto culturalmente.
- 3.-** Integrar a las parteras de la localidad a la capacitación para mejorar sus técnicas de atención del parto en la ciudad de Pelileo.

## **1. MARCO TEORICO**

## **1. 1. Marco institucional.**

- **1.1. 1.Aspecto Geográfico del lugar.**

El Hospital Básico Pelileo ubicado en las calles Juan de Velasco y Antonio Ricaurte del Barrio Joaquín Arias del Cantón Pelileo, provincia de Tungurahua.

El cantón Pelileo está limitado de la siguiente manera.

Norte	: Píllaro
Sur	: Provincia de Chimborazo.
Este	: Patate y Baños.
Oeste	: Ambato y Cevallos

La población que le corresponde al cantón es de 24.170

- **1.1.2. Dinámica Poblacional.**

Mujeres en edad fértil del Cantón Pelileo (**5.872** según el censo poblacional INEC 2011).

- **1.1.3 Misión de la Institución.**

En el Hospital Básico Pelileo estamos cumpliendo los estándares de calidad con calidez, licenciamiento y acreditación fortaleciendo el desarrollo del talento humano; priorizando la atención primaria de salud, trabajando en equipo en un clima organizacional saludable en base a competencias respetando creencias socio-culturales, económicas e idiosincrasia promocionando los servicios para satisfacción de los clientes.

- **1.1.4. Visión de la Institución.**

Para el año 2013, contaremos con un hospital básico, intercultural, licenciado y acreditado, con infraestructura funcional y óptima, con talento humano suficiente, capacitado, cumpliendo roles y trabajando en un clima organizacional saludable, que brinda atención accesible, oportuna de calidad con calidez.

- **1.1.5. Organización Administrativa.**

***Orgánico Funcional.***

Según el Sistema Nacional de Salud el Ministerio de Salud Pública tiene la tipología detallada a continuación:

Dirección Provincial de Salud de Tungurahua

Hospital de Tercer Nivel

Hospital de Segundo Nivel (Hospital Básico)

Centro de Salud

Subcentro de Salud

Puesto de Salud

***Orgánico médico- administrativa.***

El Hospital Básico Pelileo cuenta con su respectivo personal:

Director técnico de Área, Médico Coordinador, Administradora, Contadora, Proveedora, Médicos Especialistas, y Médicos Residentes.

- **1.1.6. Servicios que presta la Institución.**

El Hospital Básico Pelileo presta los siguientes servicios:

Ginecología	Pediatría
Cirugía	Medicina Interna
Medicina General	Psicología
Nutrición	Obstetricia
Odontología	Rayos X
Laboratorio	Ecografía
Trabajo Social	Vacunación

- **1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.**

Según datos del Servicio de Estadística del Hospital Básico Pelileo en el año 2011 se atendieron 417 partos en el Centro Obstétrico del mismo, dando un promedio mensual entre 30-34 partos.

- **1.1.8.- Perfil Epidemiológico del HBP.**

**Tabla Nº 01 Diez Principales causas de Morbilidad en el Cantón Pelileo - Año 2012**

Nº	Causas de Morbilidad	Número de casos	Tasa *
1	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	11219	4717,04
2	Parasitosis Intestinales sin Especificación	4064	1708,71
3	Amigdalitis Aguda	4035	1696,52
4	Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	1938	814,83
5	Infección de Vías Urinarias	1681	706,78
6	Vaginitis Aguda	1506	633,20
7	Gastritis no Especificada	615	258,58
8	Bronquitis no Especificada como Aguda o Crónica	611	256,90
9	Artritis no Especificada	555	233,35
10	Dermatitis no Especificada	486	204,34
	<b>Total Casos</b>	<b>26710</b>	<b>11230,24</b>
* Por 10,000 Habitantes			

Fuente: Departamento de Estadística del HBP

- **1.1.9. Características geo-físicas de la Institución.**

El Hospital Básico Pelileo está construido de cemento armado, cuenta con todos los servicios básicos como son agua potable, luz, alcantarillado, telefonía convencional, fax, e internet.

**Tabla Nº 02. Datos Generales del Hospital Básico Pelileo**

<b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>			
<b>NOMBRE DE LA UNIDAD</b>	HOSPITAL BASICOPELILEO		
<b>PROVINCIA</b>	TUNGURAHUA		
<b>CIUDAD</b>	PELILEO		
<b>RESPONSABLE DE LA UNIDAD</b>	DR. GUSTAVO MORALES		
<b>DIRECCIÓN</b>	AV. JUAN DE VELASCO Y ANTONIO RICAURTE		
<b>TELEFONOS CONVENCIONAL</b>	032871511 - 032830761		
<b>AÑO DE CONSTRUCCIÓN</b>	2006		
<b>TIPO DE ESTRUCTURA</b>	HORMIGON ARMADO		
		<b>CANTIDAD</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
AREA DE TERRENO	m2	10732,37	
AREA BRUTA DE CONSTRUCCIÓN	m2	2211,62	
AREAS DE SUBSUELOS	m2	-----	
AREAS DE ESTACIONAMIENTOS	m2	429,00	
AREAS DE JARDINERIA	m2	-----	
NUMERO DE PISOS	u	1,00	

Fuente: Datos obtenidos por personal de mantenimiento del HBP.

Consta de un solo piso dividido en cuatro naves:

- La primera nave corresponde a: área administrativa, laboratorio, farmacia, rayos x, estadística, preparación, vacunas, curaciones e inyecciones, consultorios médicos (5), consultorio odontológico (1) e información.
- La segunda nave que corresponde a: cocina, comedor, bodegas de nutrición, lavandería, residencia médica (2), vestidores (2) y el área de hospitalización con 19 camas; 9 camas para maternidad , 3 para pediatría y 7 para medicina interna, cirugía y traumatología, enfermería, oficina, salud mental.

- La tercera nave que corresponde a: Área de Emergencia que consta de; sala de espera, baño, consultorios (2), sala de observación (2), central de esterilización, sala de partos, quirófano, sala de labor, sala de recuperación y vestidores médicos.
- La cuarta nave consta de área de guardalmacén, control sanitario, bodega, sala de máquinas, mantenimiento y morgue.

- **1.1.10. Políticas de la Institución.**

- 1) Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- 2) Satisfacción de las necesidades de salud de la población del Área de influencia mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención.
- 3) Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de competencias, responsabilidades, recursos y autoridades a las Áreas de Salud.
- 4) Adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

## **1.2. Marco conceptual.**

Como parte del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha venido implementando, desde el año 2002, diversas estrategias de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios a través de: capacitación del personal de salud para mejorar la atención del embarazo, parto y postparto, así como del manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido; cumplimiento de estándares de calidad de atención basados en la evidencia; vigilancia epidemiológica e investigación de la muerte materna, y monitoreo de la calidad de la atención y satisfacción del usuario mediante acciones que permitan mejorar la calidad percibida e indicadores que permitan medir periódicamente los resultados.

Para el sector salud el reto fundamental constituye el incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean complementarios.

De esta manera la incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una

interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el dialogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas.

En este sentido, el MSP a través de la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud, ha implementado importantes avances en cuanto a la incorporación del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los servicios de atención a la mujer embarazada y la atención del parto con resultados muy positivos en cuanto a acceso y disminución de complicaciones y riesgos para la madre y el/la niña. Por otra parte, a nivel local existen los agentes de salud de la medicina tradicional que históricamente han tenido un papel protagónico en la atención y cuidado de la salud de la población. (MSP, maternoinfantil, 2011)

Por ello el Ministerio de Salud Pública emprende acciones orientadas al fortalecimiento del MAIS-FC que implica por lo tanto; definir e implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención, Para lograrlo, se requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes y condiciones para garantizar una interacción con las y los usuarios respetando sus conocimientos y prácticas de salud, y avanzar en la adecuación cultural de los servicios con la activa participación de los actores de la medicina ancestral y alternativa, que contribuyan a recuperar, fortalecer y potenciar sus saberes y prácticas en función de una atención integral (MSP, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública y Complementaria, 2012)

Es así que, la interculturalidad en salud busca generar la interrelación entre culturas sanitarias distintas, de aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, como también de aquellas que tienen credibilidad y preferencia por parte de los usuarios. Es preciso destacar que esta interrelación o interculturalidad en salud mejora las relaciones entre los proveedores diversos en salud y sus demandantes o usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud. (MSP, maternoinfantil, 2011)

## **Aspectos históricos y Epidemiológicos**

Desde los albores de la humanidad el parto se ha realizado en distintas variantes de posición vertical como lo muestran grabados o esculturas de prácticamente todas las culturas. Existen ilustraciones que muestran el diseño de las sillas usadas para el parto en posición sentada a lo largo de la Edad Antigua, Media y el Renacimiento.

Fue en el siglo XVII que el famoso Obstetra Mauriceau “acostó” a las mujeres para parir, en un principio, al parecer, para poder aplicar el instrumento de moda por esos tiempos, el fórceps. En la década del 70 con el uso de la anestesia peridural, como un intento de solucionar el dolor del parto se favoreció aún más el uso de la posición horizontal, ya que prácticamente no se le podía pedir otra postura diferente a la horizontal a una mujer bajo efectos de anestésicos. (Giberti 2010).

La historia del proceso del parto, que comienza desde el inicio mismo de la humanidad, ilustra su recorrido con mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas para pujar; por lo que negarse a reconocer esta evidencia no forma parte de una madura reflexión y sobre todo, de la toma de decisiones al respecto, es decir del apoyo sobre esta postura fisiológica. (Prosanto 2009:88).

El enfoque biomédico de la atención de salud y la influencia de la cultura urbana consolidan la convicción de las mujeres en cuanto a la conveniencia de la posición horizontal al momento del parto reconociéndola como la tecnología más avanzada. Pero la influencia de la ciencia de la cultura occidental y urbana también ignora cuáles son las prioridades y las necesidades de las mujeres en general y en particular de las mujeres rurales al momento del parto, en tanto que ellas lo conciben como un evento natural que no requiere de intervención es que varíen las formas tradicionales de atención del parto.(Prosanto 2009:88).

La posición vertical utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, finalmente comienza a difundirse en países del occidente.

En el Perú, la práctica de la atención vertical del parto ha venido siendo implementada por los establecimientos de salud de las regiones que atienden poblaciones rurales como una estrategia para facilitar el acceso a los servicios de atención materna. (Lodeiro Martínez 2010: 12).

## **Un parto humanizado**

La humanización del parto y el nacimiento es un movimiento mundial que poco a poco va creciendo y obteniendo el reconocimiento de cada vez más personas en el mundo y, lentamente va ganado espacio en los organismos estatales y multilaterales relacionados con la salud y la infancia. El parto y nacimiento humanizado ofrece un modelo de atención denotando sensibilidad, y que garantiza el respeto a las necesidades físicas, mentales, espirituales, culturales y sociales de las mujeres y sus familias, considerando también el ejercicio de sus derechos.(Prosanto 2009:88).

Algo fundamental es que el personal del Hospital Básico Pelileo tenga ganas, actitud y deseos de implementar esta “estrategia”, ya que en Ecuador, como en otros países de Latinoamérica, se está aplicando en el sector de salud pública, sobre todo para la atención a las mujeres del área rural.

La modificación de las prácticas obstétricas/neonatales se enfoca hacia la eliminación de barreras culturales existentes en los servicios de salud, durante el parto, tales como: impedir el acompañamiento, permitir sólo la posición ginecológica, prohibir las bebidas de hierbas, imponer el tipo de alimento, no proporcionar información, tratar con descortesía e irrespeto, etc., las cuales son señaladas por las mujeres, porque les dificultan y, en el peor de los casos, les impiden hacer valer su derecho a recibir la atención en salud.

Por lo tanto, la estrategia es considerada como una vía efectiva para contribuir con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente en relación con la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

De igual forma, se corresponde con las políticas de salud, en tanto favorece la accesibilidad de los servicios y el cumplimiento del derecho a recibir una atención con calidad y calidez. Así mismo, forma parte del conjunto articulado de estrategias comunitarias y del sistema de Cuidados Obstétricos Neonatales (CONE) que el Ministerio de Salud está desarrollando.

Se concibe a la maternidad como un proceso que abarca la gestación, parto, puerperio y crianza del hijo/a en el cual la mujer es sujeto de su salud física y mental, a la vez que una participe activa del acontecer de su maternidad. Una lectura crítica y atenta permite observar que, junto a los conocimientos científicos, se deslizan ideas, creencias y valores que

pretenden describir y explicar la totalidad de la realidad de las mujeres durante este proceso de maternidad, lo cual constituye un marco de acción para la práctica del parto sin temor. (Giberti 2010).

El parto no es la culminación de un proceso que comenzó con la gestación. Es una etapa evolutiva que continuará con el puerperio biológico hasta los 45 días. En este proceso se producen cambios involutivos, como la regresión uterina; y evolutivos, como el comienzo de la lactancia y el reordenamiento de las funciones endocrinas.

El equipo de salud acompañará a la madre en la prevención y asistencia durante la lactancia, en la demanda del bebé, en el cuidado y la recuperación de sus genitales, en los cambios de horarios en los hábitos de sueño y alimentación, en la elección de un método anticonceptivo, el reinicio de las relaciones sexuales, el retorno a la actividad laboral o su permanencia en el hogar, y la finalización de la lactancia. Esta tarea interdisciplinaria permitirá disminuir o evitar las patologías orgánicas y psíquicas que pueden alterar el normal desarrollo del puerperio y las relaciones de la madre, el padre y el hijo (Lodeiro Martínez 2010: 12).

Podemos decir que un parto humanizado se basa en tener una persona que la mujer designe para que la acompañe permanentemente dándole apoyo emocional. Por otra parte, en un parto humanizado se permite que la mujer deambule libremente durante el trabajo de parto si así lo desea. Asimismo puede darse lugar a que la parturienta opte por la posición en donde se encuentre más cómoda para parir.

Cuando una embarazada entra con un familiar, se siente apoyada, en confianza, porque no está solamente con personas extrañas, ya que al momento del parto la atiende un personal diferente al que ha encontrado en los controles prenatales. Yo como médico me siento tranquila porque al acompañante le puedo decir: explíquele y apóyela. Si hay un problema yo voy explicando para que la tranquilicen.

Generalmente, la paciente escucha más y coopera con más valor. Si atendemos 12 partos en un mes, la mayoría quiere acompañante durante el parto. Las madres que acompañan a sus hijas muy jóvenes, constituyen un apoyo importante. Una de las premisas del parto humanizado es impedir que se le realicen a la mujer, sin su autorización, prácticas como: enema, rasurado y episiotomía, así como cualquiera de las técnicas sistemáticas de rutina, así como la colocación de una vía intravenosa por la eventualidad de necesitar medicación.

Es preciso que se le dé espacio a la mujer para que permanezca con su bebé inmediatamente después del parto y durante toda la internación, siempre y cuando no necesite cuidados especiales. (Maturana 2010). Es lo que se conoce como apego precoz significa que a mamá, tan pronto como salga del trabajo de parto, le colocarán a bebé en su regazo para amamantarlo. Esta práctica, además de brindarle seguridad y bienestar al pequeño, asegura una buena lactancia además de mejorar las relaciones afectivas entre los dos.

Esta actividad está retomando el Hospital Básico Pelileo ya que por mucho tiempo la dejo de cumplir, y se está obteniendo resultados muy satisfactorios ya que en nuestro entorno existe una elevada incidencia de partos en adolescentes quienes en cierto grado manifiestan un extraño rechazo por sus hijos, ya que se ven inmersas en nuevo mundo, una nueva situación, una nueva experiencia para lo cual no siempre se está preparada siendo una etapa en la cual se encuentran prácticamente jugando con muñecas y sorpresivamente se ven ante la gigantesca obligación de tener que responsabilizarse por otro ser que simplemente no fue planificado, convirtiéndose en cierto modo en un obstáculo para poder cumplir sus sueños, son palabras manifestadas por pacientes con quienes se han entablado conversaciones en esta etapa.

Por lo que, todo el personal involucrado en el cuidado brinda la mejor atención demostrándole a la mujer que es una etapa difícil pero realmente increíble donde se suman un sinnúmero de experiencias que son muy personales y gratificantes como es el hecho de ser madre.

### **Posición del cuerpo**

En el parto tradicional, medicalizado, se emplea la posición de litotomía, la mujer acostada con las piernas abiertas y sujeta. Este modelo, discrepa con las posiciones propias de un parto humanizado. La posición de litotomía responde a un modelo tecnocrático en la atención de un parto de bajo riesgo, constituyendo la expresión simbólica de la despersonalización de una mujer.

La posición de la mujer es materia opinable, si bien las prácticas aceptadas que se realizan en los ámbitos de los partos estándar surgen a partir de un consenso desarrollado por una

mayoría de profesionales en un determinado período y no siempre verificado por un método científico (Prosanto 2009:88).

