



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA ADMINISTRATIVA

TITULO DE MAGISTER EN GESTIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

Incidencia de la institucionalización del modelo de salud
reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de
Otavalo, implementación de sala de parto culturalmente adecuada del
2008 al 2013

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Corrales Arango, Liliana Cecilia

DIRECTOR: Struve Alarcón, Gustavo Lenin, Ms

CENTRO UNIVERSITARIO IBARRA

2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Gustavo Lenin Struve Alarcón.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: “ Incidencia de la institucionalización del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo, implementación de sala de parto culturalmente adecuada del 2008 al 2013” realizado por Corrales Arango Liliana Cecilia, ha sido orientado y revisado durante su ejecución por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, julio de 2015

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Corrales Arango Liliana Cecilia declaro ser autora del presente trabajo de titulación Incidencia de la institucionalización del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo, implementación de sala de parto culturalmente adecuada del 2008 al 2013 de la Titulación Maestría en Gestión y Desarrollo Social, siendo Gustavo Lenin Struve Alarcon director 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.88 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 o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autora: Corrales Arango, Liliana Cecilia

Cédula: 1001897931

DEDICATORIA

A Dios por permitirme el don de la vida durante estos años, mismos que han sido de grandes retos, complicaciones, esfuerzos y aciertos a la vez.

A mis padres que son el pilar fundamental en mi vida, quienes siempre han sido una fuente inagotable de sabiduría, animándome para continuar aprendiendo, y sobre todo para crecer cada día como ser humano.

A mis hermanos Fabián y Andrés por todo el amor y cariño que me han dado constantemente y brindarme su apoyo incondicional.

A mis sobrinos, Ivette y Luis Andrés porque llenan de alegría cada día de mi vida.

Liliana Corrales Arango

AGRADECIMIENTO

A Dios porque sin su compañía nada de estos hubiese sido posible.

A la Universidad Técnica Particular de Loja institución que goza de reconocimiento a nivel nacional por la formación de profesionales idóneos para la sociedad, por permitirme ser parte de ella y poder estudiar la Maestría en Gestión y Desarrollo Social.

Al Magister Gustavo Struve Director de Tesis quien con su ayuda y conocimiento me ha guiado durante el desarrollo de la tesis.

Al Hospital San Luis de Otavalo, que me abrió las puertas para llevar a cabo esta investigación y a todo el personal de la sala de partos culturalmente adecuada, quienes me proporcionaron la información necesaria.

Liliana Corrales Arango

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARATULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I.....	6
CONDICIONES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ECUADOR	6
1.1 Contexto económico y social del sector salud	7
1.2 Transformación Política del Estado, el Sumak kawsay y su impacto en la salud	10
1.3 Marco legal de la salud en el Ecuador	12
1.3.1 La Constitución de la República del Ecuador.	12
1.3.2 El Plan Nacional para el buen vivir.	13
1.3.3 Los Objetivos del Milenio.	15
1.3.4 Ley Orgánica de la Salud.....	15
1.3.5 Ley del Sistema Nacional de Salud.....	16
1.4 Salud reproductiva.....	17
1.4.1 El marco normativo de la Salud Reproductiva en el Ecuador.....	18
1.4.1.1 Constitución de la República del Ecuador.	18
1.4.1.2 Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017.....	19
1.5 Situación de la Salud Reproductiva en el Ecuador	20
1.5.1 Embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva.	20
1.5.2 Atención Materna en el Embarazo.	21
1.5.3 Madres adolescentes.....	23
1.5.4 Salud sexual de los Adolescentes y jóvenes.....	24
1.5.5 Medición de la capacidad instalada en Salud.....	24
1.5.6 Madres y Neonatos Análisis de las condiciones de salud reproductiva	26
1.5.7 Análisis de las condiciones de salud Sexual.....	29

CAPÍTULO II	32
EL CANTÓN OTAVALO Y LAS MUJERES COMO REFERENTE DE INTERCULTURALIDAD	32
2.1 La provincia de Imbabura	33
2.1.1 Características del Cantón Otavalo	34
2.1.2 Antecedentes históricos de Otavalo	35
2.1.3 Aspectos generales del pueblo Otavalo	36
2.1.4. La mujer indígena Otavaleña.	39
2.1.4.1 <i>Migración y violencia mujer otavaleña</i>	40
2.1.4.2 <i>Aspectos socioeconómicos de las mujeres</i>	42
2.1.5 La Interculturalidad.....	46
CAPÍTULO III	49
EXPERIENCIA DE INSTITUCIONALIZACIÓN DEL MODELO DE SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO.....	49
3.1 El Hospital San Luis de Otavalo	50
3.2 Antecedentes de la implementación del proyecto en el Hospital San Luis de Otavalo....	52
3.2.1 Situación de la salud reproductiva en Otavalo.....	56
3.3 La sala de partos culturalmente adecuada.....	57
3.3.1 Fase de diagnóstico.....	57
3.3.2 Fase de sensibilización al personal de la salud del hospital en el idioma Kichwa....	62
3.3.3 Fase de Capacitación al personal de la salud del hospital San Luis de Otavalo.....	63
3.3.4 Fase de implementación de la Señalética del Hospital.....	65
3.3.5 Fase de Capacitación, evaluación y certificación a las parteras del cantón Otavalo	67
3.3.6 Fase de implementación y adecuación del área física de la sala de parto.....	70
3.3.7 Fase de ejecución y evaluación del proyecto	71
3.4 Procesos de Atención	72
3.4.1 Estándares de Entrada.....	72
3.4.2 Estándares de Proceso	73
3.4.3 Estándar de Salida o de Resultados.....	73
CAPITULO IV	75
MARCO METODOLÓGICO.....	75
4.1 Enfoque de la investigación	76
4.2 Tipo de investigación.....	76
4.2.1. Investigación Descriptiva.....	76

4.2.2. Investigación de campo.....	76
4.2.3. Investigación documental.....	76
4.3.1. Método Teórico.....	77
4.3.2. Método inductivo-deductivo.....	77
4.3 Población y muestra.....	77
4.3.1. Muestra.....	77
4.4 Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos.....	78
4.5. Procesamiento y Análisis de resultados.....	78
CAPITULO V.....	80
DISCUSIÓN.....	80
5.1 Partos generales del hospital San Luis de Otavalo 2008 - 2013.....	81
5.2 Muertes maternas.....	83
5.3. Muerte neonatal.....	86
5.4. Aplicación de estándares e indicadores para el monitoreo de la atención del parto culturalmente adecuado.....	89
5.4.1 Estándar de entrada.....	89
5.4.2. Estándares de proceso y resultado.....	90
5.4.2.1 <i>Tiempo de espera</i>	90
5.4.2.2 <i>Información</i>	91
5.4.2.3. <i>Trato</i>	92
5.4.2.4. <i>Privacidad</i>	93
5.4.2.5. <i>Comodidad</i>	94
5.4.2.6. <i>Limpieza</i>	95
5.4.2.7. <i>Acompañamiento</i>	95
5.4.2.8. <i>Posición</i>	97
5.4.2.10. <i>Apego inmediato</i>	99
5.4.2.11. <i>Agua y alimento</i>	100
5.4.2.12. <i>Placenta</i>	101
5.4.2.13. <i>Utilización</i>	102
5.4.3 Presencia de las parteras en el HSLO.....	102
CONCLUSIONES.....	105
RECOMENDACIONES.....	106
BIBLIOGRAFÍA.....	107
ANEXOS.....	110

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Comportamiento de la Inflación en el Ecuador 1999-2009	9
Gráfico 2 Porcentaje de mujeres indígenas según tipo.....	42
Gráfico 3 Tasa de analfabetismo de las mujeres por Etnicidad en comparación con los hombres Ecuador 2010	43
Gráfico 4 Subempleo femenino por etnicidad, porcentaje sobre PEA: Ecuador 2005 y 2011	44
Gráfico 5 Porcentaje de población afiliada a la Seguridad Social por género: Ecuador 2001- 2010.....	45
Gráfico 6 Mujeres afiliadas a la Seguridad Social por etnicidad: Ecuador 2010.....	46
Gráfico 7 Factores por los cuales decidió dar a Luz en casa.....	54
Gráfico 8 Opinión de los profesionales de la salud acerca de las parteras	58
Gráfico 9 Factores de cambio en la atención del parto a mujeres indígenas.....	59
Gráfico 10 Nivel de instrucción de las usuarias.....	60
Gráfico 11 Edad de la mujer en su primer embarazo	61
Gráfico 12 Partos generales HSLO 2008 -2013.....	81
Gráfico 13 Porcentaje de partos 2009 - 2013.....	82
Gráfico 14 Muertes Maternas 2008 - 2013.....	85
Gráfico 15 Casos de Mortalidad Neonatal.....	87
Gráfico 16 Causas de mortalidad Neonatal 2008 - 2013.....	88
Gráfico 17 Tiempo de espera	90
Gráfico 18 Información brindada a la paciente	91
Gráfico 19 Trato recibido por el personal de salud	92
Gráfico 20 Porcentaje de privacidad en el momento de dar a luz.....	93
Gráfico 21 Comodidad en el momento de dar a luz	94
Gráfico 22 Limpieza área de parto	95
Gráfico 23 Acompañamiento durante el parto	95
Gráfico 24 De quien estuvo acompañada durante el parto	96
Gráfico 25 Posición durante los dolores y el parto.....	97
Gráfico 26 Antes del parto le rasuraron el vello público.....	98
Gráfico 27 Apego inmediato	99
Gráfico 28 Aguas medicinales.....	100
Gráfico 29 Entrega de la placenta	101
Gráfico 30 Utilización HSLO en el próximo parto.....	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Involucrados de la Red Nacional de la Salud.....	17
Tabla 2 Egresos hospitalarios de atención materna y número de fallecimientos maternos según egreso - Ecuador 2013	22
Tabla 3 Situación de la Población entre 10 y 24 años. Ecuador 2003	24
Tabla 4 Situación de la Población entre 10 y 24 años. Ecuador 2003	25
Tabla 5 Atención en salud por personal capacitado (%) Área Andina 2010-2012	25
Tabla 6 Camas Hospitalarias (1000 hab.) Área Andina 2010-2012.....	26
Tabla 7 Tasa Global de Fecundidad (hijos/mujer) Ecuador 2013	26
Tabla 8 Proporción de bajo peso al nacer (%) (menor de 2,500 g) 2010-2012	27
Tabla 9 Razón de mortalidad materna (100.000 nv)	27
Tabla 10 Tasa de Mortalidad general de mujeres (Todas las causas) (1000 hab) 2011	28
Tabla 11 Tasa de Incidencia de SIDA (100.000 habitantes) en el Área Andina 2011	29
Tabla 12 Razón de sexo casos de SIDA Hombre: Mujer en el Área Andina 2011.....	29
Tabla 13 Indicadores hospitalarios 2003 - 2013.....	51
Tabla 14 Cobertura de servicios de salud materna en el Ecuador (Julio 1999-junio 2004)...	53
Tabla 15 Opinión de los profesionales de la salud acerca de las pacientes indígenas	57
Tabla 16 Barreras en la atención.....	62
Tabla 17 Contenido del manual de Kichwa.....	63
Tabla 18 Temas de capacitación impartida a los profesionales	64
Tabla 19 Temas capacitación a usuarias y parteras	65
Tabla 20 Señalética del Hospital san Luis de Otavalo	66
Tabla 21 Temas de capacitación a parteras.....	68
Tabla 22 Roles de las parteras en la sala de parto culturalmente adecuada.....	69
Tabla 23 Equipos, material e insumos de la sala de partos culturalmente adecuada	71
Tabla 24 Muertes Maternas 2008-2013.....	84
Tabla 25 Casos de mortalidad neonatal	86
Tabla 26 Causas de mortalidad neonatal.....	87
Tabla 27 Insumos y Equipamiento en la Sala de partos culturalmente adecuada	89

RESUMEN

La incidencia de la institucionalización del Modelo de Salud Reproductiva con enfoque intercultural asumido por el Hospital San Luis de Otavalo, a través de la implementación de la sala de parto culturalmente adecuada a partir del 2008, constituye una respuesta a una expresión concreta en la práctica local, que permite contribuir al objetivo principal de no tener más muertes maternas o neonatales evitables, las mismas que se convierten en un grave problema social, pues transforman la vida de las familias y de la comunidad, ocasionando daños irreparables en el núcleo familiar; para lo cual se han desarrollado estrategias basadas en el conocimiento y respeto de una sociedad con componentes culturales diversos, transformando paradigmas mentales y promoviendo una serie de cambios fundamentales en la prestación tradicional del servicio de salud, para lo cual es indispensable medir los resultados obtenidos, con la finalidad de socializar esta estrategia a nivel nacional

PALABRAS CLAVES Salud reproductiva, Sala de partos culturalmente adecuada, interculturalidad, muerte materna y neonatal.