El parto humanizado se basa en procedimientos obstétricos que procuran evitar las rutinas asistenciales sistematizadas. Y en la posición específica de la mujer para parir, cada una asume libremente aquella que le resulte más eficaz, cómoda o placentera durante todo el trabajo de parto y el período expulsivo. Indudablemente las preferencias espontáneamente referidas por la mujer, serán a favor de las posiciones verticales, acuclilladas, semi-sentadas o sentadas, de rodillas o de pie sostenidas por su pareja; con un fuerte rechazo a acostarse.

En la búsqueda de la posición sienten claramente que el esfuerzo de pujar espontáneamente es más fácil, experimentando menos dolor. Por otra parte, en el parto humanizado se incrementa el alivio y el estímulo en el proceso, por la satisfacción producida en el acercamiento cuerpo a cuerpo con su pareja.

De cualquier modo, la práctica de la episiotomía, que se realiza casi en el 100% de los partos de las primerizas, tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas, por lo general es innecesaria. Quienes la practican ignoran por completo la evidencia científica de la OMS, referida al daño profundo y grave que generan, dejando secuelas de tipo físico, emocional y vincular (Lodeiro Martínez 2010: 26).

Una de las razones por las que las mujeres no acuden al Hospital para que sean atendidas es esta razón, se ha conversado con múltiples mujeres cuyos partos se han realizado en su domicilio y manifiestan que esta mutilación no fue necesaria en ellas ya que el parto fue en posición de pie, no existió el trauma de tener que cortarlas como manifiestan, su recuperación fue mucho más rápida al igual que el trabajo de parto y son además quienes influyen en primigestas llenándolas de temor al acercarse este momento, viéndose en la necesidad de quedarse en su domicilio para ser atendidas por parteras de la localidad.

### **Fisiología de la posición de parto**

De acuerdo con Odent (2010), desde una perspectiva fisiológica la tradicional posición dorsal es, de hecho, la peor alternativa posible, tanto para la madre como para el niño, ya que cuando una mujer yace sobre su espalda, el útero agrandado comprime los vasos sanguíneos más importantes, lo cual disminuye la cantidad de sangre oxigenada que entra

en la placenta y sale de ella. Además, semejante posición hace imposible que la mujer aproveche la gravedad para facilitar el alumbramiento.

## **Ventajas**

La consideración de sus ventajas, que son las siguientes (Fernández 2010).

- Acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.
- Ausencia de compresión de grandes vasos de la madre. Como se sabe la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de sufrimiento fetal si el período expulsivo se prolonga.
- Aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 en transversal y moldeamiento de la articulación coxo femoral.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente.
- Beneficios psicoafectivos que incluyen la búsqueda de métodos alternativos, menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.

Por todas estas razones se ha llegado a la conclusión de que esta posición vertical es fisiológica, la más segura donde se ven más beneficios que riesgos y donde la mujer se encuentra en mejores condiciones psicoafectivas para este momento traumático de su vida donde nosotros no tenemos que quitarles su cultura, debemos mantenerla para que tengan confianza en nosotros y acudan a nuestro Hospital.

## **Fisiología comparada.- Parto Horizontal**

El útero de la gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia; asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto (Compresión Aorto-Cava). Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el período expulsivo se prolonga.

Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como “peso muerto” no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final.

Los diámetros intrapélvicos maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de las madres se flexionan sobre su propio abdomen (maniobra muy utilizada para la atención de la Distocia de Hombros), por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero-posteriores.

La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.

La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné pudiendo favorecer los desgarros. (SOLER, 2008)

## Parto Vertical

En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.

Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período de dilatación como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal. Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción

Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm en transversal la posición vertical determina que el ángulo de encaje (*"dive angle"* para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto.

La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorece el encaje y el descenso del feto. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg. en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.

Asimismo, la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida, mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.

El trabajo de parto en la posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente. El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.

Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación (SOLER, 2008)

## **Parto vertical**

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido. (SOLER, 2008)

## **Interculturalidad**

La Organización Panamericana de la Salud señala: "...Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo. La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar". (SOLER, 2008)

## **Plan de parto**

El Plan de Parto es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. El plan facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan a donde llegar, ante la presencia de señales de parto o de algún signo de alarma. (SOLER, 2008)

## **Componente de organización**

El componente de organización para la atención del parto vertical con adecuación intercultural comprende el conjunto de procesos y acciones que permiten adecuar la oferta de servicios maternos para producir una prestación de salud que cubran las necesidades de atención del parto de las mujeres de las poblaciones andinas y amazónicas.

Los establecimientos de salud deben adecuar y desarrollar procesos organizacionales que son indispensables para brindar una atención de calidad en la atención del parto vertical.

Los establecimientos de salud considerarán los recursos disponibles en el ámbito y de acuerdo a su nivel de complejidad dentro de la red prestadora de servicios de salud a la cual pertenecen. (SOLER, 2008)

## **Recursos humanos**

El personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio una relación empática con las parturientas y familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad.

La disponibilidad de recursos humanos para la atención responderá al nivel de complejidad del establecimiento de salud y recursos existentes. El servicio deberá contar con:

- Médico Gineco-Obstetra o Médico General con competencias para la atención obstétrica.
- Médico Pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal.
- Obstetriz.
- Enfermera con competencias para la atención neonatal.
- Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y Neonatal. (SOLER, 2008)

## Infraestructura

- Acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable (aproximadamente 24 grados centígrados), proporcionando calor con estufas u otro sistema de calefacción.
- Protección de ventanas con cortinas de colores y material adecuados a la realidad local.
- Paredes pintadas con colores no claros.
- Equipos, medicamentos y materiales

Los establecimientos de salud deben disponer de equipos, materiales y medicamentos para la atención del parto vertical, el servicio deberá contar con lo siguiente:

- Equipo completo de atención de parto.
- Tensiómetro.
- Estetoscopio.
- Equipo de reanimación neonatal.
- Una balanza pediátrica.
- Una lámpara cuello de ganso.
- Camilla para parto vertical.
- Un asiento de madera circular de 30 x 45 de altura.
- Dos sillas
- Vitrina para guardar medicamentos.
- Fuente de calor: estufa o calefacción.
- Dos cojines de 30 cm de diámetro.
- Banquito pequeño o taburete de 50 cm de alto.
- Argolla de metal o madera instalada en el techo.
- Una Soga gruesa de 5 metros.

- Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
- Un balde para la recepción de la sangre.
- Bolsas de agua caliente.
- Rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5 de ancho.
- Botas de tela para la parturienta con el propósito de evitar contaminar al RN.
- Campos para recepción del niño.
- Batas amplias para cubrirlas adecuadamente.
- Set de medicamentos para el parto.
- Medicinas tradicionales (timolina, agua florida, aceite rosado, agua del Carmen, naranja, agua siete espíritus, mates calientes como muña, cedrón, ruda, mático orégano, apio), todos estos elementos son considerados por la población andina y amazónica como necesarios para evitar las complicaciones.

El establecimiento de salud debe organizar la referencia y contra-referencia para la continuidad y oportunidad de la atención en caso de complicaciones durante la atención del parto vertical, de acuerdo a las normas vigentes y a lo establecido en el nivel local para la red de servicios.

El motivo de la referencia responde a la capacidad resolutive de cada uno de los establecimientos. (SOLER, 2008)

### **Componente de provisión**

El componente de provisión comprende el conjunto de atenciones y cuidados que el equipo de salud y la propia persona, familia y comunidad, brindarán a la parturienta. La gestante para la atención del parto vertical debe contar con atención prenatal según las guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. En caso de no contar con atención prenatal se solicitarán los análisis de rutina, según corresponda.

El establecimiento de salud debe propiciar que la mujer andina y amazónica exprese su voluntad respecto de la posición en que desea se le atienda durante el parto, a través del desarrollo de un Plan de Parto.

El plan de parto debe elaborarse con la participación de la gestante para lograr que ella y su familia se interesen en dar solución a los aspectos críticos que enfrentan en el embarazo y en el parto, a partir de los recursos familiares y comunitarios disponibles.

La información de la ficha de plan de parto debe consignar los siguientes datos:

- Datos de filiación de la gestante.
- Fecha probable de parto.
- Establecimiento en la que realiza su atención prenatal.
- Resultados de los análisis.
- Lugar donde se atenderá el parto.
- Que posición prefiere para dar a luz.
- Medio de transporte disponible en su comunidad.
- Personas que la ayudaran en el traslado.
- En caso de requerir sangre quien hará la donación.
- Si hará uso de la casa de espera.

Los profesionales de la salud deberán observar las indicaciones clínicas y contraindicaciones para proceder a la atención de un parto vertical. (SOLER, 2008)

Indicaciones:

- Gestante sin complicación obstétrica
- Presentación cefálica del feto.
- Compatibilidad feto pélvica

Contraindicaciones:

Las contraindicaciones para la atención del parto vertical son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación la cesárea, entre ellas las más frecuentes son:

- Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- Cesárea iterativa.
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálico.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Distocias de contracción
- Macrosomía fetal.
- Prematurez.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta.
- Embarazo post término.
- Pre eclampsia severa, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado. (SOLER, 2008)

## **Recepción de la gestante**

El personal de salud debe brindar a la gestante una cálida bienvenida, explicarle los procedimientos de manera sencilla, respetando sus creencias, costumbres y evaluando la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. A continuación procederá a:

- Verificar la información respecto a su gestación en la historia clínica y tarjeta de Atención Pre Natal (antecedentes de la gestación).
- Identificar signos de alarma.
- Controlar las funciones vitales: presión arterial, pulso, temperatura.
- Realizar la evaluación obstétrica (maniobras de Leopold, altura uterina, latidos fetales, contracciones uterinas) y el examen pélvico.
- Determinar el inicio de trabajo de parto (SOLER, 2008)

## **Acompañamiento**

Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podrá involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta. El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto.

## **Alimentación**

El personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, mates, gelatinas, etc. Estos brindarán una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto.

Se recomienda:

- Té o leche con canela y clavo de olor.

- Una taza de chocolate caliente.
- Un mate de albahaca.
- Tres a cuatro hojitas de ruda por taza de agua.
- Una cucharadita de toronjil.
- El personal debe conocer la acción de algunas hierbas y prevenir el uso de aquellas que acentúen las contracciones uterinas. (SOLER, 2008)

### **Atención del periodo de dilatación**

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

Procedimientos:

- Control de funciones vitales cada hora.
- Evaluar la frecuencia cardiaca fetal cada 30 a 45 minutos (al inicio e inmediatamente después de cada contracción).
- Llevar un registro estricto del partograma, el mismo que permitirá tomar las medidas necesarias encaso de identificarse complicaciones (tomar en cuenta que el registro del partograma CLAP-OMS permite monitorizar el parto en posición vertical). (SOLER, 2008)

### **Examen vaginal**

• Sólo debe ser realizado por personal de salud capacitado, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario; durante la fase de dilatación, una vez cada cuatro horas es suficiente. Salvo los siguientes casos:

- Cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece.
- Cuando hay signos de que la mujer quiere pujar.

- Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre el porqué de los mismos y ganarse la confianza de la parturienta y familiares, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento. (SOLER, 2008)

### **Manejo del dolor**

El personal de salud debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo del familiar elegido por la parturienta.

Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.

Evaluar técnicas de relajación y masajes.

- Ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales.

### **Monitoreo del progreso del parto**

- La evaluación del progreso del parto se realiza observando a la mujer: apariencia, conducta, contracciones y el descenso de la cabeza fetal.

- La medida más exacta es la dilatación del cuello. Una desviación sobre el índice de dilatación normal -1cm por hora- debería ser una indicación para revisar los planes del manejo del parto y referir a la parturienta lo más pronto posible a la instancia hospitalaria de mayor complejidad. (SOLER, 2008)

### **Posiciones durante la fase de dilatación**

La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico:

- La compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal.

- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de no estar favorecida por la fuerza de la gravedad.
- El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal.
- El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.
- La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino, haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.
- La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta. (SOLER, 2008)

### **Relajación y Masajes**

- Para dar masajes el personal o los familiares deben tener las manos tibias, realizarlos lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos, la utilización de un aceite o talco ayuda a deslizar las manos por la piel y ejercer una presión suave y pareja en la zona lumbar. Esto permitirá disminuir los niveles de ansiedad, controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto, renovar las energías para las próximas contracciones, reducir la tensión muscular y ayudar de este modo a contrarrestar la fatiga. (SOLER, 2008)

### **Atención del período expulsivo**

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

- Verificar los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención de la parturienta y recién nacido.
- Acondicionar o verificar que la sala de partos cuente con:

- Con calor producido por calefactores.
- Camilla o silla adecuada para el parto vertical
- Soga colgada de una viga.
- Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
- Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita de mayo acondicionada para éste propósito. (SOLER, 2008)

### **Asepsia e higiene**

- Verificar las condiciones de higiene y limpieza del ambiente.
- Verificar que el instrumental para la atención del parto este debidamente descontaminado, lavado y esterilizado.
- Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón antes de colocarse los guantes estériles.
- Poner gran atención en la higiene personal de la parturienta.
- Realizar un lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas, al inicio y repetirlo si fuera necesario.
- En caso necesario se colocará a la mujer botas de tela para proteger la limpieza de los campos. (SOLER, 2008)

### **Posiciones en el Periodo Expulsivo**

En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está limitada a la recepción del bebé, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pudiera surgir en estos momentos.

Debe permitirse que la posición de la mujer cambie buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.

Las posiciones que puede adoptar la parturienta son las siguientes:

- a. Posición de cuclillas: variedad anterior.
- b. Posición de cuclillas: variedad posterior.
- c. Posición de rodillas.
- d. Posición sentada.
- e. Posición semi sentada.
- f. Posición cogidas de la soga.
- g. Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo). (SOLER, 2008)

#### **Posición de cuclillas: variedad anterior**

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
- La partera o familiar actúa como el soporte de la parturienta, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la parturienta, la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal. (SOLER, 2008)

### **Posición de cuclillas: variedad posterior**

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la parturienta y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante. (SOLER, 2008)

### **Posición de rodillas**

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.
- En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad. (SOLER, 2008)

### **Posición sentada y semi sentada**

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de la gestante.
- En la posición semi sentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra. (SOLER, 2008)

### **Posición cogida de la soga**

Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente. (SOLER, 2008)

### **Posición pies y manos**

Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto

- La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.

El personal de salud que atiende el parto vertical en cualquiera de las posiciones verticales deberá instruir a la parturienta para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen. (SOLER, 2008)

### **Atención inmediata del recién nacido**

El personal de salud deberá verificar que el material esté preparado con anticipación, así como el lugar de atención del recién nacido que será utilizado de manera exclusiva. La atención del recién nacido se desarrollará aplicando las técnicas y procedimientos establecidos en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

### **Atención del período de alumbramiento**

El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición dorsal (horizontal) en razón a que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.

El personal procederá a:

- Realizar el alumbramiento dirigido, facilitando el acortamiento del tercer periodo del trabajo de parto y la disminución de la cantidad de sangrado. Aplicar una ampolla de oxitocina intramuscular (10 UI), inmediatamente después de la salida bebé.
- Usar técnicas para facilitar la expulsión de la placenta según costumbres de la zona rural:
  - Provocarse náuseas estimulando la úvula con el objeto de provocar un esfuerzo.
  - Soplar una botella.
  - Pinzar el cordón o amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se meta de nuevo.

- Evaluar el volumen del sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, el estado de conciencia de la madre y las funciones vitales (presión arterial, pulso).
- Realizar una evaluación minuciosa para verificar el desprendimiento de la placenta, asistir su salida y examinarla cuidadosamente, verificando que las membranas estén íntegras.
- Evaluar si se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino.
- Evaluar la cantidad de sangrado vaginal post alumbramiento.
- En caso de presentarse alguna complicación en el período de alumbramiento se debe canalizar inmediatamente una vía con cánula N° 18 administrando cloruro de sodio al 9/00 y referir a un establecimiento de mayor complejidad. (Sólo en caso de no contar con cloruro de sodio, utilizar otra solución). (SOLER, 2008)

### **Disposición final de la placenta**

- El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en situaciones que el personal de salud identifique a la placenta como un factor de riesgo de contaminación (VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual u otras).
- El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante en la vida de la familia, porque existe la creencia que el hijo no vino solo sino acompañado de una placenta y por lo tanto, se considera también un órgano con vida propia.
- Se debe proceder, en todos los casos, a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo criterios de bioseguridad. (SOLER, 2008)

### **Atención del puerperio inmediato**

El personal debe respetar algunas prácticas inocuas que la parturienta y su entorno familiar practican tanto en ella como en el recién nacido, tomando en consideración la importancia del fortalecimiento de los vínculos familiares que se ven favorecidos en el alojamiento conjunto de la madre - niño y su familia.

Independientemente del lugar donde se aloje la parturienta, de acuerdo a la infraestructura, equipamiento de cada establecimiento de salud y afluencia de pacientes, realizar en forma estricta:

Control de funciones vitales, tono de la contracción uterina y sangrado vaginal cada media hora; durante las primeras dos horas.

- Antes de dejar descansar a la mujer se evaluará:

- Tono de contracción uterina.

- Control de funciones vitales: presión arterial, pulso.

Estos controles se deben realizar en forma frecuente cada media hora. Por lo menos durante las primeras cuatro horas.

- Estimular a la salida de los loquios con la aplicación de masajes, ya que favorece la contracción del útero y así mismo da sensación de bienestar a la madre. Algunas parturientas se fajan el abdomen con bandas preparadas previamente.

- Brindar comodidad a la puérpera ubicándola en una habitación acondicionada expresamente, donde haya calor y poca luz.

- Se podrá acomodar a la puérpera en una cama tipo tarima de madera, baja de más o menos una altura de 60 cm, para que pueda reposar en compañía de su pareja y/o familiares.

- Se usará de preferencia sábanas y frazadas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de la zona rural tienen temor y vergüenza de ensuciar las sábanas blancas.

- Permitir que las puérperas usen el chumpi o faja. (SOLER, 2008)

### **Alimentación e hidratación**

- Se permitirá la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo a las necesidades, posibilidades y costumbres de la mujer, promoviendo una alimentación balanceada utilizando los recursos propios de la zona. El primer alimento luego del parto es un caldo de ave.

- Se debe observar que la dieta durante unos días sea hiperproteica, con poco condimento y con abundantes líquidos para favorecer la producción láctea.
- Considerar que algunas comunidades andinas y amazónicas no permiten la ingesta de cerdo, palta, ni pescado durante este período.
- No permitir el uso de bebidas alcohólicas.

### **Complicaciones durante la atención del parto vertical**

En la atención del parto vertical podrían presentarse las siguientes complicaciones:

- Aumento de sangrado cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento.
- Laceraciones a nivel del periné.
- Salida brusca del feto.
- Prolapso de cordón.
- Procidencia de miembros superiores.
- Distocia de hombros.

En caso de presentarse alguna de estas complicaciones realizar el manejo adecuado según nivel de complejidad. (SOLER, 2008)

### **Orientación / consejería después del parto**

El personal de salud debe brindar información, orientación y consejería a la madre y a la familia sobre temas relacionados a la atención del recién nacido y la salud sexual y reproductiva.

- Lactancia materna exclusiva enfatizando sus beneficios y enseñando la técnica.
- Alimentación de la madre.
- Salud reproductiva y planificación familiar

## **Higiene de la madre y el niño**

- Vacunación del recién nacido.
- Identificación de signos de alarma en el puerperio.
- Identificación de signos de alarma del recién nacido.
- Cuidados del recién nacido.

## **Criterios de alta**

Las medidas generales, terapéuticas, efectos adversos secundarios del tratamiento, signos de alarma a ser considerados, así como los criterios de alta y el pronóstico, son los mismos que se toman en cuenta para la atención del parto eutócico horizontal. (SOLER, 2008)

## **Referencia y contra-referencia**

Si existiera la necesidad de realizar la referencia de la parturienta ó puérpera, por presentar alguna complicación, se tomarán en cuenta los procedimientos y protocolos ya existentes en las normas del Ministerio de Salud, según la capacidad resolutive del nivel del establecimiento.

La Contra- referencia debe incluir las recomendaciones para el retorno de la madre a su domicilio. (SOLER, 2008)

### **1.3. Gerencia de los Servicios de Salud.**

La administración es el órgano específico encargado de hacer que los recursos sean productivos, esto con la responsabilidad de organizar el desarrollo económico La administración de servicios de salud es una de las disciplinas de la salud pública. Su función es la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente. El/la administrador/a procura que los recursos disponibles para la promoción, protección y restauración de la

salud sean aplicados tomando en consideración el conocimiento científico vigente sobre la salud y la enfermedad. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

El desarrollo de las actividades en los servicios de Salud es un proceso de alta complejidad, ya que no se relaciona únicamente con alcanzar los resultados esperados en la planificación, sino que tiene que ver con todos los elementos, visibles y no visibles, que deben darse para lograr dichos resultados. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

Superados los primeros momentos de la gestión en los servicios (definir objetivos generales, proyectos, asignar recursos y personal) es indispensable garantizar el cumplimiento de lo resuelto, momento en el que surge una serie de complicaciones y obstáculos de carácter logístico y de naturaleza humana que a veces llegan hasta a neutralizar la acción en las unidades operativas. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

La dirección de las Áreas y de otros niveles operativos es concebida y desarrollada de una manera bastante tradicional; se reproducen en buena medida las características verticalistas, estáticas, de limitada creatividad, con escasa o nula participación de los integrantes de los organismos mencionados y peor aún de la comunidad. Esto contribuye también a disminuir la eficiencia y calidad de los servicios y, por lo tanto, a afectar la legitimación de los mismos ante la comunidad. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

Al no conocer y por lo mismo no tomar en cuenta la cultura organizacional, es decir, las características individuales y colectivas de los miembros de las unidades de salud, se cierra un camino de gran importancia que puede conducir a la mejora considerable en el funcionamiento de dichas unidades. La falta de sentido de pertenencia, la existencia de conflictos interpersonales e inter grupos, son a menudo elementos que pasan desapercibidos ante los directivos y que pueden ser la base de problemas trascendentes.

Otro elemento fundamental en el desarrollo de esta etapa y que no está presente en el manejo de las Áreas de Salud, tiene que ver con la profunda relación entre los servicios y la comunidad; para la etapa de la planificación, es indispensable la participación conjunta del servicio y organizaciones de la sociedad; pero de igual manera el control de la ejecución debe ser efectuado con similares niveles participativos, que no solamente tienen que ver con la eficiencia, sino con conceptos de rendición de cuentas y control social de la gestión en salud. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

Se requiere de profesionales comprometidos con la gerencia de la salud que cuenten en Administración de la salud con el poder: (MSP, salud.gob.ec, 2011)

- Desarrollar la capacidad de gestión, administrativa y financiera de las empresas e instituciones de salud, adecuarlas a las exigencias dadas por los nuevos sistemas de prestación de servicios, actualizar su infraestructura y dotación donde se requiera, ajustarse a los procesos de descentralización y modernización de los servicios públicos, mejorar la prevención, promoción, diagnóstico y atención en salud, aplicar los mecanismos tendientes a mejorar la calidad, eficiencia y coberturas de los servicios en todos los niveles.
- El dominio de un marco conceptual y metodológico para identificar y comprender los elementos, tanto externos como internos, que influyen en el desempeño, productividad y calidad de los sistemas locales de salud. La capacidad de análisis y evaluación de los problemas locales de salud de la población.
- El dominio de métodos y técnicas necesarias para organizar y dirigir sistemas locales de salud, manteniendo un liderazgo que fomente la interacción disciplinaria, la optimización de recursos, la identificación de necesidades y problemas, así como la realización de propuestas que garanticen.
- La capacidad de análisis y evaluación de los problemas locales de salud de la población, garantizando soluciones, aportando respuestas.
- El manejo de los componentes epidemiológicos, socio-sanitarios, económicos, financieros, contables y de desarrollo institucional, por medio de las herramientas gerenciales y teórico-prácticas de salud pública aplicadas a instituciones del sector salud y de los entes territoriales.

Este proceso administrativo formado por 4 funciones fundamentales, planeación, organización, ejecución y control. Constituyen el proceso de la administración. Una expresión sumaria de estas funciones fundamentales de la administración es: (MSP, salud.gob.ec, 2011)

1. LA PLANEACION para determinar los objetivos en los cursos de acción que van a seguirse.
2. LA ORGANIZACIÓN para distribuir el trabajo entre los miembros del grupo y para establecer y reconocer las relaciones necesarias.
3. LA EJECUCIÓN por los miembros del grupo para que lleven a cabo las tareas prescritas con voluntad y entusiasmo.
4. EL CONTROL de las actividades para que se conformen con los planes.



### Componente de Gestión

- Planificación estratégica y programación
- Gestión y desarrollo del Talento Humano de acuerdo a la normativa nacional.
- Gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a los estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y el cuadro de medicamentos básico
- Sistema único integrado de información y telecomunicaciones
- Sistema De control de la garantía
- Monitoreo y Evaluación - Supervisión
- Organización y responsabilidad de los equipos de gestión

## **Planeación en el proceso administrativo**

La Planeación es decir por adelantado, qué hacer, cómo y cuándo hacerlo, y quién ha de hacerlo. La planeación cubre la brecha que va desde donde estamos hasta dónde queremos ir. Hace posible que ocurran cosas que de otra manera nunca sucederían; aunque el futuro exacto rara vez puede ser predicho, y los factores fuera de control pueden interferir con los planes mejor trazados, a menos que haya planeación, los hechos son abandonados al azar. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

Entendida así, la planificación puede definirse como el proceso administrativo de escoger y realizar los mejores métodos para satisfacer las determinaciones políticas y lograr los objetivos. En otros términos, es entender el objetivo, evaluar la situación, considerar diferentes acciones que pueden realizarse y escoger la mejor. Además, incluye la necesidad de prever la proyección futura de las acciones. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

La naturaleza esencial de la planeación puede ponerse de relieve mediante sus cuatro componentes principales que son: (MSP, salud.gob.ec, 2011)

1. Contribución a los objetivos y propósitos
2. Primacía de la planeación
3. Extensión de la administración
4. Eficacia de la planeación

El propósito de cada plan es facilitar el logro de los objetivos de la empresa.

Puesto que las organizaciones empresariales de organización, integración, dirección, liderazgo y control están encaminadas a apoyar el logro de los objetivos empresariales, la planeación lógicamente precede a la ejecución de todas las funciones. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

### **Importancia**

En la organización, la planificación es el proceso de establecer metas y elegir los medios para alcanzar dichas metas. Sin planes los gerentes no pueden saber cómo organizar su personal ni sus recursos debidamente.

Quizás incluso ni siquiera tengan una idea clara de que deben organizar, sin un plan no pueden dirigir con confianza ni esperar que los demás le sigan. Sin un plan, los gerentes y sus seguidores no tienen muchas posibilidades de alcanzar sus metas ni de saber cuándo ni dónde se desvían del camino.

Un administrador, a causa de su delegación de autoridad o posición en la organización, puede mejorar la planeación establecida o hacerla básica y aplicable a una mayor proporción de la empresa. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

### **Beneficios**

Con mucha frecuencia los planes eficientes afectan el futuro de toda la organización. La planificación es fundamental, ya que esta: (MSP, salud.gob.ec, 2011)

1. Permite que la empresa esté orientada al futuro.
2. Facilita la coordinación de decisiones.
3. Resalta los objetivos organizacionales.
4. Se determina anticipadamente qué recursos se van a necesitar para que la empresa opere eficientemente.
5. Permite diseñar métodos y procedimientos de operación.
6. Evita operaciones inútiles y se logran mejores sistemas de trabajo.
7. La planeación es la etapa básica del proceso administrativo: precede a la organización, dirección y control, y es su fundamento.
8. Establece un sistema racional para la toma de decisiones, evitando las corazonadas o empirismo.
9. Facilita el control la permitir medir la eficiencia de la empresa.
10. Propicia el desarrollo de la empresa.
11. Reduce al máximo los riesgos.
12. Maximiza el aprovechamiento de los recursos y tiempo.

### **Limitaciones** (MSP, salud.gob.ec, 2011)

Dentro de las limitaciones de la planeación podemos mencionar:

1. La planeación consume tiempo y dinero; sin embargo, esto no es sino una inversión cuya recuperación y beneficios adicionales se producen por medio de resultados más efectivos, económicos y rápidos.

2. Los buenos esfuerzos de planeación no pueden apresurarse, se requiere tomar el tiempo necesario para reflexionar, localizar y analizar datos suficientes, para considerar posibles cursos de acción y para formular el plan en sí.
3. Debe balancearse el empleo de recursos dedicados a la planeación, de tal manera que su costo no llegue a exceder a su verdadera utilidad.
4. Dificultad para llegar a los datos precisos con relación al futuro.
5. La gente se interesa más en el presente que en el futuro.
6. La planeación es costosa.

### **Propósito**

La planeación reduce el impacto del cambio, minimiza el desperdicio y la redundancia y fija los estándares para facilitar el control. La planeación establece un esfuerzo coordinado. Da dirección tanto a los administradores como a lo que no lo son. Cuando todos los interesados saben a dónde va la organización y con que deben contribuir para lograr el objetivo, pueden empezar a coordinar sus actividades, a cooperar unos con otros, y a trabajar en equipo. La falta de planeación puede dar lugar a un zigzagueo y así evitar que una organización se mueva con eficiencia hacia sus objetivos. (MSP, salud.gob.ec, 2011)

## **Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública**

### **TITULO I**

#### **DE LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS**

Art. 1.- Misión y Visión del Ministerio de Salud:

### **Misión**

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación

y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud (MSP, salud.gob.ec, 2010)

## **Visión**

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad. (MSP, salud.gob.ec, 2010)

Art. 2.- Objetivos Estratégicos: (MSP, salud.gob.ec, 2010)

Objetivo 1: Incrementar los mecanismos para la implementación del Modelo de Gestión en el Ministerio de Salud Pública.

Objetivo 2: Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.

Objetivo 3: Incrementar la eficiencia, eficacia y calidad de las actividades operativas del Ministerio de Salud Pública.

Objetivo 4: Incrementar la eficiencia y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo 5: Reducir la brecha de acceso universal a la salud.

Objetivo 6: Incrementar el desarrollo de la ciencia y tecnología en el ámbito de la salud.

Objetivo 7: Incrementar los niveles de seguridad de los productos de consumo humano.

Objetivo 8: Incrementar la vigilancia, control, prevención y la promoción de la salud.

## TITULO II

### DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE GESTIÓN POR PROCESOS

Art. 3.- Estructura Organizacional de Gestión por Procesos

La estructura organizacional del Ministerio de Salud Pública se encuentra alineada con su misión y las políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes. Se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios. (MSP, salud.gob.ec, 2010)

#### Art. 4.- Procesos del Ministerio de Salud Pública

Los procesos del Ministerio de Salud Pública se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional. Estos son: (MSP, salud.gob.ec, 2010)

Los Procesos Gobernantes orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.

Los Procesos Agregadores de Valor son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.

Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.

Los Procesos desconcentrados generan productos y servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio.

### TITULO III DE LAS FACULTADES DE LOS NIVELES DESCONCENTRADOS

#### Art. 5.- Alta desconcentración y baja descentralización

La reestructuración del Ministerio de Salud Pública se enmarca en la Reforma Democrática del Estado, proceso que tiene por objetivo mejorar la eficiencia, transparencia y calidad de los servicios a la ciudadanía. La importancia estratégica que representa el sistema de salud pública en el desarrollo del país impone la necesidad de una rectoría fuerte sobre la implementación de las políticas en salud, a la vez que requiere de un mecanismo ágil y eficiente para la implementación y gestión de los programas de salud. El Ministerio de Salud entra en la tipología de ALTA desconcentración y BAJA descentralización. (MSP, salud.gob.ec, 2010)

La DESCONCENTRACIÓN implica el fortalecimiento de los procesos del Ministerio de Salud Pública en sus niveles desconcentrados, mejorando la capacidad resolutoria de los territorios.

## **2. DISEÑO METODOLÓGICO**

## 2. 1. Matriz de involucrados.

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
UTPL	Formación de profesionales.  Apoyar con trabajos de intervención en la formación de los profesionales de cuarto nivel	Recursos Humanos.  Recursos Materiales y Tecnológicos.	Desconocimiento de la realidad en la cual se va a desenvolver el proyecto
Maestrante	Intervención para implementar la sala de parto natural intercultural en el Hospital Básico Pelileo	-Recursos Humanos.  -Recursos Materiales y Educativos  <b>MANDATO</b> Ejecutar las líneas de acción asimiladas en la Maestría GSDL de la UTPL.	Complicaciones en el embarazo y parto domiciliario  Ausencia de aplicación de la normativa de atención de parto culturalmente adecuado.
Ministerio de Salud Pública	Reconocer, respetar y promoverá el desarrollo de las Medicinas tradicional y alternativa.	-Recursos económicos , humanos y materiales  <b>MANDATO</b> Art. 42 de la Constitución: El estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección.	Ausencia de análisis y sistematización los distintos modelos de atención intercultural en salud materna.
Hospital Básico Pelileo	Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materna-neonatal generada por el parto en domicilio, respetando la ideología comunitaria.	Recursos Humanos  Recursos económicos  Recursos Materiales.  <b>MANDATO</b> Art. 44 de la Constitución: El estado formulará la política nacional y vigilará su aplicación reconocerá, respetará y promoverá	Poco interés del Talento Humano de la Unidad Operativa  Conocimientos limitados del mismo  Usuaris no acuden a la Unidad para atención del parto.