ABSTRACT

The incidence of the institutionalization of the Reproductive Health Model that focuses on the intercultural approach taken by the San Luis de Otavalo Hospital, through the implementation of culturally appropriate birthing rooms as of 2008, is a response to a major concern in local practice in an effort to avoid maternal or neonatal deaths, which have become a serious social problem as these cases devastate the lives of families and communities, causing irreparable damage to the aforementioned; strategies have been developed based on the knowledge and respect of a society with various cultural components, transforming mental paradigms and promoting a series of fundamental changes in the traditional provisions of health, which is essential to measure the results, in order to extend this strategy nationwide.

KEYWORDS Reproductive Health, Room culturally appropriate, multiculturalism, maternal mortality and neonatal births.

.

.

INTRODUCCIÓN

La población indígena representa un porcentaje muy importante dentro del Ecuador, sin embargo casi el cuarenta por ciento, no tiene acceso a servicios de salud. El Cantón Otavalo de la Provincia de Imbabura, posee más del cincuenta por ciento de población indígena, misma que durante muchos años ha estado vinculado a la inequidad e injusticia social marcando una brecha cultural existente entre la medicina occidental y la medicina ancestral andina.

La institucionalización del Modelo de Salud Reproductiva con enfoque intercultural asumido por el Hospital San Luis de Otavalo, a través de la implementación de la sala de parto culturalmente adecuada a partir del 2008, ha permitido dar una respuesta al Mandato Constitucional que reconoce al Estado como plurinacional e intercultural (Art.1), la igualdad de derechos (Art.3) y el principio de no discriminación ejercidos en forma individual y colectiva (Art. 11).

La institucionalización del Modelo de Salud Reproductiva, con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo, a través de la implementación de la Sala de parto culturalmente adecuada, ganó el primer lugar en el Ecuador, en el Concurso de Buenas Prácticas en Maternidad Segura llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2011, aportando valiosos ejemplos de articulación entre la medicina occidental y la ancestral; así como la participación de la población, especialmente de las parteras, aumentando el parto institucional de las mujeres indígenas del área rural de Otavalo.

Esta investigación inicia con un análisis del entorno en que se desarrolla el tema de Salud Reproductiva en el país, basándonos en la Constitución Política del Estado, Plan Nacional del Buen Vivir, Objetivos del Milenio y la legislación existente emitida desde el Ministerio de Salud Pública, todo esto bajo un contexto de interculturalidad.

Se observarán los aspectos más relevantes del Cantón Otavalo, división política, extensión geográfica, clima, cultura, tradiciones, población y demás condiciones socioeconómicas; situaciones que nos permitirán entender las actitudes propias de su población, y en especial de las mujeres indígenas en edad fértil.

Por otro lado, se dará a conocer y se analizará la experiencia del Modelo de Salud Reproductiva con enfoque intercultural institucionalizado en el Hospital San Luis de Otavalo.

Finalmente se hará un análisis con datos estadísticos de la incidencia y de los resultados obtenidos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, a partir de la institucionalización del Modelo de Salud Reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo.

CAPÍTULO I
CONDICIONES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ECUADOR

1.1 Contexto económico y social del sector salud

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública es la Autoridad Sanitaria Nacional y en los últimos años ha realizado importantes y acertados avances en la atención de la salud en el País. Ha sido crucial el apoyo del gobierno central al sector social, la filosofía del buen vivir y el nuevo ordenamiento territorial establecido por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES que facilita la identificación de las necesidades de la población, la planificación y distribución más equitativa de los recursos destinados a atender las necesidades de las nueve zonas, distritos y circuitos en que están divididas las 24 provincias del Ecuador.

En años anteriores el Ecuador aplicaba esquemas similares al que aplicaban otras economías del mundo, que han sido gravemente deterioradas como el caso de Portugal, España, Grecia, por citar algunos, modelos que han afectado su medioambiente, han profundizado la exclusión social, donde el factor determinante no ha sido el desarrollo, a pesar del crecimiento económico alcanzado, sino el logro de bienestar e intereses de grupos económicos privilegiados, en perjuicio de la mayoría de los ciudadanos que experimentaron graves problemas económicos, sociales, crisis financiera y pobreza, privatización de los servicios sociales como la educación básica y superior, los servicios de salud privados tenían costos altos y la Salud pública era de muy baja calidad, accesibilidad y según las políticas de gobiernos neoliberales, el presupuesto anual, obedecía a intervenciones de carácter político extranjero, que hacía que se redujera año tras año el presupuesto para salud pública, aunque en la Constitución de ese entonces, se garantizaba una salud gratuita a los ciudadanos por parte del estado.

Entre el periodo 1999-2000 el Ecuador atravesó la más dura crisis financiera que el país haya vivido en las últimas décadas, durante el gobierno de Jamil Mahuad que permitió el feriado bancario, perjudicando a muchos ecuatorianos que quedaron en la pobreza.

La corrupción generó la quiebra de algunos bancos privados cuyos responsables escaparon a varios países, especialmente a los Estados Unidos, varios de ellos han sido extraditados y otros se encuentran en procesos judiciales para rendir cuentas de sus actos que perjudicaron a la sociedad ecuatoriana.

En apenas ocho años, el país había tenido seis presidentes de la república, lo que refleja la condición de ingobernabilidad que contribuía a perjudicar a la población porque no se implementaban políticas sociales de largo plazo, especialmente en salud.

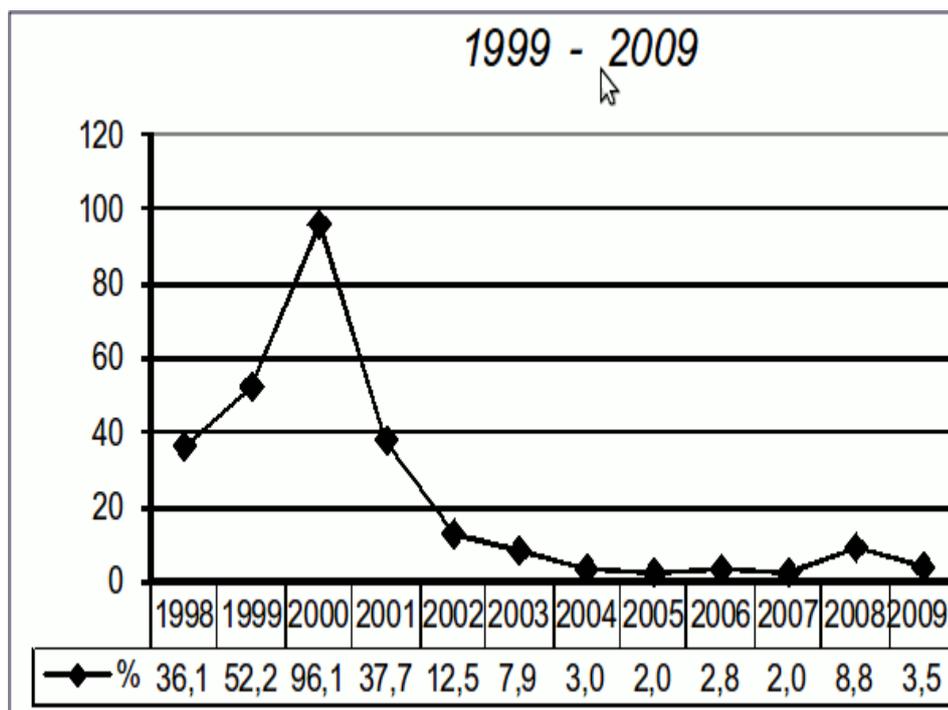
Los cuatro ex presidentes de la república que anteceden al gobierno actual han sido perseguidos por corrupción y todos se han encontrado en algún momento bajo asilo político en diferentes países.

Este panorama de desequilibrio desembocó en el incremento de la pobreza de gran parte de la población, y la emigración de alrededor de dos millones de ciudadanos hacia España, Italia y los Estados Unidos, principalmente, la mayoría de ellos en condiciones de ilegalidad y con altos niveles de endeudamiento en el país.

Los gobiernos de entonces pretendían eliminar la inflación reduciendo el consumo de amplios sectores de la población con bajos salarios, elevadas tasas de interés, reducción de la inversión para la producción interna, todo esto, sin afectar los beneficios de los grandes grupos monopólicos en especial los vinculados al comercio exterior, lo que provocaba la disminución de la producción para el consumo interno el encarecimiento de la canasta familiar básica que tenía una brecha casi inalcanzable para un alto porcentaje de la población, entre los principales ítems de esta canasta se encuentran los servicios de salud, que no estaban accesibles como hoy a la ciudadanía.

El gráfico a continuación muestra el comportamiento de la inflación en los años citados.

Gráfico 1 Comportamiento de la Inflación en el Ecuador 1999-2009



Fuente: Banco Central del Ecuador

En el Ecuador a finales de la década de los 90, específicamente en el año 1999 y en la presidencia de Jamil Mahuad se inició el proceso de cambio de la moneda nacional Sucre por el dólar, como una medida para controlar la crisis económica e inflacionaria que se venía produciendo y que continuaba en incremento cada año, si bien esta medida ha permitido controlar la inflación hasta la presente fecha.

El nivel de evasión tributaria tuvo una notable baja con la participación del Servicio de Rentas Internas en el cobro de los impuestos, a los grupos que tradicionalmente no contribuían de acuerdo a la riqueza generada en el país.

En el año 2008 se aprobó la Constitución Ecuatoriana, lo que permitió un cambio estructural del sector social en los ámbitos de educación, salud, bienestar e inclusión social, vialidad y justicia.

En el campo de salud se direcciona a nuevos rumbos dejando a un lado la privatización de la salud, al respecto la ministra de salud, menciona :

“Uno de los aportes más importantes de este proceso es que se sustentan en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una visión que

pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población”.(MAIS,2013,p.11)

1.2 Transformación Política del Estado, el Sumak kawsay y su impacto en la salud

La nueva Constitución del 2008, gestada por los asambleístas constituyentes, tuvo su sede en Montecristi, provincia de Manabí, esta contiene dispone en el Artículo 32 que “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”

Además, con respecto a la Salud el Estado ecuatoriano se ha comprometido a garantizar el ejercicio de la salud pues el Artículo 1 de la Constitución de la República del Ecuador 2008 donde establece:

“El Ecuador es un Estado Constitucional de derechos y justicia social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico”, y en el El Artículo 3.

Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”, de esta constitución nace el ahora muy conocido término Sumak Kawsay, que según Ariruma Kowii (Ministerio de Educación y Cultura. Ecuador 2008) “Es una concepción andina ancestral de la vida que se ha mantenido vigente en muchas comunidades indígenas hasta la actualidad. Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y kawsay, es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y equilibrio con el universo y el ser humano, en síntesis el sumak kawsay significa la plenitud de la vida.” Como consecuencia de este enunciado de la Carta Magna, la SENPLADES establece el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, que contiene las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, es decir, conseguir bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas de los ciudadanos del territorio nacional.

En alineación con los mandatos constitucionales provenientes de la nueva visión de desarrollo

el Ministerio de Salud Pública juntamente con el Gobierno Nacional que, con el modelo de la Revolución Ciudadana, deciden realizar una Revolución de la salud, estableciendo como uno de los ejes prioritarios de la gestión, el fortalecimiento del sector salud, el mismo que es planteado a través de un nuevo Modelo de Gestión, lo que ha demandado el incremento notable del presupuesto anual y plurianual asignado a la Salud del País y la reestructuración profunda de la institucionalidad pública y del quehacer sanitario en el país, para lo cual se ha fortalecido la infraestructura, equipamiento, talento humano de las unidades de salud del Ministerio a nivel nacional, esto ha hecho que se mejore la oferta de servicios de salud del sector público, y en base a la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos ha incrementado significativamente de la demanda de la comunidad a las unidades en mención, esto es evidente en el incremento a las atenciones de pacientes que anualmente asisten a las casas de salud a consultas y atenciones. (MAIS, 2013, p.25)

El número de atenciones de morbilidad, preventivas, odontológicas y de emergencia se incrementaron en un porcentaje de 171%, pasaron de 14.372.251 en el 2006 a 34.631.099. Si bien el mayor número de atenciones son de morbilidad, también las atenciones preventivas tuvieron un incremento significativo. La cobertura del parto institucional alcanzó en el año 2010 el 85.7% frente al 80.8% registrado en el año 2005. La gratuidad de los medicamentos también incrementó sustancialmente el número de recetas entregadas a las y los usuarios de las unidades del MSP. La inversión en medicamentos desde el 2008 al 2011 es de aproximadamente 200 millones de dólares.

De igual manera, los exámenes de laboratorio que se incrementaron en un 134%, las cirugías en un 47% y los egresos hospitalarios en un 43%, de 384.000 en el 2006 a 503.315 en el año 2010.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador continúa realizando esfuerzos para profundizar los cambios estructurales en el sector salud para dar cumplimiento en el mediano y largo plazos al mandato constitucional, entre los cambios que se procura realizar están los que se citan a continuación:

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud
- La reingeniería institucional pública y privada
- La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya

organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y

- La reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

Estos cambios estructurales nacen del principio fundamental que es el derecho a la salud de la población, estableciendo las condiciones para la construcción y cuidado de la salud de los ciudadanos del país. (MAIS, 2013. P12)

1.3 Marco legal de la salud en el Ecuador

Entre los principales instrumentos normativos que marcan el direccionamiento legal de la salud en el Ecuador están la Constitución de la República, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, la Agenda Social de Desarrollo y los objetivos del Milenio, a continuación se hace un breve resumen de las leyes principales que hacen referencia a este tema.