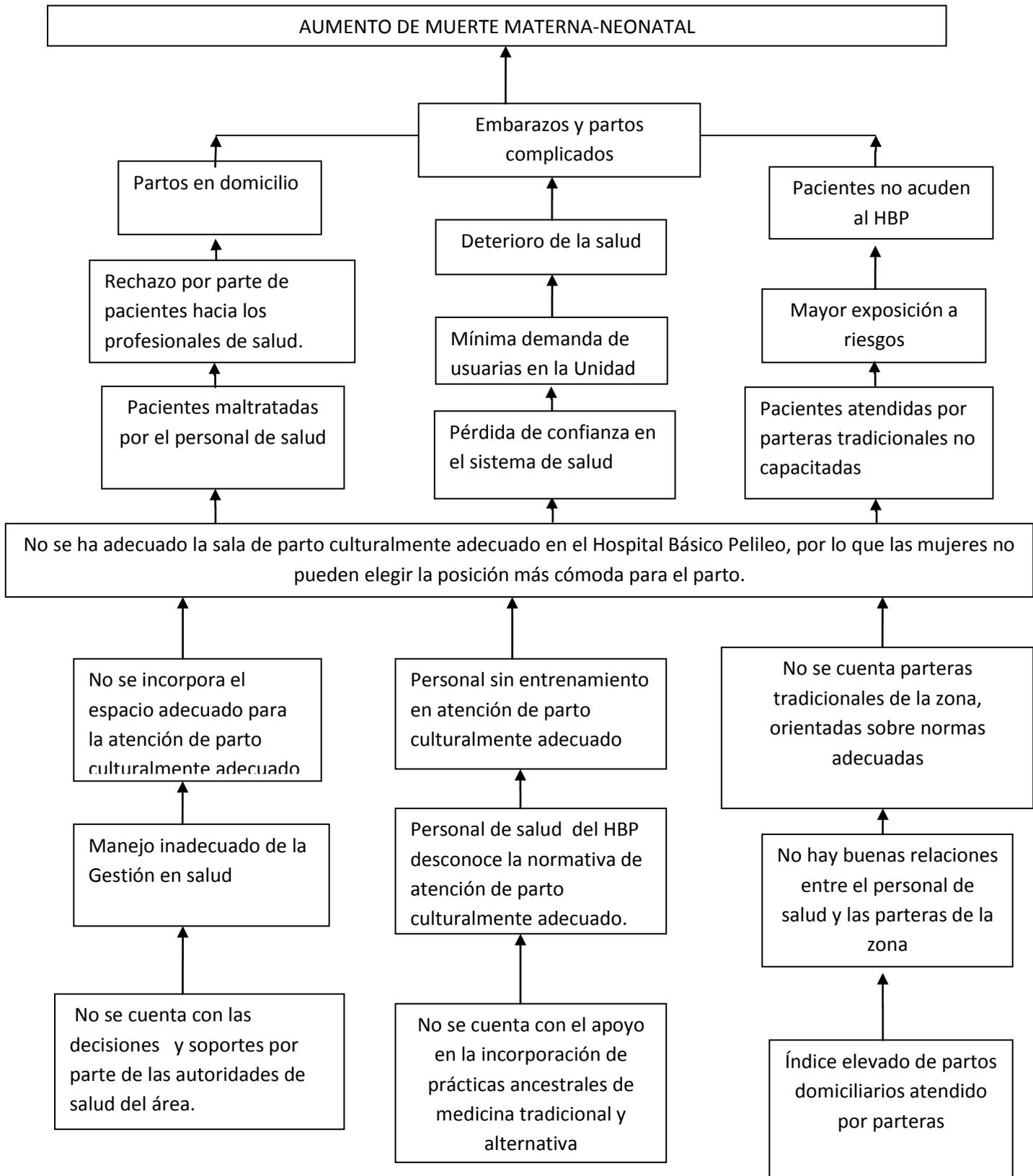
		el desarrollo de la medicina tradicional y alternativa cuyo ejercicio será regulado por ley.	
Parteras de la localidad	Capacitar a estas personas sobre normas y protocolos de atención materna, disminuyendo generación de complicaciones.	<p>-Normas y Protocolos de Atención de parto culturalmente adecuado del MSP</p> <p>-Recursos Humanos</p> <p>-Recursos materiales</p> <p><b>MANDATO</b> Art. 44 de la Constitución: El estado formulará la política nacional y vigilará su aplicación reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional y alternativa cuyo ejercicio será regulado por ley</p>	Conocimientos inadecuados de atención de partos y complicaciones de los mismos

## 2.2. Matriz de Marco Lógico.

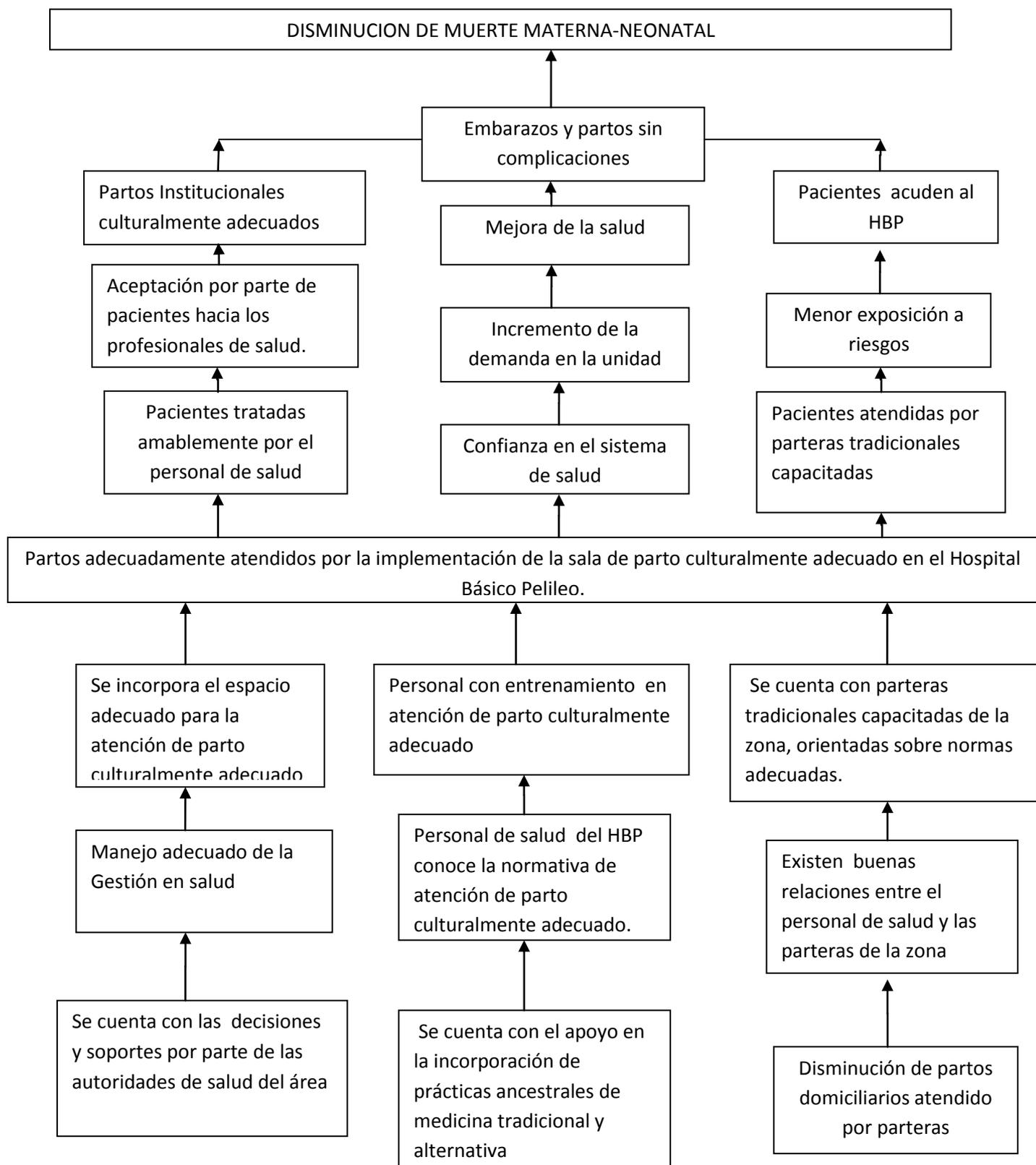
OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la mujer y su consecuente disminución de la morbi-mortalidad materna-neonatal generada por el parto en domicilio.</p>	<p>Atenciones de parto culturalmente adecuado en el HBP</p>	<p>Historias Clínicas</p> <p>Partes Diarios</p> <p>Fotografías</p>	<p>Apoyo de administración</p> <p>Participación del personal de la Institución y parteras de la comunidad.</p>
<p>PROPOSITO</p> <p>Atención del parto culturalmente adecuado implementado en el Hospital Básico Pelileo.</p>	<p>74% de implementación de la sala de parto hasta noviembre del 2013.</p>	<p>Oficios</p> <p>Actas de entrega - recepción</p>	<p>-Satisfacción de las parteras de la comunidad y madres que acuden.</p> <p>-Equipo básico de atención capacitado</p> <p>-Asignación de recursos</p>
<p>RESULTADOS</p> <p>1.-Gestionar el espacio y adquisición de los implementos necesarios para la adecuación del parto por intermedio del Hospital Básico Pelileo al Ministerio de Salud Pública.</p> <p>2- Capacitar al Talento Humano del</p>	<p>El 74% de espacio físico gestionado organizado e implementado hasta noviembre del 2013</p> <p>El 90% de</p>	<p>Actas de entrega recepción</p> <p>Talleres, reuniones,</p>	<p>Motivación del personal de salud del Hospital Básico Pelileo</p> <p>Personal del Equipo</p>

<p>Hospital Básico Pelileo sobre normas y protocolos de atención del parto culturalmente adecuado.</p> <p>3.-Integrar a la capacitación a parteras tradicionales locales para de esta manera mejorar sus técnicas de atención del parto.</p>	<p>cumplimiento en el Nivel de conocimiento del personal capacitado en la implementación y atención del parto.</p> <p>El 100% de parteras tradicionales predispuestas a formar parte del equipo de atención de parto</p>	<p>fotografías, lista de asistencia del personal capacitado.</p> <p>Lista de parteras de la localidad</p>	<p>básico de salud del Hospital Básico Pelileo capacitado</p> <p>Personal motivado para la participación</p>
--	--	---	--

### 2.3. Árbol de Problemas.



## 2.4. Árbol de Objetivos.



### **3. ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
1.- Gestionar el espacio y adquisición de los implementos necesarios para la adecuación del parto			
1.1.- Reunión con el personal técnico de salud del Hospital Básico Pelileo para planificación	Dr. Gustavo Morales Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 70,00
1.2.- Designación del espacio físico	Médico responsable de Salud Intercultural de la DPST Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 25,00
1.3.- Determinar los implementos necesarios según las normas del MSP.	Médico responsable de Salud Intercultural de la DPST Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 30,00
1.4 Establecer costos de recursos materiales , y tiempos de entrega de los mismos	Proveedora del HBP Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 2500,00
2.- Capacitar al Talento Humano del Hospital Básico Pelileo sobre normas y protocolos de atención del parto culturalmente adecuado.			
2.1.- Reunión con el personal de salud del Hospital Básico Pelileo.	Dr. Gustavo Morales Médico responsable de Salud Intercultural de la DPST Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 70,00

2.2.- Taller de capacitación al personal del HBP sobre Normas y Protocolos de Atención del Parto Culturalmente adecuado	Médico responsable de Salud Intercultural de la DPST Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 100,00
2.3.- Entrega de folletos de normativas y metodología del trabajo.	Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 60,00
3.- Integrar a la capacitación a parteras tradicionales locales para de esta manera mejorar sus técnicas de atención del parto.			
3.1.- Identificar a las parteras tradicionales de la localidad	Médico responsable de Salud Intercultural de la DPST Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 60,00
3.2.- Socialización del proyecto a las parteras tradicionales de la localidad para formar parte del equipo de atención del parto	Médico responsable de Salud Intercultural de la DPST Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 70,00
3.3.- Capacitación sobre normas adecuadas de atención	Autora del Proyecto	Mayo 2013	\$ 70,00
		TOTAL	\$ 3055,00

## **4. RESULTADOS**

## **Resultado 1**

**Gestionar el espacio y adquisición de los implementos necesarios para la adecuación del parto por intermedio del Hospital Básico Pelileo al Ministerio de Salud Pública.**

### **Objetivo general**

Implementar la sala de parto culturalmente adecuado, creando un espacio de seguridad y acogida donde intervienen la familia, la partera y el equipo de salud, al interior del Hospital Básico Pelileo, mediante la capacitación al personal con el fin de humanizar el parto .

### **Objetivos específicos**

1. Designar el espacio adecuado para la implementación de la sala de parto culturalmente adecuada.
2. Verificación de los equipos, materiales e insumos con los que cuenta actualmente el Hospital Básico Pelileo para este tipo de atención.
3. Gestionar la adquisición de los implementos necesarios para la adecuación de la sala de acuerdo a la normativa establecida por el MSP.

### **Actividad 1.1.**

**Reunión con el personal técnico de salud del Hospital Básico Pelileo para planificación.**

Para poder ejecutar este resultado se gestionó en base a reuniones de trabajo con el Señor Director del Hospital Pelileo, conjuntamente con su equipo técnico- administrativo, mediante aprobación de oficios presentados se dio a conocer sobre la importancia de la implementación de este espacio físico, y se dio a conocer a la DPST, para su validación, lo que permitió lograr los resultados esperados que el Hospital Básico Pelileo cuente con implementos e insumos básicos para prestar los servicios de atención del parto culturalmente adecuado.

## **Metodología**

Se realizó una convocatoria y se procedió con una reunión de trabajo en la jefatura del Área, en este encuentro se definieron y plantearon los requerimientos de insumos, recursos y medios para la implementación del servicios.

Los acuerdos alcanzados en este proceso de intervención fueron los siguientes:

- Aprobar el presente proyecto y comprometer la intervención del personal técnico y administrativo en la gestión es para la implementación del servicio.
- Compromiso del director técnico del Hospital Básico Pelileo, en las gestiones para impulsar la ejecución del proceso a través de los profesionales de salud que laboran en esta Casa de Salud.
- Compromiso del personal técnico en la ejecución y determinación del espacio físico, necesidad de insumos y materiales basados en la Guía Técnica.

## **Actividad 1.2.**

### **Designación del Área Física para la adecuación cultural del parto.**

Se procede a realizar la Inspección del área física del HBP conjuntamente con el Sr. Director, Médico Gineco-Obstetra, Coordinadora de Enfermería, Autora del Proyecto. Considerando que la sala de monitoreo fetal ubicada en el servicio de Emergencia del HBP cumple con los requerimientos básicos de acuerdo a la normativa.

- ✓ *Sala de parto.*- Es un área física con ventilación, piso de material de vinyl, paredes pintadas de color crema, con acceso a un medio baño, cielo raso, dos argollas de metal instalado en el techo, sobre la cual se apoyara en algunos casos la parturienta, en un costado de la pared se ha colocado un soporte de hierro horizontal a 0.80 y 1,20 metros respectivamente, dos colchonetas, un paidómetro, una cuna de calor radiante, un biombo, un calefactor, un taburete, una silla. Una vez concluidas las 2 horas de pos parto inmediato como normativa es trasladada a sala de Hospitalización donde permanece en alojamiento conjunto.

- ✓ *Sala de hospitalización.* Es un área física para reposo y recuperación de la parturienta, está equipado con una cama de plaza y media con colchón clínico ortopédico, con sus respectivas frazadas y cobija, además cuenta con un velador y 2 sillas.

### Actividad1.3

#### Determinar los implementos necesarios según las normas del MSP.

Para este proceso se realizó una reunión con el equipo técnico del Hospital Básico Pelileo, la participación de la Coordinadora Médica y de Enfermería, además de la proveedora para la adquisición de los recursos materiales los mismos que fueron tomados de la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, detallándose en el cuadro N° 01.

**Cuadro N° 01 Recursos Materiales (insumos, equipos, medicamentos)**

Instrumento	Norma	Existencia
Equipo completo de atención de parto	si	Si
Catgut	si	Si
Tensiómetro	si	Si
Estetoscopio	si	Si
Equipo de recepción y reanimación neonatal	si	Si
Balanza pediátrica	si	Si
Lámpara de cuello de ganso	si	Si
Soporte para suero	si	Si
2 sillas	si	Si
Estanterías para guardar medicamentos	si	No
Fuentes de calor (Calefactores)	si	No
Taburete	si	Si
Cama	si	Si
Argolla de metal instalado en el techo	si	Si
Estantería para plantas medicinales propias de la zona	si	No
Una colchoneta	si	Si
Campos para la colchoneta	si	Si
Recipiente de acero inoxidable	si	No
Fundas de agua caliente	si	Si
Botas o medias de tela	si	No
Campos para la recepción del recién nacido	si	Si

	si	Si
Batas o ropa adecuada de algodón para la parturienta	si	Si
Medicamentos básicos para el parto	si	No
Estantería para plantas medicinales propias de la zona	si	No
Utensilios para preparación de aguas medicinales	si	Si
Recipientes de corto punzantes	si	Si
Incubadora	si	Si

Fuente: Guía Técnica para Atención del parto Culturalmente Adecuado.MSP

$$\% \text{ cumplimiento} = \frac{20}{27} \times 100 = 74.07\% \frac{\text{existencia}}{\text{norma}}$$



**Gráfico 1.\_ Recursos Materiales (insumos, equipos, medicamentos)**

Fuente: Guía Técnica para Atención del parto Culturalmente Adecuado.MSP

Una vez que se tiene conocimiento del listado de recursos materiales necesarios, se procede a verificar con qué recursos cuenta el Hospital Básico Pelileo los mismos que serán utilizados en esta sala de partos, con los que se obtiene el 74.07% del requerimiento necesario.

#### Actividad 1.4

Establecer costos de recursos materiales, y tiempos de entrega de los mismos.

Cuadro N° 02 Recursos Materiales y Presupuesto

Cantidad	Material	Costo Unitario	Costo total
1	Estantería para plantas medicinales propias de la zona	250.00	250.00
1	Estanterías para guardar medicamentos	350.00	350.00
2	Soga	5.00	10.00
3	Recipiente de acero inoxidable	100.00	300.00
20	Botas o medias de tela (pares)	6.00	120.00
3	Fuentes de calor (Calefactores)	350.00	950.00
1	Utensilios para preparación de aguas medicinales (cocineta, 1 juego de vajillas que incluyen 3 ollas,6 tazas,6 platos pequeños, y 6 cucharas)	520.00	520.00
		<b>TOTAL</b>	<b>2500.00</b>

#### Tiempo de Entrega

Como se evidencia en el cuadro comparativo faltan por adquirir 7 instrumentos los mismos que serán entregados en el mes de diciembre del presente año, debiendo recalcar que hasta la actualidad contamos ya con 20 insumos de los 27 requeridos de acuerdo a la normativa del MSP.

#### Indicador

**El 74% de espacio físico gestionado organizado e implementado hasta noviembre del 2013**

En este proceso de ejecución se destacó las acciones realizadas dentro del ámbito de la gestión a nivel de las autoridades sanitarias, equipo técnico del Hospital Básico Pelileo. Para este proceso se realizó reuniones de trabajo, envío y seguimiento de cartas de solicitudes,

entrega de propuestas de trabajo, elaboración de informes de factibilidad técnica para emprender el proceso.

Actividades que se cumplieron con la participación de la comunidad incluidas las parteras así como también el Equipo Administrativo y Técnico del Hospital Básico Pelileo quienes contribuyeron en el desarrollo de las actividades planteadas para poder alcanzar el Fin del presente proyecto todo realizado mediante determinadas tareas para conseguir los recursos necesarios, inspección del área física para identificar los requerimientos y preparación de los ambientes físicos.

Se alcanzó el 74% de implementación de la sala de parto hasta noviembre del 2013, como lo demuestra en el Resultado N° 1 de la Matriz de Marco Lógico donde se gestionó el espacio y la adquisición de los implementos necesarios para la adecuación del parto por intermedio del Hospital Básico Pelileo en el Ministerio de Salud Pública.

La gestión adecuada, con conocimiento del tema y objetivos claros, permitió conseguir los objetivos planteados siendo estos de gran relevancia para poder brindar una atención humanizada basada en las normativas institucionales para el manejo de los recursos, no se logró cumplir con el 100% de la implementación ya que existió dificultades relacionada con los proveedores de implementos los mismos que no contaban con el stock necesario para cubrir la demanda de nuestros requerimientos por lo que se prolongó su tiempo de entrega, además porque el presupuesto asignado era insuficiente y su entrega se realizó tardíamente.

## **Resultado 2**

### **Capacitar al Talento Humano del Hospital Básico Pelileo sobre normas y protocolos de atención del parto culturalmente adecuado**

#### **Objetivo general**

Planificar, fortalecer, ejecutar y elaborar un programa de capacitación continua con todo el personal del Hospital Básico Pelileo, con la finalidad de implementar el Parto Culturalmente adecuado

#### **Objetivos específicos**

1. Elaborar un taller de capacitación y sensibilización en interculturalidad en salud dirigido a profesionales del Hospital Básico Pelileo, acorde a las necesidades comunitarias del personal de salud.
2. Mejorar la competencia técnica y humana del personal de salud con la capacitación
3. Mejorar cualitativamente la relación Médico – paciente mediante la adecuación cultural en los recursos físicos y humanos.

#### **Actividad 2.1.**

##### **Reunión con el personal de salud del Hospital Básico Pelileo.**

#### **Metodología**

Para la ejecución de esta actividad nos basamos en reuniones de trabajo con el Sr. Director, personal técnico y administrativo del Hospital Básico Pelileo, talleres de capacitación con utilización de presentaciones elaboradas, Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente adecuado, recursos informáticos. Las jornadas de capacitación se desarrollaron en base a los componentes teóricos y de ejercicios prácticos. Mesas de diálogo sobre los contenidos de la interculturalidad en salud.

Esta actividad se realizó con el propósito de socializar el contenido del presente proyecto en la unidad operativa. Previa la presentación de la propuesta al Sr Director del Área, dando

como resultado su aprobación y la correspondiente autorización para su ejecución, por lo tanto generando el compromiso técnico administrativo del Hospital , lo cual brindó la viabilidad para la ejecución de las acciones planteados en el presente proyecto.

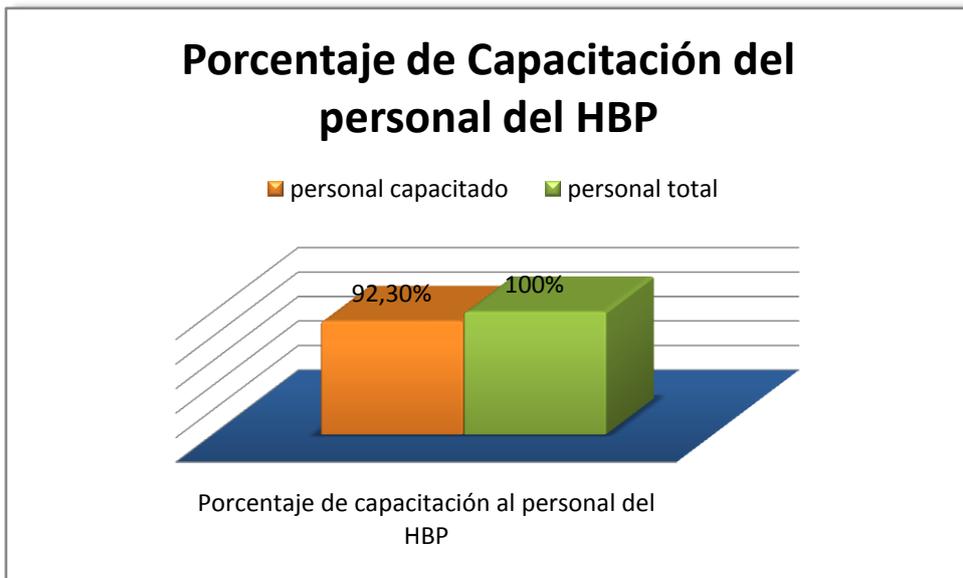
Luego se realiza una planificación y primera reunión de trabajo con el equipo de Hospital Básico Pelileo, se procedió a socializar los objetivos del proyecto y establecer compromisos de trabajo de todo el equipo de mejoramiento continuo de calidad, personal técnico administrativo del HBP (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Auxiliar Administrativos de Salud) además se produce la búsqueda de estrategias para el acercamiento e incorporación de las organizaciones sociales para garantizar un compromiso en la ejecución del mismo.

En la primera reunión de trabajo se presentó el proyecto para posteriormente abrir un espacio destinado a análisis, preguntas y aportes para proceder con las intervenciones. Este primer acercamiento se constituyó en la oportunidad para generar el interés y conocimiento en los servidores de salud sobre la oferta del servicio enfocado bajo un contexto alternativo y que por la diversidad cultural se constituye una oportunidad para brindar un servicio de calidad y con calidez. Los profesionales de salud demostraron su predisposición y compromiso de trabajo en las etapas que les corresponda intervenir.

Cantidad de personal	26
Cantidad de asistentes al curso	24
% de asistencia del curso	92.3%
Entrega de folletos	92.3

26 100%

24 x = 92.3%



**Gráfico 2.\_ Porcentaje de capacitación al personal del HBP**

Fuente: Lista de asistencia del personal del HBP

Se realizó charlas en conjunto y de manera individual para que conozcan sobre este tipo de parto y la adecuación cultural de los servicios de salud, pero el principal inconveniente que tuvimos fue la ausencia de personal en unos casos y la rotación continua del mismo en otros sumado a esto el uso de su correspondiente mes de vacaciones, aun así se alcanzó capacitar al 92.3% del personal del Hospital Básico Pelileo sobre normas y protocolos de atención de parto culturalmente adecuado

#### **Actividad 2.2.**

#### **Taller de capacitación al personal del HBP sobre Normas y Protocolos de Atención del Parto Culturalmente adecuado.**

Este taller se organizó en la primera reunión de trabajo. De conformidad a la planificación, participaron todo el equipo de la unidad operativa conformado.

El evento se desarrolló en jornadas de 8 horas diarias por dos días alternadas.

### Cuadro Nº 3.

#### LISTA DE PERSONAL DE SALUD PARTICIPANTES EN TALLER DE SOCIALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO.

<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>CARGO</b>
Dra. Martha Villegas	MEDICO
Dr. Luis Sánchez	MEDICO
Srta. Gabriela Tubón	ESTADISTICA HBP
Lic. Ligia Cachago	LICENCIADA EN ENFERMERIA
Lic. Verónica Bermeo	LICENCIADA EN ENFERMERIA
Dra. Daniela Ortíz	MEDICO
Dra. Rosa Zurita	MEDICO
Dr. Juan Velastegui	MEDICO
Dra. Ximena Sailema	MEDICO
Obst. Miriam Pérez	OBSTETRIZ
Lic. Teresa Zúñiga	LICENCIADA EN ENFERMERIA
Dra. María Campoverde	MEDICO
Dr. Camilo Bonilla	MEDICO
Dra. Jenny Galarza	MEDICO
Lic. Sandra Martínez	LICENCIADA EN ENFERMERIA
Lic. Marisol Rugel	LICENCIADA EN ENFERMERIA
Dr. Luis Morales	MEDICO
Dra. Diana Ramos	MEDICO
Lic. Carlos Fonseca	TRABAJADOR SOCIAL
Dra. Ruth Guevara	MEDICO
Dra. Diana Muñoz	MEDICO
Dr. Darwin Sarango	MEDICO
Dra. Margarita Pazmiño	MEDICO
Dr. Darwin Ramos	MEDICO

Fuente listado de asistencia del personal del HBP

Se realizó un taller participativo, reunidos en el área de trabajo del Hospital Básico Pelileo. Se utilizó equipos informáticos como insumos de apoyo para proyectar las presentaciones y trabajar en la temática de técnicas de atención del parto culturalmente adecuado, manual creado por el MSP.

Además, se realizó un foro para generar criterios y propuestas frente a las temáticas consideradas en este trabajo, siendo un espacio pertinente para conocer y determinar el nivel de conocimiento y vacíos sobre el tema de la interculturalidad que existe en el personal de salud.

Para poder evaluar el nivel de conocimiento con el cual los participantes inician este taller se elaboró y aplicó un pre test el mismo que consta de 10 preguntas a los participantes sobre el tema de base, y una vez concluida el taller se volvió a aplicar nuevamente el mismo test de evaluación y se pudo determinar los siguientes resultados como se indican en el siguiente cuadro.

**Cuadro Nº 4**

**CUESTIONARIO DE PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTOS EN INTERCULTURALIDAD EN SALUD ANTES DEL TALLER DE CAPACITACIÓN.**

<b>PREGUNTAS PRE TEST</b>	<b>RESPUESTAS CORRECTAS</b>	<b>RESPUESTAS INCORRECTAS</b>
Tiene conocimientos sobre atención del parto culturalmente adecuado	3	21
Una de cada cinco embarazos y uno de cada diez muertes maternas ocurren en: primíparas, multíparas, adolescentes, todas, ninguna.	10	14
Conocimientos de manejo de parto en libre posición	4	20
Conocimiento de barreras culturales que disminuyen acceso a los servicios de salud.	3	21
Definiciones y terminología en este modelo de atención de parto.	5	19
Se debe devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del MSP.	9	15
Ventajas y desventajas de este tipo de atención de parto.	8	16
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>126</b>

Fuente: Pre test aplicado

Se puede evidenciar que el nivel de conocimiento sobre la atención de parto culturalmente adecuado en el personal de salud es deficiente ya que alcanza un 75% de respuestas incorrectas lo que hace evidente un desconocimiento mayoritario sobre estos temas en la

oferta de los servicios. Tornándose además en un tema de discusión y desacuerdos expresados por los participantes de acuerdo las experiencias vividas y practicas observadas desde su perspectiva y experiencia.

**Cuadro Nº 5.**

Cuestionario de preguntas sobre conocimientos en Interculturalidad en salud después del taller de capacitación.

<b>PREGUNTAS POS TEST</b>	<b>RESPUESTAS CORRECTAS</b>	<b>RESPUESTAS INCORRECTAS</b>
Tiene conocimientos sobre atención del parto culturalmente adecuado	24	0
Una de cada cinco embarazos y uno de cada diez muertes maternas ocurren en: primíparas, multíparas, adolescentes, todas, ninguna.	23	1
Conocimientos de manejo de parto en libre posición	23	1
Conocimiento de barreras culturales que disminuyen acceso a los servicios de salud.	23	1
Definiciones y terminología en este modelo de atención de parto.	22	2
Se debe devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del MSP.	22	2
Ventajas y desventajas de este tipo de atención de parto.	24	0
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>7</b>

Fuente: Pos test aplicado

En este cuadro de respuestas, el nivel de conocimiento del personal de salud del Hospital Básico Pelileo posterior a la capacitación recibida mejora sustancialmente por cuanto se ha logrado fortalecerla comprensión teórica y demostrativa alcanzando el 95.8% de las respuestas correctas, lo que significa que los profesionales de salud están capacitados y conocen las conceptualizaciones, normativas y el modelo de salud culturalmente adecuado cuyo propósito se orienta a enfocar a una complementariedad con el trabajo de los agentes comunitarios de salud.

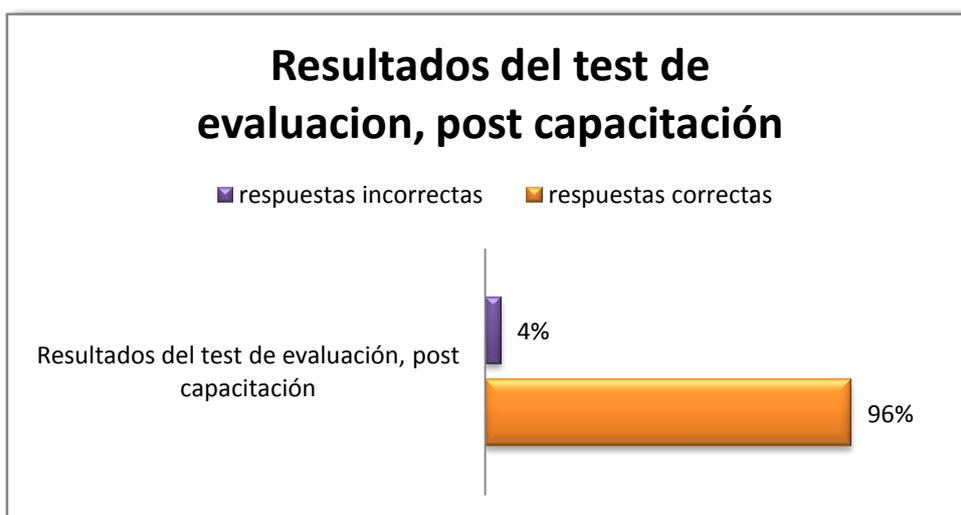
En la fase inicial para implementar este modelo de atención es necesario un compromiso estricto de parte del equipo de salud de la unidad operativa para alcanzar éxito en la implementación de esta estrategia. Por lo general, es el director de la Unidad el responsable directo y quien a futuro liderara la iniciativa con la participación de todo el equipo de salud para un trabajo más efectivo y coordinado.