1.3.1 La Constitución de la República del Ecuador.

En el año 2008, se elabora la nueva constitución de la República del Ecuador, Carta Magna que marca el rumbo que rige la organización y la democracia del Ecuador para garantizar el buen vivir a través del ejercicio de los derechos y responsabilidades de sus habitantes, esta contiene artículos que representan una nueva concepción de la salud, establecen derechos y garantías para generar condiciones saludables para la población del país.

Así lo establece el Capítulo 2, sección 7, artículo 32 de la Constitución:

“DERECHOS DEL BUEN VIVIR” La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”

Capítulo III Artículo 35

Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada. El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud. Incorpora artículos importantes en cuanto a los **Derechos Sexuales y Reproductivos** (Capítulo Sexto “Derechos de Libertad”)

Artículo 66

Este artículo de la Constitución hace referencia a la libertad que tienen los ciudadanos para decidir sobre su sexualidad.

Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

1.3.2 El Plan Nacional para el buen vivir.

Este plan está alineado a la Constitución de la República, nace con el concepto del Sumak Kawsay y contiene doce objetivos con sus respectivas políticas y metas que vienen desde el 2008 al 2013 y se ha actualizado con el Plan vigente que va desde el 2013 al 2017, entre los objetivos y políticas relacionados con la salud están los siguientes:

En el Objetivo 2: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad.

Las políticas siguientes se alinean a la salud:

2.2. Garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación.

2.5. Fomentar la inclusión y cohesión social, la convivencia pacífica y la cultura de paz, erradicando toda forma de discriminación y violencia.

2.6. Garantizar la protección especial universal y de calidad, durante el ciclo de vida, a personas en situación de vulneración de derechos.

- 2.7. Garantizar la protección y fomentar la inclusión económica y social de personas en situación de movilidad humana, así como de sus diversos tipos de familias
- 2.8. Garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia
- 2.9. Garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a niños y niñas menores de 5 años
- 2.10. Garantizar la protección y la seguridad social a lo largo del ciclo de vida, de forma independiente de la situación laboral de la persona
- 2.11. Garantizar el Buen Vivir rural y la superación de las desigualdades sociales y territoriales, con armonía entre los espacios rurales y urbanos

En el Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población

Las políticas siguientes se alinean a la salud:

- 3.1. Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social
- 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.
- 3.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud
- 3.4. Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud
- 3.5. Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas
- 3.6. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.
- 3.10. Garantizar el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural.

En el Objetivo 4. Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía

Las políticas siguientes se alinean a la salud:

4.7. Promover la gestión adecuada de uso y difusión de los conocimientos generados en el país

4.9. Impulsar la formación en áreas de conocimiento no tradicionales que aportan a la construcción del Buen Vivir

1.3.3 Los Objetivos del Milenio.

Por otro lado, se debe considerar de suma importancia el compromiso asumido por el país en la firma de los ocho objetivos del Milenio, siendo el objetivo cinco el que establece la reducción en tres cuartas partes de la mortalidad materna entre los años 1990 y 2015.

Objetivo 4:

Reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años, la meta es la reducción en las dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad en menores de cinco años.

Objetivo 5:

Mejorar la Salud Materna: la meta es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

Objetivo 6:

Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, con las siguientes metas: reducir la propagación del VIH/ SIDA; para el 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA; detenido y comenzar a reducir, en el 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

1.3.4 Ley Orgánica de la Salud

Artículo 6

Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.”

Artículo 9

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención,

recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.”

Artículo 69

La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.”

1.3.5 Ley del Sistema Nacional de Salud

El sector salud está estructurado de manera que se incluye a todas las entidades sociales, agentes públicos y privados relacionados con la salud en el Ecuador, para organizarse amparados en la Ley del Sistema Nacional de Salud, que conforma la capacidad nacional para enfrentar los riesgos a la salud y desarrollar los programas nacionales de atención a la ciudadanía de manera más organizada. A continuación se presenta una lista de las entidades que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

Tabla 1 Involucrados de la Red Nacional de la Salud

1	Ministerio de Salud Pública y sus Entidades adscritas
2	Ministerio de Inclusión Económica y Social
3	IESS, ISSFA, ISSPOL
4	Organizaciones de Salud de las Fuerzas Armadas y Policía
5	Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas del Ecuador
6	Junta de Beneficencia de Guayaquil
7	SOLCA
8	Cruz Roja Ecuatoriana
9	GADs
10	Entidades de Salud privadas con Fines de Lucro: Prestadoras de servicios de medicina prepagada y aseguradoras
11	Entidades de salud privadas sin Fines de Lucro: ONGs, Servicios Pastorales y fiscomisionales
12	Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa
13	Organizaciones que trabajan en Salud Ambiental
14	Centros de Desarrollo de Ciencia y tecnología en salud
15	Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud
16	Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud
17	Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud

Fuente: Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

Elaboración: Liliana Corrales

1.4 Salud reproductiva

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva se refiere al estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. La salud por consiguiente, no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedades o dolencias sino al bienestar físico, emocional, al buen vivir y seguridad de la población. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, respetando sus derechos reproductivos, su capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

El respecto de las leyes citadas en párrafos anteriores, en que los hombres y las mujeres tienen derecho de recibir información permanente para tener acceso a métodos seguros de regulación de la fertilidad, eficaces, derecho a disponer y acceder a servicios de planificación familiar y salud pública que les aseguren una adecuada atención profesional a las mujeres embarazadas y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos.

1.4.1 El marco normativo de la Salud Reproductiva en el Ecuador.

Es importante identificar el marco regulador de las actividades encaminadas a solucionar los problemas de salud reproductiva en el Ecuador, que, como se podrá evidenciar, establecen estrategias no solamente curativas, sino de prevención y aseguramiento de la calidad en la atención a los grupos vulnerables, y a la sociedad, en los aspectos de salud reproductiva y sexual. En este sentido, se citan algunas leyes que explican lo expuesto.

1.4.1.1 Constitución de la República del Ecuador.

Capítulo sexto

Derechos de libertad

Artículo 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

3. El derecho a la integridad personal, que incluye:

a) La integridad física, psíquica, moral y sexual.

9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.

11. El derecho a guardar reserva sobre sus convicciones. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre las mismas. En ningún caso se podrá exigir o utilizar sin autorización del titular o de sus legítimos representantes, la información personal o de terceros sobre sus creencias religiosas, filiación o pensamiento político; ni sobre datos referentes a su salud y vida sexual, salvo por necesidades de atención médica.

Artículo 347.- Será responsabilidad del Estado:

6. Erradicar todas las formas de violencia en el sistema educativo y velar por la Integridad física, psicológica y sexual de las estudiantes y los estudiantes.

1.4.1.2 Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017

En el contexto de un Estado laico, los poderes públicos deberán proteger el derecho a la libertad de conciencia, pero también a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre nuestra sexualidad, nuestra vida y nuestra orientación sexual, sin ninguna clase de discriminación.

Los siguientes objetivos y Metas del Plan Nacional del Buen Vivir se alinean a la salud sexual y reproductiva

Objetivo 2: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad.

Políticas:

2.6. Garantizar la protección especial universal y de calidad, durante el ciclo de vida, a personas en situación de vulneración de derechos.

2.8. Garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia

2.9. Garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a niños y niñas menores de 5 años

2.10. Garantizar la protección y la seguridad social a lo largo del ciclo de vida, de forma independiente de la situación laboral de la persona

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población

Políticas:

3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

3.4. Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud

3.5. Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas

1.5 Situación de la Salud Reproductiva en el Ecuador

Como se ha mencionado, el sector de la Salud, en los últimos años está viviendo una profunda transformación en su estructura organizacional y administrativa. Ha tenido que establecerse una estrategia social y política nacional para interrumpir las barreras de exclusión a los sectores vulnerables y de reducción del presupuesto para medicinas, equipamientos, infraestructura y lo más importante, inversión en Talento Humano. Es evidente que la transformación ha sido a partir de la inversión destinada a este sector, lo que ha sido uno de los aciertos fundamentales del estado, lo que ha dado como resultado un mejoramiento en los indicadores en la salud reproductiva de la población del Ecuador. A continuación se mencionan varios indicadores relevantes que permitirán adquirir una mejor percepción de los avances en Salud Reproductiva.

1.5.1 Embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva.

El limitado acceso a los servicios de salud, la nula, poca o equivocada información y educación sexual, han sido entre otros, factores los que se han incidido en el embarazo en las mujeres adolescentes.

Los datos nos indican que son madres el 16,9% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 0,6% de las adolescentes entre 12 y 14 años. Por lo tanto, están expuestas a consecuencias en su salud, a la reproducción intergeneracional de la pobreza, a la posible inestabilidad familiar, a la deserción escolar y a la inserción precaria en el mercado laboral (INEC, 2010a).

Ante esta situación en el año 2011 se implementó la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes ENIPLA misma que:

Promueve los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, difundiendo su derecho a la salud, al disfrute de su sexualidad y fortaleciendo el acceso a la información, orientación, servicios y métodos de planificación familiar, a la vez que se vele por la intimidad, la

confidencialidad, el respeto a los valores culturales y a las creencias religiosas (Plan Estratégico de Gestión Educativa y Educación en Sexualidad, 2013- 2017).

El abordaje de salud sexual y reproductiva se ha ampliado: se han integrado diferentes componentes, como salud sexual, inclusión de hombres y diversidades sexuales y se han incluido otras problemáticas de salud, como infecciones de transmisión sexual, el cáncer de mama y cérvico-uterino y el aborto. Así, se supera el tema reproductivo y se transita hacia el abordaje de la sexualidad de manera integral. El sistema de salud ha respondido mediante la capacitación y la generación de espacios para la atención integral a adolescentes, la atención del parto humanizado e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y gratuitos, y campañas educativas (MSP, 2012, p. 139-140)

1.5.2 Atención Materna en el Embarazo.

El cuadro siguiente muestra el número de egresos por atención de partos y el número de madres fallecidas en el Ecuador durante el año 2013 por diferentes causas en la atención relacionada a la atención del parto.

Tabla 2 Egresos hospitalarios de atención materna y número de fallecimientos maternos según egreso - Ecuador 2013

causa3	Nro. de Egresos	Defunciones
O00 Embarazo ectópico	2.803	4,00
O01 Mola hidatiforme	272	1,00
O02 Otros productos anormales de la concepción	9.605	6,00
O03 Aborto espontáneo	6.142	1,00
O04 Aborto médico	2.965	
O05 Otro aborto	362	
O06 Aborto no especificado	17.903	3,00
O07 Intento fallido de aborto	19	
O08 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	163	
O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	289	2,00
O11 Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada	27	
O12 Edema y proteinuria gestacionales [inducidos por el embarazo] sin hipertensión	156	
O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa	1.731	1,00
O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	7.331	25,00
O15 Eclampsia	483	16,00
O16 Hipertensión materna, no especificada	108	
O20 Hemorragia precoz del embarazo	6.252	
O21 Vómitos excesivos en el embarazo	1.443	
O22 Complicaciones venosas en el embarazo	36	
O23 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	11.433	
O24 Diabetes mellitus en el embarazo	369	2,00
O25 Desnutrición en el embarazo	6	
O26 Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo	2.236	
O28 Hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre	21	
O29 Complicaciones de la anestesia administrada durante el embarazo	18	
O30 Embarazo múltiple	587	
O31 Complicaciones específicas del embarazo múltiple	25	
O32 Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta	3.172	
O33 Atención materna por desproporción conocida o presunta	8.457	
O34 Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	12.279	1,00
O35 Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta	275	2,00
O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	3.285	
O40 Polihidramnios	281	
O41 Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas	4.297	2,00
O42 Ruptura prematura de las membranas	5.044	1,00
O43 Trastornos placentarios	159	
O44 Placenta previa	1.106	2,00
O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae]	849	5,00
O46 Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte	676	1,00
O47 Falso trabajo de parto	15.179	
O48 Embarazo prolongado	110	
O60 Parto prematuro	2.631	
O61 Fracaso de la inducción del trabajo de parto	307	
O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	2.669	4,00
O63 Trabajo de parto prolongado	590	
O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto	1.668	
O65 Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna	546	
O66 Otras obstrucciones del trabajo de parto	3.666	
O67 Trabajo de parto complicados por hemorragia intraparto, no clasificados en otra parte	27	1,00
O68 Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal	5.714	
O69 Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical	842	
O70 Desgarro perineal durante el parto	1.786	
O71 Otro trauma obstétrico	1.056	3,00
O72 Hemorragia postparto	1.019	21,00
O73 Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	1.119	3,00
O74 Complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto	21	
O75 Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas en otra parte	1.914	
O85 Sepsis puerperal	318	8,00
O86 Otras infecciones puerperales	1.218	1,00
O87 Complicaciones venosas en el puerperio	20	
O88 Embolia obstétrica	10	2,00
O89 Complicaciones de la anestesia administrada durante el puerperio	61	
O90 Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte	2.000	3,00
O91 Infecciones de la mama asociadas con el parto	173	
O92 Otros trastornos de la mama y de lactancia asociados con el parto	56	
O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	1	
O95 Muerte obstétrica de causa no especificada	4	6,00
O96 Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año de parto	1	3,00
O97 Muerte por secuelas de causas obstétricas directas	1	
O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el pa	1.629	3,00
O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	5.920	25,00
TOTAL	164.941	158

Fuente: Dirección Nacional de Estadística MSP

Elaboración: Liliana Corrales

Como se puede evidenciar en el cuadro anterior, según las estadísticas del año 2013 hubo un total de 164.941 mujeres atendidas en la labor de parto, 158 fallecieron a nivel nacional en el Ecuador.