De toda esta intervención se quedó como compromiso continuar con este proceso de fortalecimiento de conocimientos, aptitudes y actitudes para ofertar a las usuarias de los pueblos indígenas una atención con calidad y calidez.



**Gráfico 3.\_ Resultados del test de evaluación antes del taller de Capacitación.**

Fuente: Formularios del test de evaluación de participantes del taller.



**Gráfico 4.\_ Resultados del test de evaluación después del taller de Capacitación.**

Fuente: Formularios del test de evaluación de participantes del taller.

Personal de salud del Hospital Básico Pelileo posterior a la capacitación recibida mejora sustancialmente por cuanto se ha logrado fortalecerla comprensión teórica y demostrativa alcanzando el 95.8% de las respuestas correctas, lo que significa que los profesionales de salud están capacitados y conocen las conceptualizaciones, normativas y el modelo de salud culturalmente adecuado cuyo propósito se orienta a enfocar a una complementariedad con el trabajo de los agentes comunitarios de salud.

**Taller de socialización de la guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado dirigido al personal de salud del HBP (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008)**

**DIA 1**

<b>HORA</b>	<b>TEMA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
08:00-08:30	Inauguración del taller	Dr. Gustavo Morales
08:30-10:00	Introducción a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia: Análisis de prestaciones.	Dr. Jaime Reimundo
10:00-10:30	RECESO	
10:30-11:30	Salud Intercultural en el MSP	Lcda. Martha Chango
11:30-12:00	Objetivos y Base Legal	Obst. Washington Solís
12:00-13:00	Derechos de las Usuarias	Obst. Washington Solís
13:00-14:00	RECESO	
14:00-16:30	Humanización y adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP)	Dra. Silvia López

**DIA 2**

<b>HORA</b>	<b>TEMA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
08:00-08:30	Registro de asistentes	Dra. Silvia López
08:30-10:00	Ámbito de Acción con la aplicación de la Guía Técnica para la Atención del parto Culturalmente Adecuado	Dra. Silvia López
10:00-10:30	RECESO	
10:30-11:30	Normativa de atención culturalmente adecuado del parto	Lcda. Sandra Martínez
11:30-13:00	Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado	Dra. Silvia López
13:00-14:00	RECESO	
14:00-16:30	Reforzamiento de temática tratada, acuerdos y compromisos.	Dr. Gustavo Morales / Dra. Silvia López

Cabe mencionar que se trata de la implementación de un programa a través de la red (CONE) Cuidado Obstétrico Esencial Neonatal, en coherencia con el Nuevo Modelo de Atención, es un sistema coordinado de prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales en territorio (cantonal) y su capacidad resolutoria (primero y segundo nivel) que incluya a los agentes del sistema tradicional de salud. Tiene como

objetivo central asegurar la atención obstétrica y neonatal a todas las madres y recién nacidos/as que lo requieran (Anexo 3)

Además se establece la Medición y gestión de la calidad (auto-mediciones) de profesionales a través de la aplicación de la LISTA DE CHEQUEO DE ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL (Anexo5)

A través del programa CONE se realiza el Monitoreo Continuo de Calidad Materno Neonatal de manera mensual en el cuál se evalúan cada uno de los indicadores establecidos para mejorar el sistema de atención Hospitalaria, a través de este instrumento se puede identificar las deficiencias en la aplicación de las normas establecidas por el MSP. En el caso de que el indicador sea por debajo del 70% se procede a brindar capacitaciones en los temas necesarios. (Anexo 4

### **Actividad 2.3.**

#### **Entrega de folletos de normativas y metodología del trabajo.**

En coordinación con el Sr Director se realizó las gestiones para dotar a la unidad operativa de los instrumentos normativos inherentes a la implementación de la sala de parto culturalmente adecuado. Dentro de los cuales constan:

- Guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado ( Anexo 1)
- Módulo de Capacitación en Atención Materna Culturalmente Adecuada para el Personal de Salud ( Anexo 2)
- Estándares e indicadores para el Monitoreo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. ( Anexo 4)
- Plan para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado (Anexo 7)

La dotación de estos instrumentos técnicos de trabajo constituye parte de las herramientas indispensables para la implementación y ejecución enfocada a un nuevo modelo de atención en salud materna y neonatal, con el cual no contaba nuestra Casa de Salud.

## **Indicador**

**El 90% de cumplimiento en el Nivel de conocimiento del personal capacitado en la implementación y atención del parto.**

## **Análisis**

El alto número de atenciones de parto a nivel comunitario por parteras tradicionales y el bajo porcentaje de atención de parto a nivel de unidad operativa, se asocia a las barreras culturales, entre los más relevantes han sido el temor o miedo al maltrato a las usuarias, es por ello que se capacita al personal de salud de la Unidad Operativa en la Atención de parto culturalmente adecuado para de esta manera brindar una atención con calidad y calidez y más que nada humanizada

Bajo este concepto se ha capacitado al 92.3% del personal del Hospital Básico Pelileo sobre normas y protocolos de atención de parto culturalmente adecuado con la finalidad de prestar un servicio humanizado con calidad y calidez, como lo demuestra el Resultado 2 de la Matriz de Marco Lógico.

Este porcentaje se logró debido al gran interés provocado por el personal de la Institución, luego de la socialización del presente proyecto. El motivo por el cual no se alcanzó el 100% de cumplimiento fue debido a que el resto del personal se encontraba haciendo uso de su correspondiente mes de vacaciones, los mismos que posteriormente con la ejecución del proyecto se hará la capacitación personalizada

### **Resultado 3**

**Integrar a la capacitación a parteras tradicionales locales para de esta manera mejorar sus técnicas de atención del parto.**

#### **Objetivo general.**

Contribuir a disminuir la mortalidad materna y perinatal en la comunidad mediante la capacitación de las parteras tradicionales

#### **Objetivos específicos.**

1. Elaborar un taller de socialización de técnicas de atención del parto culturalmente adecuado dirigido a parteras de la zona.
2. Contribuir a mejorar el nivel de conocimiento de las parteras con capacitaciones continuas en temas relacionados con problemas de salud prevenibles, asociados al embarazo, parto y puerperio.
3. Detectar precozmente señales de peligro en mujeres gestantes antes, durante y después del parto en la comunidad a través de la intervención de las parteras.

#### **Actividad 3.1.**

**Identificar a las parteras tradicionales de la localidad.**

#### **Metodología**

Se realizó una reunión con el equipo técnico del Hospital Básico Pelileo para establecer la información necesaria para consolidarla en un instrumento de información, destinada para estas personas.

Con el apoyo de Promotor de Salud Intercultural, se realizó el recorrido y visita a las comunidades pertenecientes al área de influencia para la atención en el Hospital Básico Pelileo, esta actividad se cumplió utilizando informantes claves como personal de salud, líderes comunitarios, profesores de las escuelas, madres comunitarias, sobre la existencia y servicio que brindan en las comunidades las parteras tradicionales las edades oscilan entre los 54 años y 64 años de edad, lo que se precisa que son personas con una amplia experiencia

Se realizó visitas domiciliarias en las comunidades, mediante contacto con el personal de las Unidades Operativas que las conocen y realizando un conversatorio con las parteras tradicionales.

Esta actividad se realizó con apoyo técnico del personal del Hospital Básico Pelileo tomando en cuenta algunas experiencias relacionadas con el trabajo conjuntamente con las parteras tradicionales en otras localidades del país y de otros países.

Se logra establecer en consenso por parte del equipo el instrumento de registro de las parteras tradicionales el mismo que se valida con la partera tradicional de la comunidad.

### **Actividad 3.2.**

#### **Socialización del proyecto a las parteras tradicionales de la localidad para formar parte del equipo de atención del parto.**

La socialización se convierte en un puente entre los conocimientos locales y nuevos, que se construyen dentro del contexto de salud enfermedad de la comunidad, y en el que se desarrolla los sistemas sanitario de las familias, para que junto a ellas identificar las barreras y fortalezas en la adopción de los nuevos conocimientos, y se desarrolle un plan de estrategias de acción, para implementar el modelo de parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Pelileo, y de esta manera luchar para disminuir la mortalidad materna y perinatal, con la finalidad de adecuar el servicio de salud para la atención materna de acuerdo a las expectativas de las usuarias, ofreciendo servicios de calidad que respetan las creencias locales e incorporan en la atención sus costumbres alrededor del parto y puerperio.

Con la partera se procede a socializar el proyecto y el aporte que contribuye la UTPL con la formación de profesionales destinados a brindar una atención con pertinencia cultural lo que ocasiona un gran interés en ellas.

### Actividad 3.3.

#### Capacitación sobre normas adecuadas de atención.

Las parteras salvan diariamente muchas vidas al ayudar a las mujeres durante el parto pero es necesario invertir en su capacitación e incentivarlas para que se queden en los lugares donde más se les necesita.

En comunidades indígenas alejadas con niveles de pobreza alarmantes las parteras representan la manera más efectiva y menos costosa de mejorar la salud de madres y recién nacidos.

Para su capacitación se realizó un taller sobre técnicas de atención de parto culturalmente adecuado con temas relevantes para esta temática y que sean de fácil comprender

#### Taller de socialización de técnicas de atención del parto culturalmente adecuado dirigido a parteras de la zona.

HORA	TEMA	RESPONSABLE
08:00-09:30	Señales de Peligro en el Embarazo y Parto	Dr. Jaime Reimundo
09:30-10:30	Señales de Peligro en el Post Parto	Obst. Washington Solís
10:30- 11:00	RECESO	
11:00-11:30	Señales de Peligro en el Recién Nacido	Dra. Silvia López
11:30-12:00	Lactancia Materna	Lcda. Sandra Martínez
12:00-12:30	Nutrición en el Embarazo	Lcda. Amparo Pullutaxi
	RECESO ALMUERZO	

Fuente: Plan de Atención de Parto Culturalmente Adecuado

#### Cuadro N° 6 Nómina Parteras de la Zona

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	EDAD	COMUNIDAD
VIRGINIA MASAQUIZA PATULOMA	PARTERA	53 AÑOS	HUASALATA
JOSEFA CHANGO MASAQUIZA	PARTERA	48 AÑOS	HUASALATA
JOSEFINA MASAQUIZA GUACHINGUILA	PARTERA	76 AÑOS	HUASALATA
JUANA JIMENEZ COMASANTA	PARTERA	65 AÑOS	LLICACAMA

ROSA MASAQUIZA CAIZABANDA	PARTERA	43 AÑOS	LLICACAMA
DOLORES CHILQUINGA	PARTERA	55 AÑOS	RAMOSLOMA
GLORIA CHILQUINGA PILLA	PARTERA	48 AÑOS	RAMOSLOMA

Fuente: Registro de parteras de la DPST

### **Coordinación entre el sistema de salud y las parteras tradicionales**

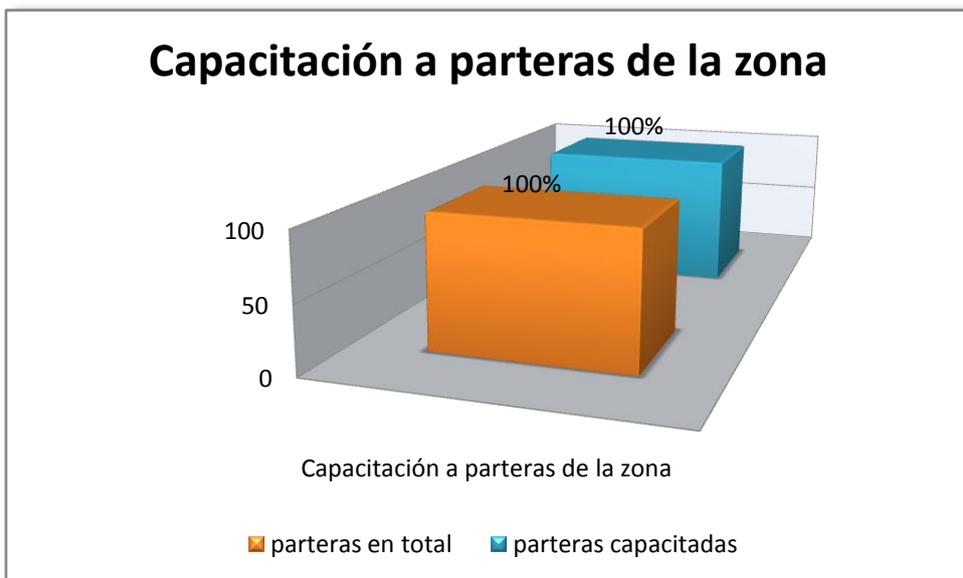
- La partera que asiste al curso estará registrada en el Hospital Básico Pelileo
- Podrá trabajar en estrecha relación con las instituciones de salud del sector.
- La partera capacitada se limitará a prestar sus servicios en los partos normales de urgencia.
- Referirá a toda mujer embarazada al Hospital Básico Pelileo para el control del embarazo.
- Procurará que la madre y el recién nacido acudan a más tardar a la semana después del parto al Hospital Básico Pelileo.
- Mantendrá el equipo y material de trabajo en condiciones de perfecta higiene de acuerdo a instrucciones recibidas.
- Procurará que los padres inscriban al niño en el Registro Civil.
- Podrá hacerse los exámenes correspondientes y recibir un certificado de buena salud, renovable anualmente, de forma gratuita.
- Recibirá papelería para la referencia de madres y niños a los servicios de salud y para informar sobre la atención del parto.
- Recibirá apoyo, asesoría, supervisión, seguimiento y entrega de algún material de reposición periódica (gasas estériles, gillette)

Para incrementar el acceso al programa de la Red CONE el presente proyecto vinculó a 7 parteras tradicionales de las existentes en el Cantón. Las parteras se reúnen mensualmente con el personal del Hospital Básico Pelileo, para visualizar falencias y logros, vigilar el cumplimiento de los indicadores de la calidad de atención ya que están incluidas en el

equipo de mejora de calidad, constituido por Médicos, Enfermeras, Estadístico del HBP, quienes auditan las Historias Clínicas sobre las atenciones realizadas durante el mes.

Y en lo referente al desempeño de las parteras se evaluará mensualmente el nivel de conocimiento acerca del reconocimiento de los signos de peligro para la madre, recién nacido y promover referencias a través de su formulario establecido en el presente proyecto. (Anexo 6)

De detectar dificultades en los temas capacitados se retomará nuevos entrenamientos de acuerdo a la temática que necesita refuerzo de aprendizaje.



**Gráfico 5.\_ Capacitación a Parteras de la zona**

Fuente: Lista de asistencia parteras

Se ha capacitado al 100% de las parteras logrando Integrarlas al equipo de salud mejorando sus técnicas de atención del parto asegurando el bienestar de las madres y los niños que serán atendidas en áreas relacionadas a la atención cultural

Se debe mencionar que se realizó la capacitación al 100% de parteras tradicionales predispuestas a formar parte del equipo de atención de parto, el 08 de julio del presente año.

## **Indicador**

El 100% de parteras tradicionales predispuestas a formar parte del equipo de atención de parto

## **Análisis**

Se ha capacitado al 100% de las parteras logrando Integrarlas al equipo de salud mejorando sus técnicas de atención del parto asegurando el bienestar de las madres y los niños que serán atendidas en áreas relacionadas a la atención cultural, como lo demuestra el Resultado 3 de la Matriz de Marco Lógico.

La partera Tradicional capacitada es un fortalecimiento en la identificación de riesgos de tal manera que sean capaces de:

- Identificar señales de Peligro más frecuentes antes, durante y después del Parto y referir a las mujeres en forma oportuna.
- Brindar los primeros auxilios a mujeres con riesgos obstétricos en sus comunidades.
- Dar una atención del parto culturalmente adecuado, atención inmediata y oportuna al recién nacido normal.
- Participación social para el traslado de pacientes en caso de que se presente una complicación obstétrica
- 

## **Propósito del proyecto**

Atención del parto culturalmente adecuado implementado en el Hospital Básico Pelileo.

## **Fin del proyecto**

Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la mujer y su consecuente disminución de la morbi-mortalidad materna-neonatal generada por el parto en domicilio.

## **Análisis**

La salud es un derecho y como tal, se constituye en ámbito esencial de la protección social y en requerimiento sustantivo para implementar en el país un estado de bienestar, el desarrollo de capacidades y un conjunto de beneficios destinados a mejorar sus condiciones y calidad de vida, por lo que es evidente que es una necesidad imperiosa el hecho de

integrarse con la comunidad, trabajar mancomunadamente con ellos , establecer interrelaciones que incrementarán las atenciones institucionalizadas y las condiciones de salud en particular, entre madres y sus hijos, su participación conjunta con los profesionales de salud, su entendimiento, se consideran para brindar soluciones integradas a los problemas de la comunidad, para conseguir los objetivos establecidos.