De las 158 defunciones, de acuerdo a los datos registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, entre las causas más altas se encuentran las siguientes:

- O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa 25 fallecimientos
- O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio 25
- O72 Hemorragia postparto 21
- O15 Eclampsia 16 madres fallecidas

Las causas citadas son las que más alto número de fallecimientos maternos representan, las demás causas tienen números de un dígito, las que suman un total de 158 defunciones, como se ha mencionado, en el año 2013.

1.5.3 Madres adolescentes.

En el año 2003, según la encuesta realizada por la UNFPA a mujeres jóvenes, en gran parte adolescentes entre 10 y 24 años, se puede encontrar algunos hallazgos interesantes, por ejemplo, del total de mujeres encuestadas, el 56% eran mujeres entre 12 y 18 años que vivían en condiciones de pobreza, de ellas, el 78% vivía en el área rural. Se evidencia por lo tanto, que las mujeres expuestas a condiciones de riesgo y que requieren atención en salud reproductiva es un grupo vulnerable en condiciones de pobreza y de adolescencia, así también, es en el área rural donde mayoritariamente se encontraba la necesidad de atención profesional por parte del Ministerio de Salud.

Otro factor relevante que se debe recalcar es que la mitad de las mujeres que dieron a luz entre las edades de 15 a 24 años no había recibido educación sexual, lo que les coloca en condiciones de vulnerabilidad en cuanto a sus actitudes y responsabilidades frente a su salud sexual y reproductiva, inclusive, se refleja que el 29% de las mujeres no sabían que es la menstruación al momento de la menarquía. Además, se puede apreciar que el 42% de las

mujeres encuestadas cuyas edades fluctuaban entre los 10 y 17 años solamente trabajaban y no estudiaban. Lo mencionado puede observarse en el cuadro siguiente.

1.5.4 Salud sexual de los Adolescentes y jóvenes.

Tabla 3 Situación de la Población entre 10 y 24 años. Ecuador 2003

Número de nacimientos por mujeres	15-19 años	91 por cada mil mujeres	
Mortalidad Infantil de Madres	15-19 años	32 por mil nacidos vivos	
Mujeres adolescentes pobres	12-18 años	56%	40% en el área urbana y 78% en el área Rural
Mujeres que no habían recibido educación sexual	15-24 años	50%	
Mujeres que no sabían que es la menstruación al momento de	15-24 años	29%	
Mujeres que reportaron haber mantenido actividad sexual	10-24 años	25%	
Mujeres que utilizaban algún método anticonceptivo	15-19 años	6%	
Mujeres que han estado alguna vez embarazadas	15-24 años	20%	
Mujeres que han recibido algun agresión	15-19 años	32%	al 21% alguna vez la golpearon
Adolescentes que son golpeados por sus profesores	10-17 años	12%	
Adolescentes que trabajan y no estudian	10-17 años	42%	

Fuente: UNFPA-INEC-CEPAR - 2003

Elaboración: Liliana Corrales

Sin duda, las condiciones de salud reproductiva en el Ecuador han evolucionado, a partir del año 2007, como se ha mencionado, existe una mayor inversión por parte del estado, tanto en la contratación de profesionales de la salud como en el mejoramiento de la infraestructura, dispositivos médicos, medicamentos, equipamiento de unidades de salud a nivel nacional, y con el diseño e implementación de un nuevo modelo de atención que se enfoca más en actividades preventivas que en curativas.

1.5.5 Medición de la capacidad instalada en Salud.

Tabla 4 Situación de la Población entre 10 y 24 años. Ecuador 2003

País	Médicos	Enfermeras
Area Andina	13,4	8,8
Bolivia	4,2	2,4
Colombia	16,8	9,2
Ecuador	15,9	7,9
Perú	10	10,9
Venezuela

Fuente: OMS-OPS Situación de salud en las Américas

Elaboración: Liliana Corrales

Uno de los indicadores importantes para identificar las condiciones generales de la salud en el Ecuador es la inversión que ha realizado el país en recursos humanos. El cuadro anterior muestra que los países del Área andina existe un promedio de 13,4 médicos por cada 10 mil habitantes, de donde el Ecuador está por encima del promedio entre los cinco países. Los datos reflejan que el país se encuentra en segundo lugar luego de Colombia que mantiene un indicador de 16,8 médicos por cada 10 mil habitantes, es decir, mantiene condiciones aceptables con respecto a los demás países.

El indicador del número de enfermeras muestra que en el Ecuador se ha invertido en profesionales de la salud, cuenta con 7,9 enfermeras por cada 10 mil habitantes, en este indicador el país se encuentra por debajo del promedio del Área Andina que es de 8,8. En este indicador el Ecuador se encuentra por debajo del promedio probablemente porque existía una escasez de profesionales de la salud, por esta razón, el estado tuvo que implementar una política social de incentivos para que muchos médicos y enfermeras retornaran al país para cubrir las vacantes existentes.

Tabla 5 Atención en salud por personal capacitado (%) Área Andina 2010-2012

País	del parto	Año
Area Andina	91,9	
Bolivia	74,5	2012
Colombia	98,7	2010
Ecuador	90,5	2011
Perú	86,7	2012
Venezuela	95,7	2012

Fuente: OMS-OPS Situación de salud en las Américas

Elaboración: Liliana Corrales

En cuanto a la atención a pacientes asistida por profesionales de la salud, el índice promedio a nivel de los cinco países del Área Andina es de 91,9 % de ellos, Bolivia presenta el nivel más bajo con el 74,5%. El Ecuador está por debajo del promedio encontrado en los cinco países, el nivel de atenciones especializadas de parto en el año 2011 es de 90,5% lo que significa que no todas las madres dan a luz en unidades de salud, sino que existen mujeres que dan a luz en sus casas. Esto coincide en que existen mujeres indígenas que dan a luz en su comunidad con la ayuda de parteras.

Tabla 6 Camas Hospitalarias (1000 hab.) Área Andina 2010-2012

País	No. De Camas
Area Andina	1,3
Bolivia	1,1
Colombia	1,5
Ecuador	1,6
Perú	1,5
Venezuela	0,9

Fuente: OMS-OPS Situación de salud en las Américas
Elaboración: Liliana Corrales

La capacidad instalada de un país se refleja en el número de camas existentes para atención hospitalaria a pacientes, este indicador asciende a 1,3 camas por cada mil habitantes. El Ecuador presenta un nivel de 1,6 camas por cada mil habitantes, superando a Colombia y Perú que tienen un nivel de 1,5 camas. Lo mencionada muestra que el país tiene mayor capacidad instalada que los vecinos de Sudamérica para atención en salud en el periodo 2010-2012.

1.5.6 Madres y Neonatos Análisis de las condiciones de salud reproductiva

Tabla 7 Tasa Global de Fecundidad (hijos/mujer) Ecuador 2013

Area Andina	2,4
Bolivia	3,2
Colombia	2,3
Ecuador	2,6
Perú	2,4
Venezuela	2,4

Fuente: OMS-OPS Situación de salud en las Américas
Elaboración: Liliana Corrales

La tasa de fecundidad refleja el número de hijos promedio que una mujer da a luz, en salud reproductiva un mayor índice muestra menor planificación familiar, la pobreza, el analfabetismo, pueden ser factores que hacen que este indicador incremente, como en el caso de Bolivia que presenta el nivel más alto de fecundidad, este asciende a un promedio de 3,2 hijos por mujer, mientras que el Ecuador refleja un nivel de 2,6 hijos por mujer, indicador que está por encima del promedio en el Área Andina.

Tabla 8 Proporción de bajo peso al nacer (%) (menor de 2,500 g) 2010-2012

Area Andina	8,4
Bolivia	...
Colombia	9
Ecuador	7,5
Perú	6,9
Venezuela	9,3

Fuente: OMS-OPS Situación de salud en las Américas

Elaboración: Liliana Corrales

El bajo peso de los neonatos es un indicador de pobreza o de problemas de la alimentación y el cuidado de la madre durante el embarazo. En el Área Andina 8,4 niños de cada 100 que nacen presenta un peso menor a 2.500 gramos, que es un peso bajo al nacer. El Ecuador tenía un porcentaje del 7,5% de los recién nacidos con bajo peso entre los años 2010 y 2012. Este indicador muestra que Ecuador está levemente en mejores condiciones que Colombia y Venezuela y es superado por Perú que tenía el 6,9% de niños que nacieron con bajo peso.

Tabla 9 Razón de mortalidad materna (100.000 nv)

País	Razón	Defunciones maternas	Año
Area Andina	76,1	1564	
Bolivia	
Colombia	71,6	469	2010
Ecuador	70,4	241	2011
Perú	93	442	2011
Venezuela	69,3	412	2010

Fuente: OMS-OPS Situación de salud en las Américas

Elaboración: Liliana Corrales

Las condiciones sanitarias, la capacidad técnica disponible en los países del Área Andina se reflejan en el menor número de muertes maternas, según se muestra en el cuadro anterior, el Ecuador es el país que mejores condiciones presentaba en el 2011, los demás países superan las 400 muertes maternas mientras que el Ecuador no pasa de 241 por año. Así mismo, al comparar la razón de mortalidad materna el Ecuador está mejor que los demás países con un nivel de 70,4 muertes maternas por cada 100 mil habitantes, razón inferior al promedio de toda la región que asciende a 76,1. Como se ha mencionado, los esfuerzos realizados por el estado ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública evidencian condiciones favorables en comparación con países de similares características en Sudamérica.

Tabla 10 Tasa de Mortalidad general de mujeres (Todas las causas) (1000 hab) 2011

	Corregida	Ajustada
Area Andina	4,6	5,5
Bolivia
Colombia	4,6	5,4
Ecuador	4,7	5,1
Perú	4,7	5,6
Venezuela	4,6	5,7

Fuente: OMS-OPS Situación de salud en las Américas

Elaboración: Liliana Corrales

Al comparar el número de muertes por causas generales en el Ecuador, según se refleja en el cuadro anterior, la tasa ajustada de muertes de mujeres en el Ecuador es de 5,1 por cada mil habitantes, lo que significa que por cada 100 mil existieron alrededor de 500 fallecimientos de mujeres en el año 2011, de estos, 70,4 correspondieron a muertes maternas, es decir, que de todas las muertes el 14% fueron por causas de salud reproductiva en el Ecuador. Este indicador sigue mostrando que en el Ecuador el índice de muertes de mujeres es menor que en los países vecinos, es decir, la tasa de mortalidad por cada 1000 habitantes fue de 5,1 en el 2011, tasa que es menor al promedio del Área Andina que es de 5,6 por cada 1000 habitantes.

1.5.7 Análisis de las condiciones de salud Sexual

Tabla 11 Tasa de Incidencia de SIDA (100.000 habitantes) en el Área Andina 2011

País	Tasa
Area Andina	4,1
Bolivia	1,6
Colombia	3,1
Ecuador	10,3
Perú	3,3
Venezuela	...

Fuente: OMS-OPS Situación de salud en las Américas

Elaboración: Liliana Corrales

Con la finalidad de obtener una mejor comprensión de las condiciones de la Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador, es necesario identificar indicadores epidemiológicos relevantes como la tasa de incidencia del Sida a nivel nacional. En el Área Andina existe una tasa de incidencia de 4,1 infecciones por persona contagiada de Sida por cada 100 mil habitantes. Esta situación es alarmante en el Ecuador que supera a todos los países del área andina, este presenta una tasa de incidencia de 10,3 a nivel nacional en el año 2011, lo que indica que la salud sexual de la población se encuentra en riesgo.

Tabla 12 Razón de sexo casos de SIDA Hombre: Mujer en el Área Andina 2011

País	Tasa
Area Andina	2,8
Bolivia	1,8
Colombia	2,7
Ecuador	2,4
Perú	3,4
Venezuela

Fuente: OMS-OPS Situación de salud en las Américas

Elaboración: Liliana Corrales

Otro indicador importante para analizar en cuanto a Salud Sexual, es la Razón de sexo casos de Sida presentados en ambos géneros. El indicador promedio a nivel del Área Andina es de 2,8 infectados por cada 100 mil habitantes, en comparación, el Ecuador presenta un nivel menor de infectados que es de 2,4 por cada 100 mil habitantes. Perú y Colombia están en

condiciones menos favorables. Bolivia tiene el indicador de menor gravedad en la región, luego está el Ecuador que refleja el segundo lugar en menor grado de afectación por esta epidemia.