El presente proyecto se ejecutó con el objetivo de implementar la sala de parto culturalmente adecuado un servicio cuya finalidad es la accesibilidad a la atención sanitaria de calidad sobre todo por la discriminación de género, etnia, y cultura, puesto que los servicios de salud no satisfacen sus necesidades ni expectativas mejorando la salud materna y neonatal.

Finalizado el presente proyecto es evidente determinar que la perseverancia, el entendimiento, la comprensión y el respeto hacia la diversidad cultural abre caminos de interrelación y diálogos entre las autoridades sanitarias para poner en marcha las políticas públicas en beneficio de las necesidades de las mujeres indígenas, todo esto sumado al trabajo en equipo como fortaleza para lograr este propósito ,con la finalidad de adecuar el servicio de salud para la atención materna de acuerdo a las expectativas de las usuarias, ofreciendo servicios de calidad que respetan las creencias locales e incorporan en la atención sus costumbres alrededor del parto y puerperio.

Alcanzando este propósito el de implementar la sala de parto culturalmente adecuado en el Hospital Básico Pelileo, se ha contribuido a reducir la mortalidad materna neonatal, ya que hasta la presente fecha no se cuenta con muertes maternas ni neonatales en nuestra zona lo que confirma que, con el desarrollo oportuno de este proceso, garantiza la detección y captación temprana de signos de peligro en las gestantes, por lo que se hace obligatorio establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el embarazo, parto y puerperio garantizando la calidad de vida en estas poblaciones tan vulnerables.

Para que exista un acceso adecuado a los servicios de salud es necesario disponer de recursos humanos competentes, así como equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para proporcionar cuidados obstétricos esenciales. Esto incluye contar con el presupuesto adecuado, un sistema logístico óptimo, un enorme esfuerzo de capacitación y actualización, las mujeres y sus familiares deben estar debidamente informadas sobre cuándo y dónde deben buscar ayuda profesional.

## **5. CONCLUSIONES**

1. Se contribuyó al mejoramiento del estado de salud de la mujer y su consecuente disminución de la morbi-mortalidad materna-neonatal generada por el parto en domicilio, registrándose hasta el momento 0 muertes maternas a nivel del Área a partir de la implementación del programa.
2. Se brinda actualmente atención de parto culturalmente adecuado ya que se ha implementado el mismo en el Hospital Básico Pelileo.
3. Se ha gestionado el espacio y adquisición de los implementos necesarios para la adecuación del parto por intermedio del Hospital Básico Pelileo en el Ministerio de Salud Pública.
4. Se ha conseguido el 74.07% en la implementación de la sala de parto culturalmente adecuado, y el 25.53% restante se obtendrá en el transcurso del mes de noviembre del presente año, creando así un espacio de seguridad y acogida donde intervienen la familia, la partera y el equipo de salud, al interior del Hospital Básico Pelileo, mediante la capacitación al personal con el fin de humanizar el parto
5. Se ha capacitado al 92.3 % del personal del Hospital Básico Pelileo sobre normas y protocolos de atención de parto culturalmente adecuado con la finalidad de prestar un servicio humanizado con calidad y calidez.
6. Se ha capacitado al 100% de las parteras logrando Integrarlas al equipo de salud mejorando sus técnicas de atención del parto asegurando el bienestar de las madres y los niños que serán atendidas en áreas relacionadas a la atención cultural
7. El Proyecto tuvo como representante principal la comunidad su involucramiento en un proceso de transformación, donde son escuchados sus necesidades y miedos, brindando atención de salud considerando la situación socio- cultural, a parte se incrementa el grado de desarrollo y garantía de los derechos de la sociedad.
8. Se contribuyó a mejorar las relaciones entre los profesionales de salud y la comunidad con la finalidad de optimizar la oferta de servicios con una alternativa con enfoque intercultural.
9. Se brindó conocimientos y sensibilizó tanto a profesionales de salud, como a las parteras de la localidad a través de las capacitaciones realizadas para de esta manera realizar un manejo adecuado de normas y protocolos de atención culturalmente adecuados.

10. Se comprendió y entendió a las usuarias sobre la oferta de una nueva forma de atender el parto, lo que causó gran impacto y sorpresa ya que constituye un derecho que siempre anhelaron por sus condiciones culturales.
11. Mediante esta implementación se obtiene otra alternativa para responder adecuadamente contra los riesgos que tiene el embarazo y prevenir sus consecuencias, con ello mejoramos la capacidad de solución de los problemas de salud en la comunidad en especial en la salud de la mujer gestante
12. La captación de parteras tiene como propósito mejorar sus técnicas de atención, ofreciendo a las mujeres embarazadas la posibilidad de orientación educativa y destacar la responsabilidad de sus familiares desde el punto de vista de su participación efectiva en el desarrollo de un embarazo y parto normales.
13. Esta estrategia nos permitirá cumplir con los objetivos del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y del Plan Nacional del Buen Vivir, ya que se promueve la participación y el consentimiento informado de las usuarias en todos los procesos de atención médica Institucional , mejorando la calidad y calidez.

## **6. RECOMENDACIONES**

1. Mantener el espacio implementado para de esta manera seguir contribuyendo al mejoramiento del estado de salud de la mujer y su consecuente disminución de la morbi-mortalidad materna-neonatal generada por el parto en domicilio.
2. Con la finalidad de seguir brindando una atención de parto culturalmente adecuada se recomienda realizar requisiciones continuas de material que se deterioran o extravían, determinando como indicador el porcentaje de insumos esenciales de atención materna y neonatal.
3. Será necesario que este proyecto sea asignado como parte de la evaluación del Comité de Mejoramiento Continuo de la Calidad Materno- Neonatal del Área.
4. Que se considere presupuesto en el Plan Operativo Anual para la adquisición y mantenimiento de los equipos e insumos necesarios para implementar al 100% esta área de atención.
5. Mantener la capacitación permanente al personal del HBP y a las parteras de la zona, debiendo ser tomado este tema como una prioridad por el Ministerio de Salud Pública el incluir a estas personas en los equipos de atención de partos hospitalarios, implementando este espacio en los demás centros obstétricos de la provincia, si deseamos contribuir a la disminución de la tasa de morbi-mortalidad materna.
6. Impulsar campañas de promoción del servicio por parte del Ministerio de Salud, Dirección Provincial de Salud y a nivel local, para crear más confianza en las usuarias que acuden al servicio.
7. Retomar las visitas domiciliarias que se realizaban con los equipos de atención integral de cada comunidad, para realizar el seguimiento de las pacientes de puerperio y determinar posibles complicaciones, considerando la dificultad que tienen estas personas para acceder a los servicios de salud manteniendo una vida digna y segura.
8. El establecimiento de salud debe organizar la referencia y contra-referencia para la continuidad y oportunidad de la atención en caso de complicaciones durante la atención del parto vertical, de acuerdo a las normas vigentes y a lo establecido en el nivel local para la red de servicios.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

AbyaYala. (julio de 2011). *Grupos de Estudios de Etnología Americana*. Recuperado el Agosto de 2012, de <http://www.etnologiamericana.org/view/download/1-176%20salud%20e%20inter.pdf>

Bretín. (Octubre de 2012). *comatrona.es*. Recuperado el Agosto de 2012, de [http://www.comatronas.es/contenidos/textos/Humanizacion\\_del\\_parto.pdf](http://www.comatronas.es/contenidos/textos/Humanizacion_del_parto.pdf)

Cubero. (Junio de 2011). *Universidad Técnica de Ambato*. Recuperado el Agosto de 2012, de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/930/3151-Cubero%20Tamara.pdf?sequence=1>

DGPLADES. (s.f.). *Dirección General de Planeación y Desarrollo de Salud*. Recuperado el Agosto de 2012, de [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/5enfoque\\_inter.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/5enfoque_inter.pdf)

HBP/DPST. (2012). *Estadísticas, Misión y Visión Institucional*. Pelileo.

Ibañez. (Noviembre de 2012). *interculturalidad.org*. Recuperado el Agosto de 2012, de [http://interculturalidad.org/numero05/docs/0210-Creencia\\_embarazo\\_parto\\_comunidadnativa\\_Awajun-Wampis-Medina-Mayca.pdf](http://interculturalidad.org/numero05/docs/0210-Creencia_embarazo_parto_comunidadnativa_Awajun-Wampis-Medina-Mayca.pdf)

Lodeiro. (2010). *Hacia un modelo social del parto*. La Paz: Ed. Ilca.

Maternidad\_Hospital\_Iquique. (2010). *crece contigo*. Recuperado el Agosto de 2012, de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/12/Sistematización-Parto-Humanizado-en-Población-Aymarará1.pdf>

MSP. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito: [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec).

MSP. (2011). *maternoinfantil*. Recuperado el 9 de Agosto de 2013, de [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D230.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D230.pdf)

MSP. (2010). *salud.gob.ec*. Recuperado el 9 de Agosto de 2013, de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/A.1EstatutoOrganico.pdf>

MSP. (2011). *salud.gob.ec*. Recuperado el 10 de Octubre de 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos82/administracion-servicios-salud/administracion-servicios-salud.shtml>

MSP. (2012). *Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública y Complementaria*. Quito.

MSP/CONASA. (julio de 2008). *Dirección Nacional de Normatización*. Recuperado el Agosto de 2012, de <http://es.scribd.com/doc/44329240/Ministerio-de-Salud-Publica-Del-Ecuador>

MSP/CONASA. (julio de 2012). *Dirección Nacional de Normatización*. Recuperado el Agosto de 2012, de <http://es.scribd.com/doc/44329240/Ministerio-de-Salud-Publica-Del-Ecuador>

Proaño, C. (2009). *Ilustre Municipalidad de Pelileo*. Recuperado el 15 de Febrero de 2012, de [http://www.pelileo.gob.ec/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&download=93:plangmoreno&id=19:planes-de-desarrollo-local&Itemid=101](http://www.pelileo.gob.ec/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=93:plangmoreno&id=19:planes-de-desarrollo-local&Itemid=101)

SOLER, P. M. (2008). <http://its.uvm.edu/>. Recuperado el 6 de Junio de 2013, de <http://its.uvm.edu/Vertical%20Birth/Norma%20T%C3%A9cnica%20del%20Parto%20-%20ESPA%C3%91OL.pdf>

Vivanco. (2011). *Revista Educa*. Recuperado el Agosto de 2012, de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/32/44>

## **8. ANEXOS**

## **1.- Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado**

# Guía Técnica Para la Atención del Parto Culturalmente adecuado



Ministerio de Salud Pública



Proceso de Normatización de SNS

Sub-comisión de Prestaciones del SNS

Componente Normativo Materno Neonatal

Sub proceso de salud Intercultural

Agosto del 2008

## 2.-Presentación de la Capacitación dirigida al personal del HBP



Ministerio de Salud Pública

***GUIA TECNICA PARA LA ATENCION  
DEL PARTO CULTURALMENTE  
ADECUADO EN EL HBP***

***Dra. Silvia López***



Ministerio de Salud Pública

**ACUERDO MINISTERIAL 000000474  
20 AGOSTO DEL 2008**

ART 1. Declara al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud.

ART 2. Aprueba y autoriza la publicación del PRMMN y los capítulos normativos

- Normas y Protocolos de Atención Materna, Neonatal
- Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de atención materno - neonatal
- Guía Técnica para la atención del Parto culturalmente adecuado

## ROL DEL MSP

En su función rectora de conducir, regular y promover intervenciones asistenciales de calidad, proporciona al personal de las unidades operativas, un instrumento técnico y normativo que permita mejorar la atención del parto y posparto de la mujer embarazada y del recién nacido; así como también resolver los riesgos y patologías que podrían presentarse durante este período, adaptando los servicios a sus costumbres y tradiciones culturales.

## Introducción.

- Esta guía incorpora un enfoque integral, humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal, el mismo que contempla procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas y afroecuatorianas donde las barreras de acceso elevan los índices de morbi-mortalidad materno infantil.

## OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la calidad de atención de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, regional y local, adecuando los servicios de salud a la diversidad cultural de la población, de manera que se pueda incidir en la disminución de los índices de mortalidad materna y neonatal.

## ADECUACION CULTURAL EN SALUD MATERNA – NEONATAL.

1. Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud (Episiotomía, rasura del pubis, enemas, baño) de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales
2. Adaptar los procesos técnicos de la intervención en salud a las concepciones, actitudes y prácticas de las comunidades diversas, de modo que las atenciones brindadas sean más familiares a sus costumbres y tradiciones propias.
3. De esta manera en el usuario y usuaria se genera un clima de confianza al verse reflejado e identificado en los distintos procedimientos de las prestaciones y en los mismos servicios de salud a los cuales acude

## ELEMENTOS CULTURALES



## ACOMPANAMIENTO

ACOMPANAMIENTO DE LA PAREJA, FAMILIAR, PARTERA DURANTE EL PROCESO DE PARTO Y POST PARTO



## POSICION



## POSICION





## CONSUMO DE AGUAS MEDICINALES Y ALIMENTOS TRADICIONALES



## VESTIMENTA DE ACUERDO A LA REALIDAD LOCAL



## PROTOCOS DE ATENCION



## ATENCION DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO.

- Adecuación del área física para la atención del parto
  1. Espacio físico adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad
  2. El área física debe evitar el color blanco o muy claro en las paredes y sábanas
  3. Permitir el libre movimiento de la embarazada
  4. Disponer de un espacio para calentar aguas medicinales
  5. Debe disponer una ropa cómoda y caliente para la embarazada, familiares o partera y equipo médico que asistirá en la atención
  6. Debe existir una colchoneta y paños estériles de diferentes colores para ser usada de requerirse en la fase activa de la dilatación



## LABOR DE PARTO.

1. El partograma debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la HCL perinatal hasta el momento del parto
2. En la parte inferior del partograma realice el primer control y registre:
  - ◆ Tensión Arterial; Actividad Uterina; Frecuencia cardiaca fetal



## PERIODO EXPULSIVO.

- Permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé mayor fuerza para la expulsión del feto, es decir que el personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.
- Interactúe con los familiares o la partera capacitada
- Brinde apoyo emocional continuo y tranquilice a la paciente.
- Verifique que el área donde se atenderá el parto cuente con:
  1. Calefacción, camilla o silla adecuada para el parto vertical
  2. Soporte o soga debidamente asegurada
  3. Instrumental estéril y materiales necesarios
- No realice episiotomía rutinaria
- Consultar el tamaño del corte del cordón umbilical según la costumbre de la localidad
- Pince el cordón umbilical cuando haya dejado de latir
- Permitir el corte del cordón por el acompañante



## ALUMBRAMIENTO

- Entrega de la placenta al familiar o a la partera si lo requiere
- Examine la placenta conjuntamente con la partera
- Aseo perineal con agua tibia medicinal
- Permitir las prácticas tradicionales e inofensivas por los acompañantes sobre la madre y el bebé



## PUERPERIO

- Permitir que la mujer sea fajada
- Permitir que los familiares ingresen con los alimentos y aguas medicinales de acuerdo a las costumbres de la comunidad