CAPÍTULO II
EL CANTÓN OTAVALO Y LAS MUJERES COMO REFERENTE DE
INTERCULTURALIDAD

2.1 La provincia de Imbabura

El contexto sociocultural de Otavalo, está directamente ligado a lo que sucede en la provincia de Imbabura, provincia del norte del Ecuador que está llena de tradiciones provenientes de las nacionalidades indígenas y demás etnias que la habitan, por lo cual es necesario conocer las características de esta provincia. Imbabura es la tierra de las tribus milenarias de los Caranquis, los Otavalos, los Natabuelas ubicados desde su llegada a la zona cercana a Atuntaqui. De acuerdo a la historia, estos pueblos fueron prósperos hasta la invasión de los incas que los desplazaron y dominaron durante corto tiempo hasta la llegada de los conquistadores españoles, quienes fundaron la entonces llamada villa de San Miguel de Ibarra, que más tarde recibió la denominación de ciudad, la siguiente ciudad que fue fundada, luego de Ibarra fue Otavalo, después fueron fundadas Cotacachi, San Miguel de Urcuquí, Pimampiro y Atuntaqui en su orden.

Las 7 ciudades principales de la provincia mantienen rasgos típicos de ciudades que antiguamente fueron villas españolas, Ibarra es la capital provincial.

Imbabura, tiene una población de 445.158 habitantes, según censo INEC 2010 proyección 2014, es conocida como la “Provincia de los Lagos” debido a que contiene muchos lagos en su territorio por lo que es una provincia muy visitada por turistas nacionales y extranjeros de todo el mundo, especialmente el proveniente de Europa.

La provincia de Imbabura está llena de contrastes étnicos y culturales poblacionales, demografía que la sitúa como una provincia de marcada interculturalidad, cuya estructura económica se determina por producción de artesanías, costumbres diversas de pueblos ancestrales que mantienen su riqueza y patrimonio inmaterial valorado por el estado ecuatoriano de manera institucional.

Según el último ordenamiento territorial de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), la provincia de Imbabura pertenece a la ZONA 1, comprendida también por las provincias de Carchi, Sucumbíos y Esmeraldas, Ibarra, la capital de Imbabura es a la vez la capital de esta Zona territorial.

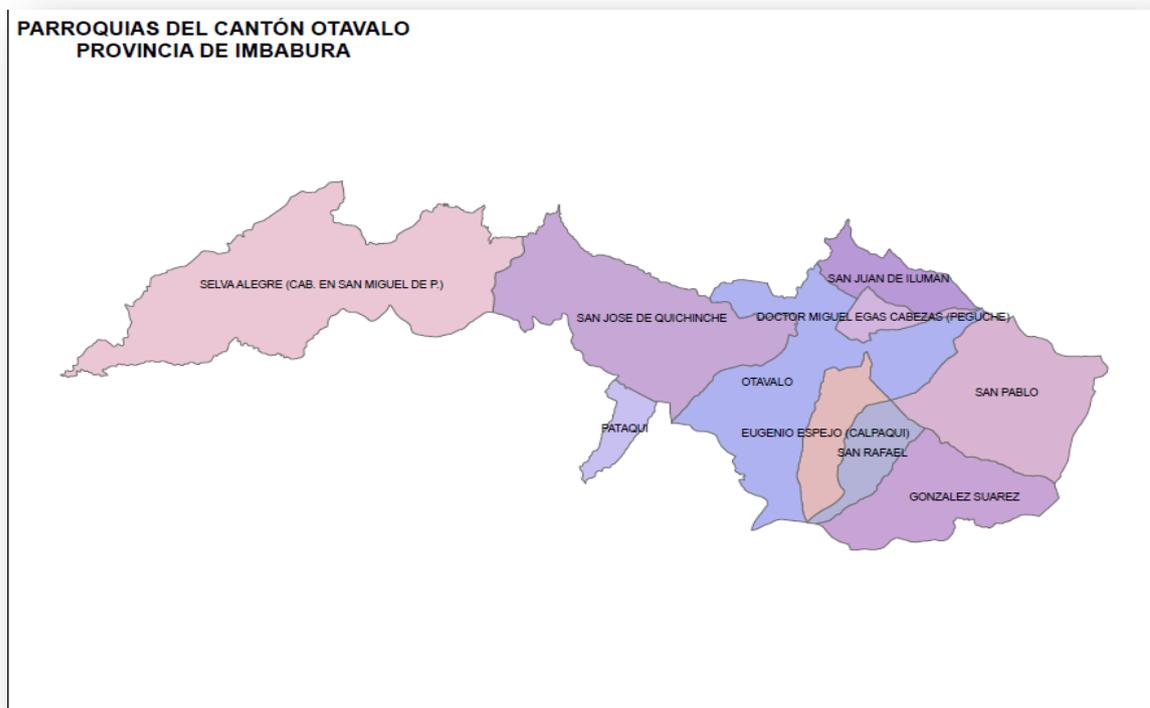
2.1.1 Características del Cantón Otavalo

El cantón Otavalo se encuentra ubicado a 110 kilómetros de la ciudad de Quito, la capital de la República del Ecuador, y a 20 Kilómetros de la ciudad de Ibarra, tiene una superficie de 579 kilómetros cuadrados, según el censo de Población y Vivienda del 2010 proyección 2014 realizado por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos el cantón tiene 116.076 habitantes, de los cuales la ciudad de Otavalo cuenta con 58.211 habitantes, el 52% de la población es indígena y el restante 48% son mestizos.

El Cantón Otavalo se encuentra limitado al norte por los Cantones de Antonio Ante, Cotacachi e Ibarra, al sur con el Cantón Quito (Pichicha), al este con los Cantones de Ibarra y Cayambe (Pichincha) y al oeste con los Cantones de Quito y Cotacachi.

El cantón Otavalo está conformado por 11 parroquias: El Jordán, San Luís, Dr. Miguel Egas, Eugenio Espejo, Gonzáles Suárez, San José de Quichinche, San Juan de Ilumán, San Pablo del Lago, San Pedro de Pataquí, San Rafael y Selva Alegre; en total existen 157 comunas de origen étnico kichua-otavalo y kichua kayampis.

Las actividades económicas que se generan al interior del Cantón son diversas: el comercio representa el 22%, las manufacturas 19%, otras Actividades 18%, Turismo 10%, financiera 8%, agricultura 7%, construcción 7% y transporte 5%



FUENTE: PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL DE OTAVALO

2.1.2 Antecedentes históricos de Otavalo.

Son varios los documentos generados para establecer el origen de la comunidad Otavaleña, que no permiten determinar con precisión su origen, mismo que se remota a miles de años atrás, cuando grupos de personas del norte se asentaron en lo que en la actualidad comprende las comunidades indígenas de Huaycopungo, Tocagón y Caluquí, y a orillas de la laguna de San Pablo.

Posteriormente la invasión Inca a finales del siglo XV y los primeros 25 años del siglo XVI que se produjo desde Perú en donde se introdujeron diferentes cultivos como la coca y el aguacate, pero también introdujeron llamas y alpacas, con lo cual los indígenas, ancestros de los otavalos adquirieron una nueva fibra y una nueva fuente de proteína; cabe la pena mencionar que la resistencia de los Otavalo, Cayambis y Carangues determinó que Túpac Yupanqui no consolidara su dominación.

Apenas intentaban estructurar nuevamente su nivel organizacional cuando fueron conquistados por los españoles lo que ocasiono nuevos procesos de colonización y explotación.

La fuerza de trabajo de los indígenas era gratuita y respondía a los intereses dominantes de la colonización, aquí se impusieron toda clase de normas que eran contrarias a las costumbres y cosmovisión del pueblo indígena.

Aún en la época de la instauración de la República continuaron las formas de discriminación, racismo y explotación a los indígenas.

En 1534 año de la Fundación de Quito, Otavalo fue reubicado en el actual valle por Sebastián de Benalcázar teniendo como patrono a San Luis; para luego el 31 de octubre de 1829 y por decreto de Simón Bolívar ser elevado a categoría de ciudad por su contribución a la causa de la independencia americana.

A partir de esta fecha día a día los habitantes de Otavalo se han caracterizado por su arduo trabajo sin olvidar su origen, cultura e identidad, logrando un desarrollo histórico, cultural y económico lo que le ha permitido ser conocido a nivel mundial.

Sin embargo, el surgimiento de los indígenas de Otavalo es una historia única. A pesar de que los Kichuas del Valle del Amanecer no son diferentes de otros indios, el éxito que ellos

han alcanzado se podría compartir a lo largo de los Andes, porque su vitalidad nace de una energía universal, es decir que su historia es de gente sencilla, por otra parte es una historia que se ha logrado a través del esfuerzo y habilidad de sus habitantes (Buitrón: 1971:2).

2.1.3 Aspectos generales del pueblo Otavalo.

Otavalo es un valle que se encuentra rodeado por lagos, ríos, valles y montañas y de dos volcanes: El Taita Imbabura al oriente, de 4600 metros aproximadamente y la Mama Cotacachi al occidente con 4.939 metros, el Mojanda al sur, que conforman un cerco natural a través el nudo de Mojanda Cajas.

Los indígenas Otavaleños desde hace mucho tiempo atrás se dedican especialmente al trabajo textil y al comercio. Es así que se puede evidenciar que en la mayoría de las viviendas de Otavalo y sus comunidades existen pequeños talleres de producción textil y artesanías en donde se elaboran ponchos, fachalinas, lienzos, bufandas cobijas, tapices, estereras, prendas de vestir con hermosos bordados, entre otros.

Dentro de la actividad textilera se encuentran "...familias enteras operando hábilmente numerosos telares, tornos de hilar y otros instrumentos artesanales que día tras día preparan la producción necesaria de las artesanías para la comercialización a nivel [interno y externo]". (Meier 1996:27 en Maldonado: 2004).

En la conducta cotidiana y forma de vida andina Otavaleña, la reciprocidad es una característica muy especial; se mantiene presente el dar para recibir, en los diferentes trabajos comunitarios enlazados a actividades de intercambio. "Yo presto mis manos a mi vecino por ejemplo para desyerbar su cultivo porque él me presta las suyas cuando yo las necesito" (Libro La reciprocidad en el mundo Andino – Otavalo pág. 23 2004) Luz María de la Torre.

Una de las relaciones económicas solidarias en el pueblo Otavaleño, es la minga misma que constituye una base fundamental en la organización social indígena; en muchas comunidades es considerado como un ritual o una ceremonia de convocatoria y cohesión de los pueblos; su participación colectiva permite una expresión plena de solidaridad. Esta se ve reflejada en varios momentos importantes como en lo agrícola desde la preparación de la tierra hasta la cosecha misma, así como también en limpiezas de acequias, caminos vecinales, construcción de casas comunales, empedrados, entre otros.

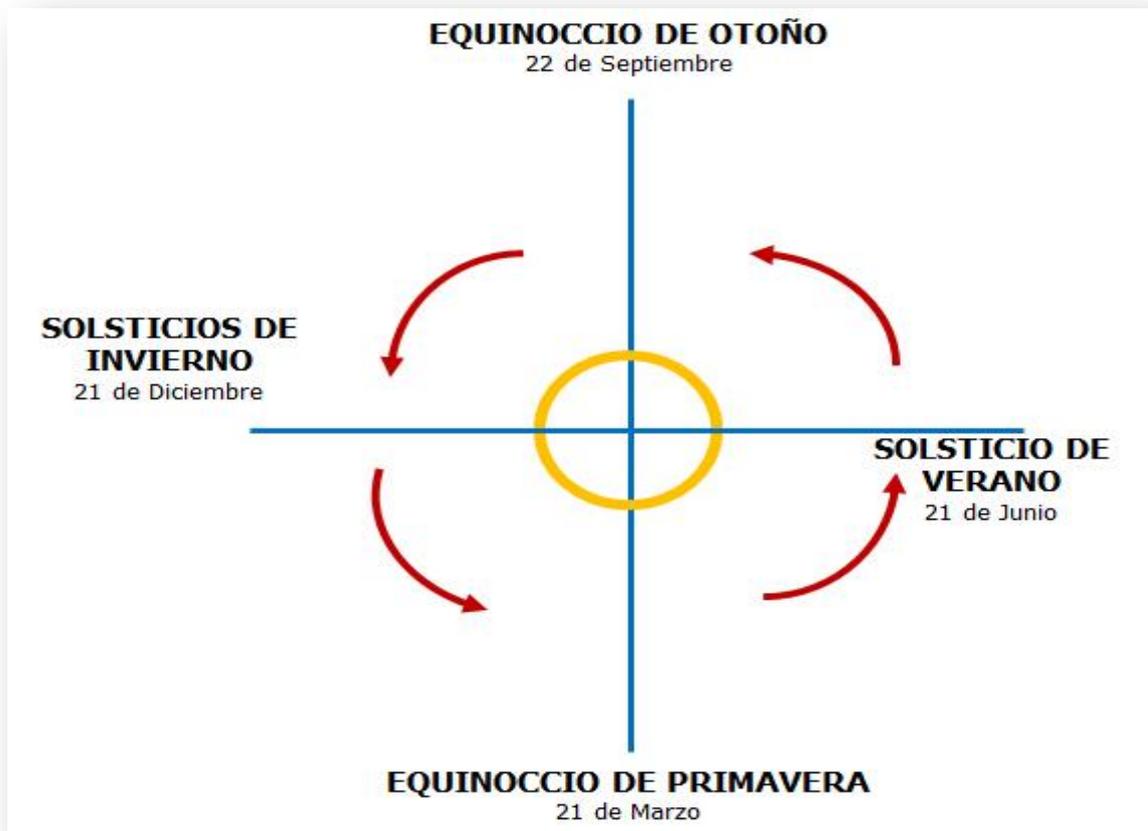
La organización social se desprende de las comunidades otavaleñas que nombran al Cabildo que representan el yaya mama que vigila y trabaja por el logro del desarrollo comunitario en beneficio de sus habitantes; se nombra también al Jefe o Alcalde quien logra la mediación para resolver los problemas que se presentan al interior de las comunidades, aconseja a sus integrantes y en la mayoría de las ocasiones legaliza los matrimonios y uniones libres, representa y es la voz del pueblo que en la mayoría de los casos tiene más fuerza que las autoridades gubernamentales.

Por otro lado, está el Ayllu considerada como la base social sobre la cual descansa el sistema organizativo; corresponde a la agrupación familiar que tienen lazos de consanguinidad, es decir parentesco entre sí descendientes de un tronco común (parientes) y afectividad como los compadres; mismas que están unidas por derechos y obligaciones de tipo personal y laboral para trabajar en temas de beneficio y procurar el sustento común.

Los pueblos indígenas tienen su propia visión del mundo, sus maneras de descifrar los fenómenos naturales y sociales, los misterios, sus propios dioses, la vida, la muerte, la sabiduría, las cosechas, la ciencia que corresponde a conocimientos adquiridos a través de una herencia oral y transmitida por generaciones.

Las concepciones giran a través del tiempo y del espacio considerando el pasado como algo que se puede ver y tocar y que está frente a nosotros, el presente como una vivencia del momento y que se convierte posteriormente en nuestro pasado y el futuro como algo que no podemos ni ver ni tocar y está detrás de nosotros.

El pueblo indígena muestra grandes lazos de apego con la naturaleza y es de manera cíclica, relacionado con las posiciones del sol y con el ciclo agrícola andino en donde el maíz representa el símbolo de fertilidad y vida.



Esta relación marca cuatro fechas de gran importancia en el pueblo Otavaleño e indígena que marcan un calendario festivo, religioso y cultural:

21 de marzo PAUCAR RAYMI

Fiesta relacionada con la aceptación de la vida, integración, alegría, matrimonio y encuentros.

21 de junio INTI RAYMI

Conocida también como la fiesta del INTI TAITA o Padre Sol, es la fiesta más importante de Otavalo, relacionada con el punto de madurez de la siembra, se celebra a través de ceremonias, danzas, música y gastronomía auténtica.

22 de septiembre KOLLA RAYMI

Es una fiesta en homenaje a la mujer ALPA MAMA o Madre Tierra, aquí se festeja los valores y el reconocimiento de la mujer por su soporte espiritual y se relaciona directamente con el proceso para recibir la semilla de maíz.

21 de diciembre CAPAC RAYMI

Es un festejo que da inicio al solsticio de verano y la celebración del año nuevo andino, su influencia se observa en la presencia de lluvias, por lo que aumenta un elemento vital tanto para la madre naturaleza como para los seres humanos.

En Otavalo el idioma del pueblo indígena es el kichua, aunque la mayoría de los indígenas del sector urbano prefieren hablar en español, práctica que ha sido tomada por los jóvenes de las comunidades rurales. Ante esta realidad se implementó un sistema de educación bilingüe como instancia especializada en lengua y culturas; con la finalidad de rescatar el idioma kichua en sus comunidades y en todo Otavalo.

2.1.4. La mujer indígena Otavaleña.

Existen muy pocos datos acerca de las condiciones de vida de las mujeres indígenas lo que impide establecer con precisión la situación en que se desenvuelven y viven; así como establecer las jerarquías étnicas y las desigualdades de género.

La voz de las mujeres indígenas no ha tenido eco por muchos años a través de la historia, sin embargo, su lucha ha sido a partir de una perspectiva de género sin perder elementos culturales; desde cada uno de sus espacios comunitarios como mujeres diferentes que contribuyen a la interculturalidad.

En el ámbito andino y ecuatoriano las mujeres indígenas han sido vistas como un molde colonial relacionadas únicamente con el servicio doméstico y por ende como servidumbre para el resto. Ser mujer indígena sumada al ser pobre era considerado como un castigo, pues tenían que sobre llevar por el resto de sus vidas la exclusión y discriminación.

Desde la época Republicana hablar de indígenas era referirse a temas prohibidos, errados y sin importancia considerados como rezagos históricos, pueblos y culturas que con el tiempo desaparecerían.

Muchas de las mujeres indígenas han tenido que migrar de sus comunidades dada la realidad de las desventajas que tienen en sus condiciones de vida consecuencia de un factor endémico difícil de superar y arrastrada por varios años, buscan escapar de la autoridad paterna (violencia intrafamiliar), desean ser independientes, tener acceso a la educación, a un empleo y mejores oportunidades para su vida.

La mujer indígena ha luchado y ha sido parte muy importante en el proceso de reconocimiento de derechos y camino hacia la igualdad; uno de los hechos que cambió el rumbo de los pueblos indígenas en Ecuador fue el levantamiento indígena en 1990, en donde grandes grupos de indígenas se movilizaron hacia la capital del Ecuador (Quito) mismos que eran liderados por mujeres indígenas, ya que ellas iban abriendo camino con sus hijos en brazos y/o en el vientre, enfrentándose a policías que impedían continuar.

Este levantamiento fue un hecho sin precedentes mismo que logro incidir no solo en temas indígenas sino de campesinos, ciudadanos, montubios, afro ecuatorianos, entre otros, rechazando la opresión en general, exigiendo un reconocimiento de lenguas y culturas y siendo escuchados como ciudadanos; aquí se adquirieron signos de manifestación política y se ubicaron en la esfera pública por sus insistentes reclamos de cambio estructural del Estado – nación.

Entre sus reclamos estaban la necesidad de ser tomados en cuenta en la política pública, tomado en cuenta los componentes históricos, lo aprendido, sus experiencias y su sabiduría; ya que sus condiciones de vida estaban basadas en la carencia de servicios básicos, salubridad, educación, desempleo, alto índice de muertes maternas e infantiles, y sumada a la discriminación por su vestimenta, idioma y costumbres diferentes.

Logrando un proceso de reivindicación a través de la incorporación en la Constitución del estado (1998) el reconocimiento de nacionalidades y pueblos indígenas.

Sin embargo, pese a los esfuerzos que se han realizado en los últimos años; aun en las comunidades indígenas persisten brechas de discriminación en temas de educación, pobreza y salud lo que se deriva de varios factores de carácter cultural, social, territorial y generacional.

2.1.4.1 Migración y violencia mujer otavaleña

Durante las décadas de los ochentas Estados Unidos y Europa representaban una gran oportunidad para comercializar artesanías y música folclórica, por lo cual muchos indígenas otavaleños aprovechaban para viajar durante cinco o seis meses y regresaban nuevamente a sus lugares de origen; su gran habilidad como tejedores y artesanos así como su delite

para viajar permiten que en la actualidad los indígenas otavaleños sean conocidos a nivel mundial.

Cuando las mujeres indígenas Otavaleñas podían viajar, su trabajo consistía en atender a sus hermanos, parientes o compadres en la preparación de alimentos y trabajo doméstico, la venta de los discos y a cargar los bultos de la mercadería para la venta.

(Hondagneu-Sotelo, 1994), considera el género como un concepto central y no como una variable que entra en juego sólo cuando las mujeres comienzan a ser las protagonistas de la experiencia migratoria.

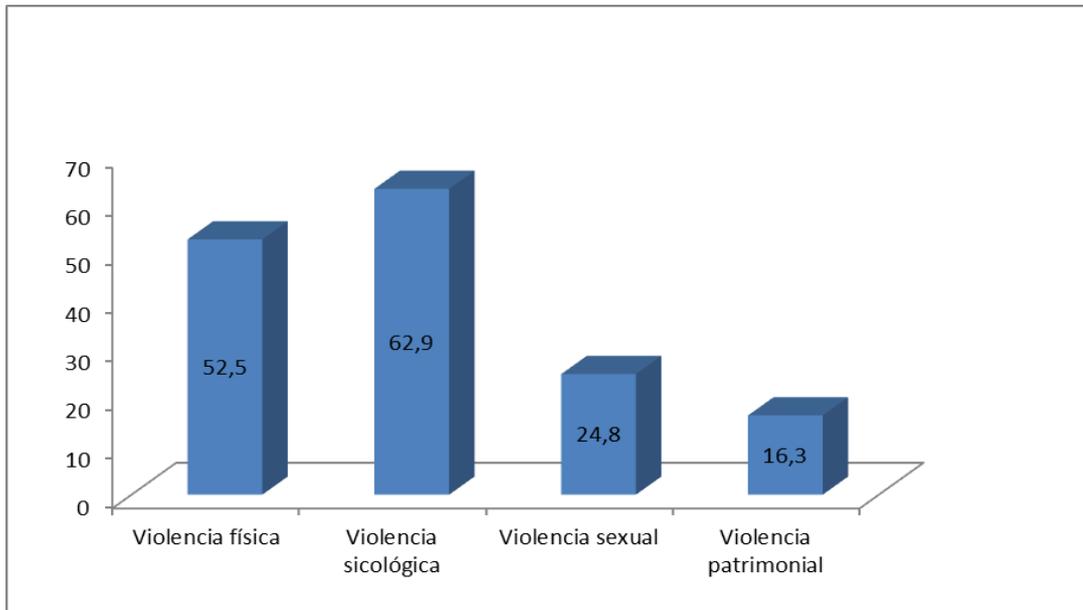
En el contexto de la migración femenina, las mujeres otavaleñas sufren la presión del machismo en su convivencia familiar, al igual que en el Ecuador, donde aunque la ley protege a las mujeres, no dejan de existir problemas de maltrato. En el supuesto de que una mujer que esté siendo maltratada por su marido, esta lo piensa muy bien antes de llamar a la policía, porque esta llamada contiene el riesgo de perder a la familia, por lo que en muchos casos las mujeres prefieren soportar las agresiones que desconfiguran el núcleo familiar, las mujeres agredidas enfrentan el riesgo de la soledad y la discriminación cultural de los vecinos y familiares, la vergüenza de no continuar en el estilo de vida de sus parientes, además de la difícil situación de afrontar los gastos para mantener a sus hijos. En el caso de las mujeres migrantes esto es sobredimensionado porque siente la vulnerabilidad de la soledad en un país extraño, por lo que es menos grave soportar las agresiones de su cónyuge.

Por otro lado, el maltrato psicológico y físico a las mujeres otavaleñas, suele estar motivado por factores relacionados con el alcoholismo, infidelidad y los celos del marido o la pareja, lo cual ha interpretado como casos de orden cultural que son considerados como esencias inmutables dentro de la comunidad de migrantes otavaleños y de la cultura y estilo de vida de la población de Otavalo, en Ecuador. En este respecto, Maquieira (1998), habla de “sexismo cultural” o “culturalismo sexista”, una arista adicional del fundamentalismo cultural existente en el Ecuador.

Las mujeres otavaleñas emigrantes han experimentado ciertas mejoras en su estatus de género y de este modo estarían más interesadas en invertir recursos y tiempo en los países donde se sienten legal, social y políticamente respaldadas, mientras que los varones

prefieren invertir en su país de origen donde sienten que sus estilos de vida son apoyados por la sociedad y la cultura.

Gráfico 2 Porcentaje de mujeres indígenas según tipo



FUENTE: INEC Encuesta relaciones familiares y violencia de género contra la mujer 2011

ELABORACIÓN: Liliana Corrales

Como se puede observar el tipo de violencia que la mujer indígena enfrenta en menor porcentaje es la patrimonial, mientras que la violencia imperante es la psicológica alcanzando los mayores porcentajes

2.1.4.2 Aspectos socioeconómicos de las mujeres

Para identificar las condiciones sociales, económicas y culturales de las mujeres del cantón Otavalo, será necesario analizar algunos aspectos reflejados en las estadísticas provenientes del diagnóstico nacional, que muestran la situación de las mujeres del cantón Otavalo, variables que se presentan en los párrafos siguientes.