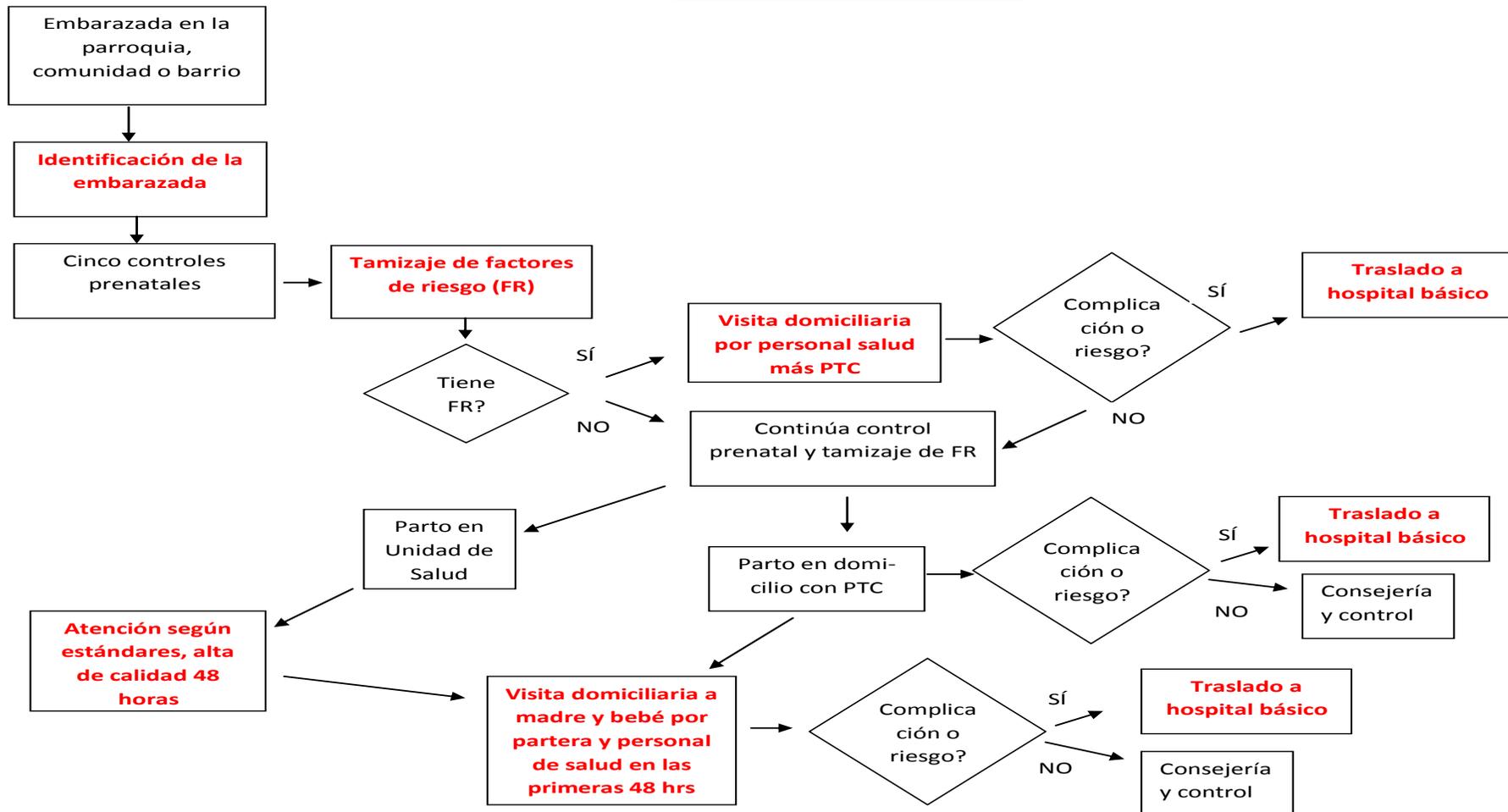


# GRACIAS



### ANEXO 3.- RED CONE (CUIDADO OBSTÉTRICO NEONATAL ESENCIAL)

#### FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA Y PARTO INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO EN EL MODELO REDES CONE



**ANEXO 4.- MATRIZ DE REPORTE DEL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO PERI-NEONATAL**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL  
ECUADOR**

**MATRIZ DE REPORTE DEL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO PERI-NEONATAL**

Provincia:			TUNGURAHUA			Cañón:			PELILEO			Area de Salud:			AREA 5 PELILEO- PATATE			Unidad Operativa:			HOSPITAL BASICO PELILEO			Año: 2013																
Número de Embarazadas Asignadas al Área de Salud para el año:												1795			Responsable:			Comité de Mejoramiento continuo de Calidad Area 5																						
Proceso	Estándar	Indicador	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre			Diciembre				
			N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%		
Estándar de entrada para la AMI y RN	1	% Insumos esenciales atención Materna y RN.	183	212	86							181	212	85							188	212	89							186	212	88								
C.P.	2	% Control prenatal atendido según norma.	11	30	37	23	70	21	30	70	21	30	70	23	70	33	15	30	50	21	30	70	22	30	73	23	30	77	27	30	90			#			#			
Atención del Parto	3A	% Partos con partograma graficado y con control.	17	18	94	19	90	19	20	95	14	14	86	28	29	97	24	24	100	27	28	96	31	32	97	28	30	93	28	30	93			#			#			
	3B	% partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma.	18	18	100	21	100	20	20	100	14	14	93	29	29	100	25	25	100	27	27	100	31	32	97	29	30	97	28	30	93			#			#			
	4	% Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).	17	18	94	30	100	25	26	96	23	23	100	30	30	100	26	26	100	27	27	100	32	32	100	30	30	100	30	30	100			#			#			
P-P	5	% de post partos con control según la norma	21	21	100	28	93	24	26	92	23	23	91	30	28	93	29	30	97	26	26	96	27	30	90	32	32	94	28	30	93	27	30	90			#			#
R.N	6	% de RN en los que se realizó actividades de la norma.	22	30	73	25	83	27	30	90	25	30	83	30	27	90	12	13	92	26	27	96	29	32	91	28	30	93	27	30	90			#			#			
Atención Profesional	7A	% partos atendidos por médico/a u obstetras.	30	30	100	25	83	28	30	93	29	30	97	30	27	90	12	13	92	26	27	96	31	32	97	30	30	100	30	30	100			#			#			





## ANEXO 5.-

### LISTA DE CHEQUEO DE ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO HBP.

	PRUEBA ENTRADA <input type="checkbox"/> SALIDA <input type="checkbox"/>			
	PASANTE:			
	FECHA:			
	PROCEDIMIENTO: PARTO VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL			
<b>PASOS</b>	<b>PERIODO DE DILATACION</b>	<b>N</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
1	Recibe a la gestante con empatía y calidez, favorece la participación del acompañante			
2	Revisa la Historia Clínica y el plan de parto, verifica patologías y/o signos de alarma de la gestación			
3	Elabora la Historia Clínica			
4	Facilita el uso de procedimientos naturales y la deambulaci3n			
5	Permite al acompa1amiento de la pareja durante la deambulaci3n			
6	Solicita la presencia del acompa1ante cuando la gestante se desplaza			
7	Explica a la gestante la necesidad de realizar el tacto vaginal			
8	Pide a la gestante que se recueste y procede con el tacto vaginal			
9	Realiza el tacto manteniendo los dedos exploratorios protegidos			
10	Respeto la intimidad de la madre			
11	Realiza el menor n1mero de tactos posibles			
12	Realiza los procedimientos de rutina y elabora el partograma			
13	Monitorea y controla el bienestar fetal, escuchando los latidos fetales en posici3n vertical			
14	Permite la ingesta de alimentos ligeros y l1quidos			
15	Informa a la gestante sobre m1todos para aliviar el dolor (beneficios - riesgos)			
16	Cumple las acciones de bioseguridad e higiene antes y despu3s de cada examen			
17	Frente a complicaciones, act1a de acuerdo a gu1as vigentes			
18	Brinda seguridad y apoyo emocional a la gestante a trav3s de trato cordial y respetuoso			
19	Respeto costumbres, creencias de la gestante y su pareja			
<b>PASOS</b>	<b>PERIODO EXPULSIVO</b>	<b>N</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
20	Verifica condiciones de higiene y limpieza en la sala de partos			
21	Verifica la esterilizaci3n del material para la atenci3n del parto, evita la contaminaci3n			
22	Prepara el equipo y medicamentos b1sicos para la atenci3n del parto vertical			
23	Explica a la gestante los procedimientos a desarrollar y la anima a preguntar			
24	Permite que la gestante adopte la posici3n deseada, brind1ndole seguridad			
25	Registra la frecuencia cardiaca fetal en posici3n vertical durante el expulsivo			
26	Se lava las manos antes de colocarse los guantes est3riles			
27	Verifica adecuadamente el inicio del per1odo expulsivo			
28	Con el permiso de la paciente, realiza higiene perineal con agua tibia o hierbas			
29	Coloca a la gestante botas de tela			
30	Realiza la protecci3n perineal, de acuerdo a la modalidad en que se atiende			
31	Verifica que la colchoneta o superficie sobre la cual ocurrir1 el parto est3 cubierta con campos est3riles			
32	Permite que la gestante cambie de posici3n, ubic1ndose en la que favorece mayor fuerza para el expulsivo			
33	Resuelve las situaciones de riesgo o emergencias de acuerdo a gu1as			
34	Verifica la presencia de campos tibios para la recepci3n del reci3n nacido (RN)			
35	Eval1a la condici3n del RN, secado inmediato, pinzamiento del cord3n y apego a lactancia materna precoz			
36	Estimula el contacto temprano piel a piel entre madre y RN			
<b>PASOS</b>	<b>ALUMBRAMIENTO</b>	<b>N</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
37	Asegura que la temperatura ambiental este a 24 grados cent1grados o mas			
38	Realiza el alumbramiento dirigido (activo): aplica 10 UI de oxitocina IM inmediatamente salido el beb3			
39	Se da atenci3n al RN seg1n gu1a de atenci3n			
40	Se coloca a la parturienta en posici3n horizontal o vertical para el alumbramiento seg1n su preferencia			
41	Previa explicaci3n, se aplica t3cnica de tracci3n y contracci3n asegurando extracci3n completa de placenta			
42	Expulsada la placenta, la examina con cuidado y verifica la expuls3n completa (cotiledones, membranas)			

43	Examina el periné evaluando presencia de desgarros y/ laceraciones			
44	Pasa a puerperio inmediato y examina a la puérpera			
45	Inicia el monitoreo cada 15 minutos por 2 horas. Toma funciones vitales, monitorea contracciones y sangrado			
46	Revisa la HC e identifica factores de riesgo de potenciales complicaciones			
47	Respetar y facilita las creencias culturales (fajado, vincha o ingesta e mates oxitócicos)			
48	Permite la entrega e la placenta a familiares, cumpliendo normas de bioseguridad			
49	Facilita el alojamiento conjunto, la lactancia materna,			
50	Controla funciones vitales, contracciones y explica importancia de automasaje uterino			
<b>N = No lo hizo    I = Lo hizo Incorrecto    C = Lo hizo correcto</b>				

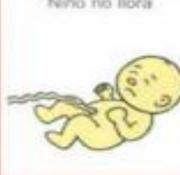
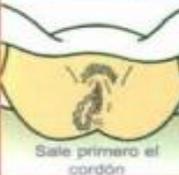
**ANEXO 6.- HOJA DE REFERENCIA DE LA PARTERA TRADICIONAL AL SERVICIO DE SALUD**

**HOJA DE REFERENCIA DE LA PARTERA TRADICIONAL AL SERVICIO DE SALUD**

Nombre y apellido de la Madre: \_\_\_\_\_

Caserío o distrito y provincia donde vive: \_\_\_\_\_

Servicio de salud al que enviamos a la madre: \_\_\_\_\_

E M B A R A Z O				P A R T O		POS - PARTO	B E B E	
 Falta vacuna antitetánica	 Gestante con muchos hijos	 Gestante muy joven	 El bebe no se mueve	 Parto normal	 Parto que se demora	 Placenta incompleta	 Niño sano para control	 Niño no llora
 Sangrado por sus partes	 Dolor de cabeza	 Pierde líquido por sus partes	 El bebe no se mueve	 Mucho sangrado	 Sale primero el cordón	 Placenta no sale	 Niño muy flaquito y chiquito	 Niño no lacta
 Fiebre o calentaduras	 Vómitos excesivos	 Pies y manos muy hinchados	 Dolor antes de la fecha	 Sale primero la mano	 Sale primero el pie	 Mucho sangrado	 Niño no respira bien	 Bebé muerto

SI ES UN PARTO QUE DEMORA :  
 Fecha del parto: \_\_\_\_\_  
 Hora desde que asoma la cabezita : \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_  
 DE LA PARTERA : \_\_\_\_\_  
 FECHA : \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

ANEXO 7.-

**CONTROL DE ASISTENCIA (CAPACITACIÓN DE LAS GUÍAS TÉCNICAS DE ATENCIÓN DE PARTO CULTURALMENTE ADECUADO DIRIGIDO A PERSONAL DEL HBP.**

Atención de Parto Culturalmente Adecuado.

DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA  
ÁREA DE SALUD No. 5 PELILLO PATATE

DEPARTAMENTO DE PERSONAL  
CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE: Capacitación Guía Técnica ÁREA OPERATIVA: HOSPITAL BASICO PELILLO  
MÉS: Jueves 09/05/2013 AÑO: 2013

CÓDIGO	MANANA				TARDE			
	ENTRADA	HORA	SALIDA	IDENTIFICACION	HORA	SALIDA	IDENTIFICACION	
1	Monilo Vela		H B Patate	1801476415				
2	Luis Sanchez		H B Patate	180116730-3				
3	Gabriela Tubón		C S Patate	180493189-5				
4	Lic. Lugio Cochogo		SCS Benitez	171743285-7				
5	Lic. Verónica Benítez		SCS Sigualo	190051979-2				
6	Domelo Cruz		PO Teligste	11602721-2				
7	Rosa Zurita		PS. Altezón	172019712-6				
8	Juan L. Velastegui		H.B. Pelillo	1803279809				
9	Dra. Yvonne Salcedo		SCS COTAZO	180281594-2				
10	Obst. Placido Pérez		SCS Huambulo	1802432854				
11	Floreza Zurita		SCS Chigochin	180229694-5				
12	Dra. Maria José Campoverde		SCSSCOBE	010437988-8				
13	Pamela Bonilla		H.B.P.	170361859-3				
14	Dra. Jenny Gabriela		SCS Boliver	010587377-4				
15	Lic. Sandra Marín		H.B.P.	170752882-2				
16	Lic. Duglas Pulcifer		H.B.P.	1802125664				
17	Md. Luis Morales		H.B.P.	180432518-9				
18	Md. Darwin Ramos		HBP	180420224-8				
19	Ceilas Fonseca		H.B.P.	180275524-9				
20	Dra. Ruth Guzmán		H.B.P.	18026311148				
21	Dra. Ricardina Muñoz		HBP	1720084605				
22	Dra. Sorys Román		HBP	1104090211				
23	Dra. MARGARITA PAZMIÑO		H.B.P.	06-0085435-6				
24	Md. Romas Diana		H.B.P.	180388828-6				

**ANEXO 8.-**

**CONTROL DE ASISTENCIA (CAPACITACIÓN A PARTERAS DE LA ZONA)**

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA  
 ÁREA DE SALUD NO. 5 PELILEO PATATE

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

CONTROL DE ASISTENCIA

Taller de Socialización de Técnicas de Atención del Parto Culturalmente Adecuado (Parteros Zona).

NOMBRE: Técnicas de Atención del Parto Culturalmente Adecuado (Parteros Zona)  
 UNIDAD OPERATIVA: \_\_\_\_\_  
 MES: 08 / julio AÑO: 2013

	MANANA				TARDE			
	HORA	ENTRADA	HORA	SALIDA	HORA	ENTRADA	HORA	SALIDA
1								
2		Virginia Masquiza		Huacalata				
3		Josefa Changas		Huacalata				
4		Josefina Masquiza		Huacalata				
5		Juan Luis Huacama						
6		Perez Masquiza		Micacama				
7		Delores Chiriquiz		Ronsfener				
8		Jorge Chiriquiz		Ronsfener				
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

## ANEXO 9.- ACTA ENTREGA – RECEPCIÓN DE IMPLEMENTACIÓN.



DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD No18D04

### ACTA ENTREGA RECEPCIÓN DE IMPLEMENTOS NECESARIOS PARA LA ADECUACIÓN DE LA SALA DE PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL BÁSICO PELILEO.

En la ciudad de Pelileo a los veinte y tres días del mes de agosto del año 2013, previa autorización del Sr Director Dr. Gustavo Morales se procede a realizar la entrega de los equipos detallados.wen el cuadro adjunto.

Equipos, insumos y materiales	Nº
Equipo completo de atención de parto	10
Catgut	20
Tensiómetro	1
Estetoscopio	1
Equipo de recepción y reanimación neonatal	1
Balanza pediátrica	1
Lámpara de cuello de ganso	1
Soporte para suero	2
sillas	2
Taburete	1
Cama	1
Argolla de metal instalado en el techo	2
colchoneta	1
Campos para la colchoneta	5
Fundas de agua caliente	2
Botas o medias de tela	20
Campos para la recepción del recién nacido	5
Batas o ropa adecuada de algodón para la parturienta	10
Recipientes de corto punzantes	2
Incubadora	4

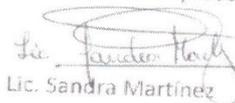
Para constancia de lo anotado anteriormente firman el presente documento en original y dos copias del mismo contenido, las personas que han intervenido en la presente diligencia.



Dr. Gustavo Morales

DIRECTOR DISTRITAL 18D04





Lic. Sandra Martínez

COORDINADORA ENFERMERÍA



Av. Juan de Velasco y Antonio Ricaurte  
Teléfono fax 2890761 T.M. 136

Web: [www.dpst.gob.ec](http://www.dpst.gob.ec) mail: [area.salud.5@gmail.com](mailto:area.salud.5@gmail.com)

**ANEXO 10.- FOTOGRAFÍAS.**