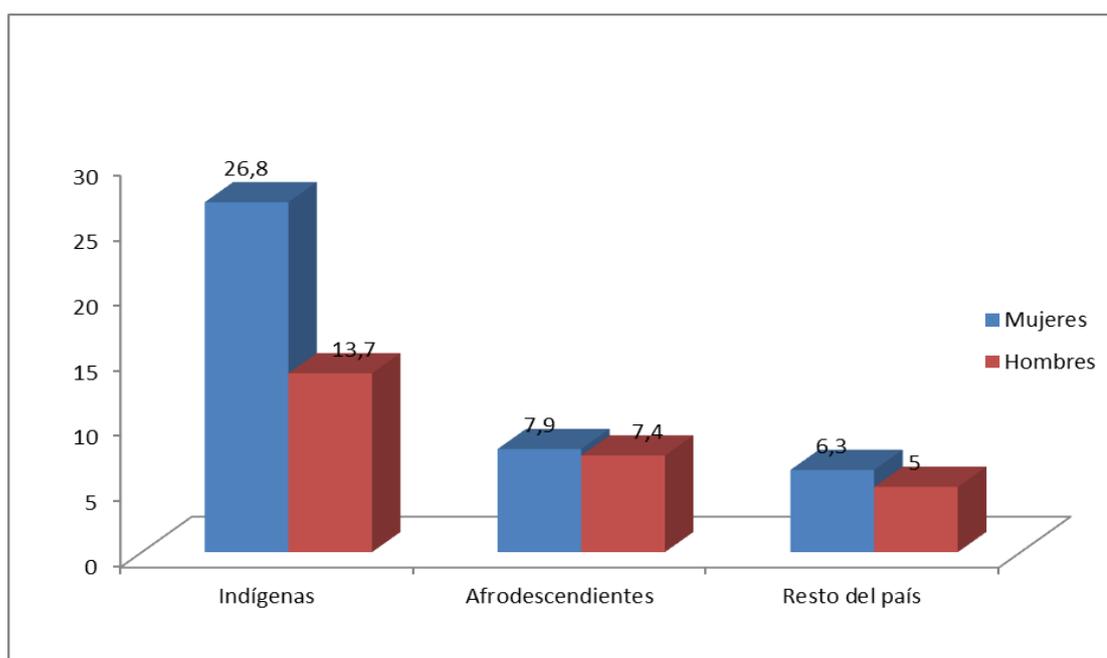
2.1.4.2.1 Nivel de alfabetización de las mujeres indígenas

De acuerdo al Atlas de desigualdades, en el Ecuador las mujeres presentan un índice de analfabetismo neto en el grupo de edad de 15 y más años del 9% en el año 2001, tasa que se redujo al 6,8% en el 2010, en este grupo se ubica la población femenina de Otavalo, existe una brecha entre el área urbana y rural se mantiene relativamente constante durante el mismo periodo, el 12,9% de la población rural es analfabeta, en contraste con el 3,8% de la población analfabeta que habita los centros urbanos del Ecuador.

El porcentaje de mujeres analfabetas es mayor que el de los hombres, el 7,7% frente a 5,8% en el año 2010. Pese a que las diferencias han disminuido en relación con el año 2001, las brechas de género persisten, tal como lo muestra el Gráfico siguiente, que demuestra la discriminación sufrida por parte de la población femenina.

La tasa de analfabetismo de la población indígena entre los años 2001 y el 2010 ha reducido de forma relevante en 7,9 puntos porcentuales. A pesar de la reducción mencionada, permanece la brecha entre las distintas etnias en perjuicio de la población indígena, en la cual el porcentaje de analfabetismo de 20,4% triplica a la media nacional del 6,7%. Los índices reflejan que una de cada cinco personas indígenas necesita ser alfabetizada, la tasa más alta de analfabetismo se presenta entre las mujeres indígenas con un alarmante 26,8%.

Gráfico 3 Tasa de analfabetismo de las mujeres por Etnicidad en comparación con los hombres Ecuador 2010



FUENTE: Atlas de desigualdades del Ecuador- SENPLADES

ELABORACION: Liliana Corrales

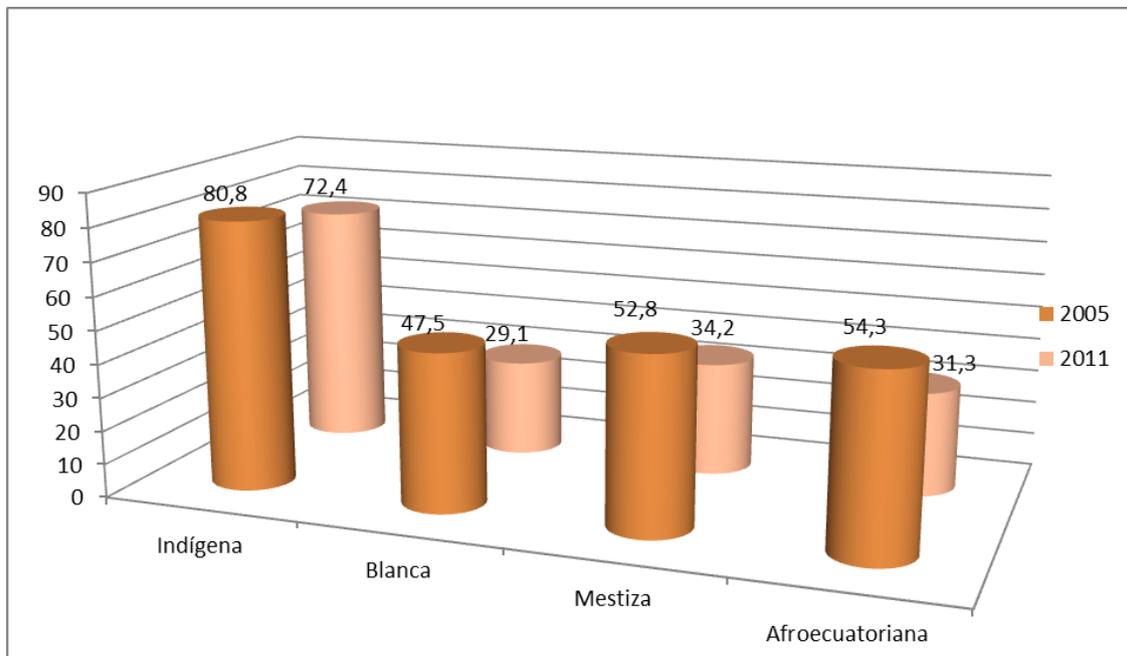
2.1.4.2.2 Subempleo femenino

La mayor debilidad en el mercado laboral ecuatoriano a lo largo del tiempo ha sido el elevado porcentaje de subempleo de la Población Económicamente Activa. A pesar de que continúa la tendencia el índice ha disminuido en 18 puntos porcentuales los periodos entre diciembre de 2005 que era del 49,7% y diciembre de 2011 que presenta una tasa del 31,6%.

Se mantienen las inequidades de género en perjuicio de las mujeres, y, aunque existe disminución del subempleo entre el grupo femenino, la desigualdad continúa a lo largo del período en comparación. Al concluir el año 2005, el porcentaje de mujeres subempleadas era mayor en 9 puntos que la observada entre los hombres, y en diciembre de 2011 era de 10 puntos. Es evidente la doble desventaja que tienen las mujeres que habitan en áreas rurales.

Además, la población indígena es la que reiteradamente aparece con una deficiente inserción laboral: casi las tres cuartas partes de mujeres, es decir el 72,4% (ver gráfico a continuación) y casi la mitad de hombres indígenas, el 48,8% son subempleados.

Gráfico 4 Subempleo femenino por etnicidad, porcentaje sobre PEA: Ecuador 2005 y 2011



FUENTE: INEC Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)

ELABORACION: Liliana Corrales

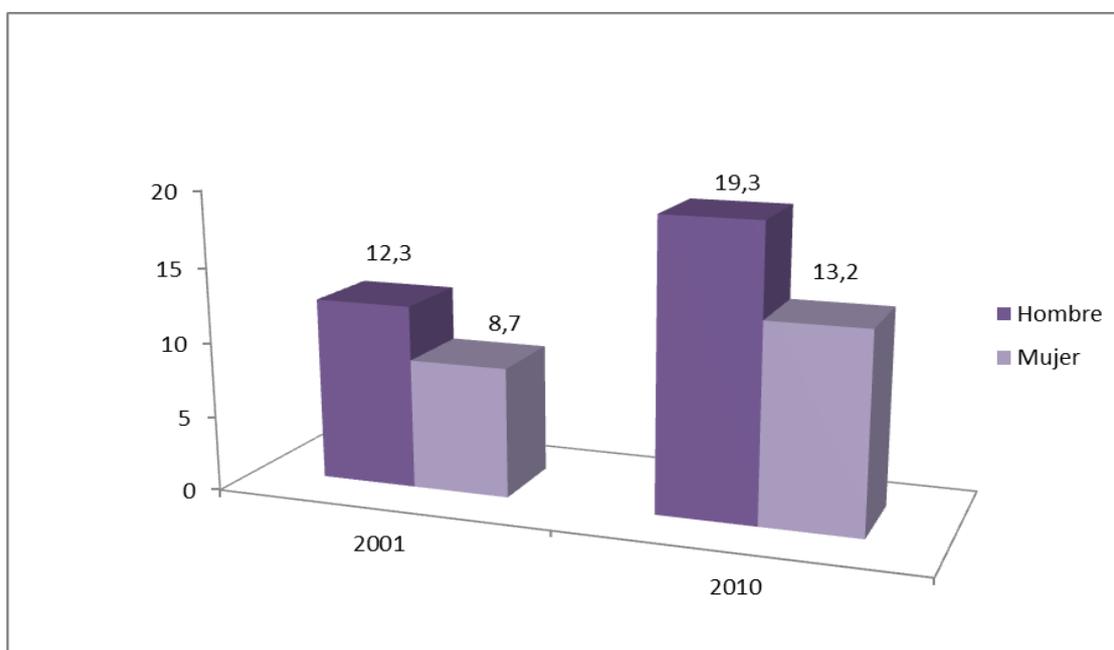
2.1.4.2.3 Afiliación de las mujeres a la seguridad social

Es evidente la diferencia encontrada al comparar los resultados del censo de 2001 y 2010 donde existe un incremento de la Población Económicamente Activa que se encuentra afiliada al seguro social, el porcentaje crece 7 puntos entre los hombres y casi 5 puntos entre las mujeres, manteniéndose la desventaja para la población femenina.

La desventaja mencionada se explica en que una proporción importante de mujeres no participan en el mercado laboral debido a las tareas domésticas que asumen.

El 8,7% de mujeres eran afiliadas en 2001 y se incrementa este porcentaje al 13,2% en el año 2010, y la tasa entre los hombres afiliados aumenta 7 pasando del 12,3% hasta el 19,3% en el mismo período. Se nota un diferencia entre los beneficios percibidos por los hombres con respecto a las mujeres, esta, sin excepción es la realidad de las mujeres en la ciudad de Otavalo.

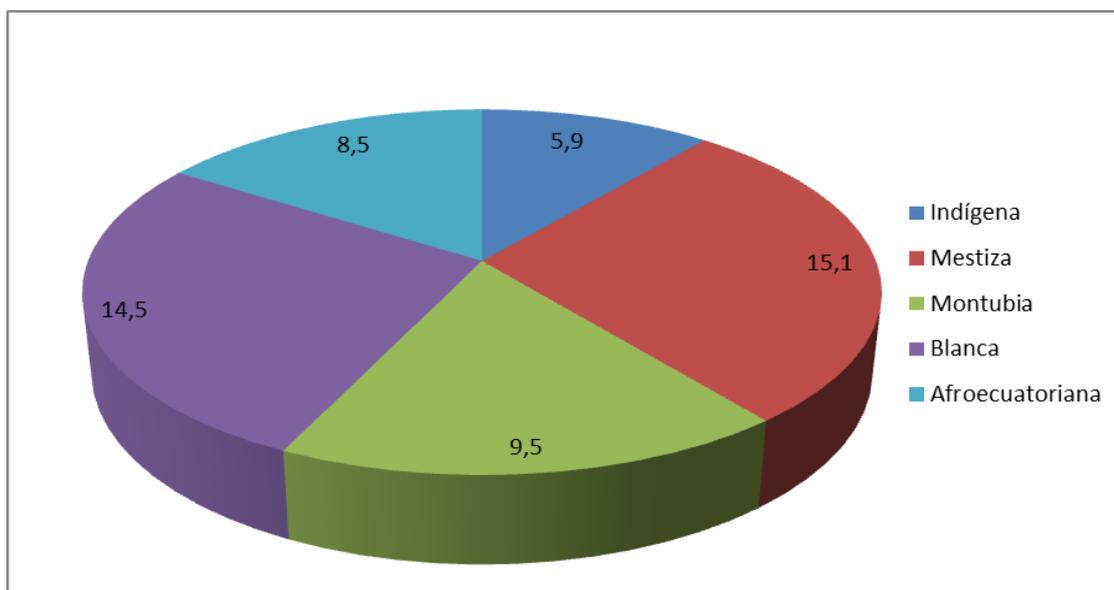
Gráfico 5 Porcentaje de población afiliada a la Seguridad Social por género: Ecuador 2001-2010



FUENTE: INEC Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)

ELABORACION: Liliana Corrales

Gráfico 6 Mujeres afiliadas a la Seguridad Social por etnicidad: Ecuador 2010



FUENTE: INEC Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)

ELABORACION: Liliana Corrales

2.1.5 La Interculturalidad.

El término interculturalidad implica una comunicación comprensiva entre distintas culturas que conviven en un mismo espacio, siendo a través de estos donde se produce el enriquecimiento mutuo y por consiguiente el reconocimiento y la valoración de cada uno de las culturas en un marco de igualdad. (Buendía 1992), (Jorda 1996)

En el caso de Otavalo el comercio, las artesanías y los procesos de migración han permitido superar las barreras de discriminación entre mestizos e indígenas, logrando mejorar sus ingresos económicos y sociales sin perder los valores culturales fundamentales, lo que ha permitido mantener en las relaciones cotidianas entre mestizos e indígenas el diálogo basado en el respeto a la diferencia cultural y la unidad en la diversidad.

Parte del proceso de interculturalidad que se ha logrado en Otavalo se debe al impulso realizado desde el Municipio con su primer alcalde indígena (2000) Mario Conejo, mediante su propuesta de integración quien al respecto menciona:

“ En Otavalo estamos los indios y los mestizos más orgullosos del mundo, porque en medio del conflicto marcando distancias y diferencias, hemos aprendido a respetarnos cada vez más; lo que no sucedía veinte años atrás, que había esa relación entre el indio y el mestizo, esa relación de discriminación, de maltrato, de insulto,

ahora no. Tenemos que ser respetuosos de los espacios, en esa medida la perspectiva de la interculturalidad es fortalecer las dos identidades para que los pueblos que están orgullosos, estén en capacidad de comunicarse, tratando de ir construyendo espacios de diálogo intercultural para conocernos mutuamente. Yo como alcalde indio tengo que conocer al mestizo y a mí mismo. Y el mestizo tiene que conocerme a mí, generando espacios de diálogo intercultural”

Ante la trayectoria histórica y los procesos de relación intercultural que se han impulsado durante los últimos años; el Congreso Nacional en el año 2003 declaró a Otavalo como “Capital Intercultural del Ecuador” dicha categoría fue consolidada por la experiencia de fortalecimiento intercultural como un símbolo nacional y como referente para la vida de los pueblos andinos y latinoamericanos.

CAPÍTULO III
EXPERIENCIA DE INSTITUCIONALIZACIÓN DEL MODELO DE SALUD REPRODUCTIVA
CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO.

3.1 El Hospital San Luis de Otavalo

El hospital San Luis de Otavalo se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Otavalo en la provincia de Imbabura, dos horas al norte de la ciudad de Quito, capital del Ecuador.

La capacidad del hospital es de 83 camas, donde se atiende cinco especialidades básicas que son: medicina interna, cirugía, pediatría, y ginecología.

El Hospital San Luis de Otavalo es considerado como hospital básico, su construcción data de más de sesenta años por lo que limita las capacidades de atención en la estructura física lo que obliga a realizar adaptaciones y cambios que no satisfacen a la demanda de la población de referencia o asignada, brinda atención preventiva y curativas en los diferentes servicios de salud como son:

Emergencia (con 9 camillas para valoración rápida, observación y cuidados críticos), Consulta externa con los servicios de: Cirugía General , Gineco- Obstetricia, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Medicina Interna, Cardiología, Nutrición, Administración de medicamentos y curaciones, Fisioterapia y Rehabilitación, Odontología.

Auxiliares de Diagnóstico Imagenología y Radiología, Laboratorio, Trabajo Social, Farmacia, Servicio de Alimentación y Dietética, Sala de Vacunación, Sala de Labor, Sala de parto horizontal, Sala de parto culturalmente adecuado, Quirófanos, Sala de recuperación, Sala de esterilización.

El Servicio de Hospitalización con las especialidades de Cirugía (Traumatología), Pediatría, Gineco-Obstetricia y Medicina Interna los mismos que cuentan con una dotación normal de 83 camas distribuidas en los diferentes servicios:

• Medicina General	21camas
• Cirugía	19 camas
• Pediatría	23 camas
• Gineco-Obstetricia	20 camas
Total	83 Camas

Por cada 10.000 habitantes existen 6 camas hospitalarias.

En el siguiente cuadro se pueden observar varios indicadores del Hospital San Luis de Otavalo del período comprendido entre el año 2003 al 2013, mismo que reflejan el *porcentaje de ocupación* que se refiere al porcentaje de ocupación o utilización de la cama por un paciente durante un período; *número de egresos* que se representa la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama ya sea por alta, traslado a otro nivel de resolución o fallecimiento, *número de días estada* es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente.

Tabla 13 Indicadores hospitalarios 2003 - 2013

PERIODO	% DE OCUPACION	NUMERO DE EGRESOS	NUMERO DE DIAS ESTADA
2003	87.4%	3.283	3.8
2004	62.3%	2.909	3.4
2005	60.8%	3.525	3.1
2006	64.9%	4.137	3.2
2007	74.9%	4.529	3.4
2008	73.5%	5.069	3.1
2009	85.7%	5.820	3
2010	91.1%	5.976	3.1
2011	91.4%	5.945	3.3
2012	84.20%	5.630	3.2
2013	77.40%	5.137	3.2

Fuente: Registro médico y admisión Hospital San Luis de Otavalo

Elaboración: Liliana Corrales

Según datos estadísticos el porcentaje ocupacional total es del 77,4% el Servicio de mayor porcentaje de ocupación es Gineco-Obstetricia con el 99,2%, Cirugía 79,4%, Medicina Interna 72,7%, Pediatría 64.4%.

Considerando que el 85% es el límite superior que debería estar ocupado el Hospital, para caso de eventos naturales o emergencias el 15% es la capacidad de respuesta de la unidad a la posibilidad de un evento adverso.

El 7,6% se considera un porcentaje que permitirá al Hospital proceder con mantenimientos preventivos, correctivos de las unidades y limpieza de áreas de atención.

Gineco-Obstetricia con el 99,2% es el servicio que demanda mayor interés y preocupación, su alto índice de ocupación refleja la capacidad del Talento Humano y confianza de las usuarias, con la fortaleza de que la tasa de mortalidad del Servicio es cero desde hace mucho tiempo.

3.2 Antecedentes de la implementación del proyecto en el Hospital San Luis de Otavalo

Varios factores críticos dieron lugar al inicio de la propuesta de implementación de una Sala de Parto Culturalmente Adecuada en el Hospital San Luis de Otavalo, ya la Constitución de la República del Ecuador del año 1998 (Artículo 1,44,84) establecía que el Ecuador es país multiétnico y pluricultural, aceptaba e impulsaba la práctica y desarrollo de la medicina tradicional, asimismo garantizaba las prácticas de medicina alternativa para la atención en salud.

Para el año 2005, el Informe del Estado de la Población Mundial 2005 UNFPA revela cifras alarmantes acerca de la salud reproductiva internacional. En lo que tiene que ver con la muerte materna, existen brechas significativas en la atención realizada entre países en vías de desarrollo y los países ricos, así por ejemplo, en el primer grupo se refleja que una de cada 17 mujeres muere por problemas de salud reproductiva mientras que en los países ricos muere una de cada 4000 mujeres. A nivel mundial, morían al menos 529 mil mujeres al año por complicaciones relacionadas con el embarazo, lo cual indicaba que cada minuto moría una mujer por estas complicaciones de salud.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador realizó varias iniciativas como parte del Plan Nacional de reducción de la muerte materna y neonatal desde el año 2002, que incluye diversas estrategias como la capacitación al personal de salud, cumplimiento de estándares de calidad de atención y satisfacción de las usuarias de los servicios, mediante acciones que permitieran monitorear periódicamente el resultado de los niveles de calidad y satisfacción.

La encuesta demográfica y de salud Materno Infantil (ENDEMAIN, 2004). Sirvió como punto de análisis para realizar el diagnóstico de la situación de atención en salud materno infantil

en el Ecuador y en las provincias afectadas, entre ellas Imbabura, una provincia con alto índice de población indígena. Según la encuesta, el 78,5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en unidades de salud, pero, paradójicamente, estos resultados, aunque reflejan un alto porcentaje de partos institucionalizados en el Ecuador, esconden datos específicos preocupantes, relacionados con la atención a mujeres indígenas y etnias minoritarias, así por ejemplo, se realizó el análisis y se encontró que más del 40% de las mujeres de las provincias de Cotopaxi, Bolívar, Chimborazo y Esmeraldas dieron a luz en su casa, además, alrededor del 30% de las mujeres de la Amazonía dieron a luz en sus hogares. Aún más alarmante fue el hecho de que el 65% de las mujeres indígenas manifestó haber realizado partos en su casa.

El cuadro siguiente permite evidenciar las brechas sociales y étnicas que se presentaban hasta junio del 2004 en la atención en Salud entre los diferentes grupos étnicos del Ecuador.

Tabla 14 Cobertura de servicios de salud materna en el Ecuador (Julio 1999-junio 2004)

Salud materna	Mujeres indígenas	Mujeres no indígenas	Zonas Rurales	Zonas Urbanas	Total Nacional
Control prenatal	61,5	86,8	37	64,6	84,2
Atención del parto institucional	30,1	80,2	57,1	88,6	74,7
Control posparto	15,4	37,7	26,4	44,4	36,2
Papanicolau	13,5	33	33	46	31,4
Uso de métodos anticonceptivos	47,2	74,7	67,1	76,6	72,7

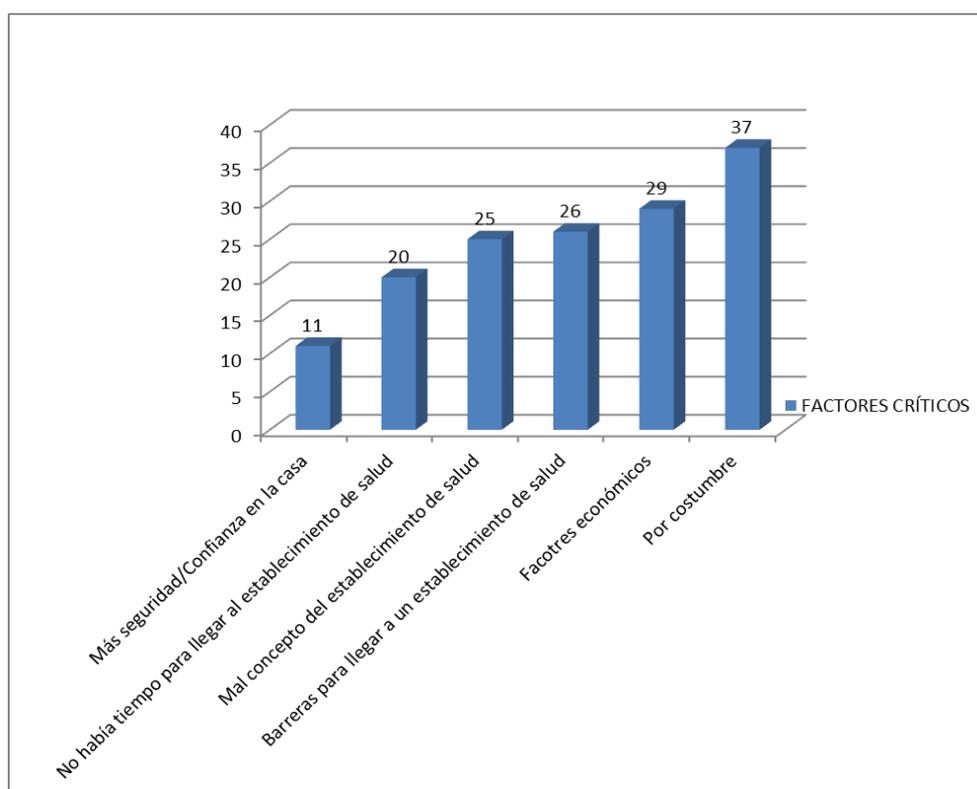
Fuente: ENDEMAIN 2004

Elaboración: Liliana Corrales

Se puede identificar que en el cuadro anterior que el 30,1% de las mujeres indígenas, como ya se ha mencionado, hasta junio del 2004 han recibido atención de parto institucional frente al 80,2% de las mujeres de otros grupos étnicos, encontrando una brecha muy importante entre las diferentes actoras sociales. En relación al control prenatal también se nota una marcada brecha en la atención entre las mujeres de las zonas rurales frente a las mujeres atendidas en zonas urbanas, así el primer grupo presenta el 37% de control prenatal ante el 64,6% de mujeres atendidas en las zonas urbanas.

Otro indicador importante de la brecha existente en la atención de salud reproductiva entre las mujeres de distintas etnias se evidencia en el gráfico a continuación, donde existen 6 factores críticos para que los grupos de mujeres indígenas no asistan para ser atendidas en las unidades de salud del Ministerio de Salud o en alguna institución privada, al contrario, han preferido dar a luz en la casa.

Gráfico 7 Factores por los cuales decidió dar a Luz en casa



Fuente: ENDEMAIN 2004

Elaboración: Liliana Corrales

En el gráfico anterior se puede apreciar que hasta el año 2004, el 37% de las mujeres encuestadas afirma dar a luz en casa debido a la costumbre, esto refleja que quizá sus abuelas y madres también daban a luz en su casa. A pesar de que esto no es malo en sí mismo, el dar a luz en su propia casa les coloca en una situación de riesgo de muerte de la madre y del neonato al no estar atendidas de manera oportuna y efectiva en un centro de salud que les brinde la ayuda profesional necesaria.

Otro factor importante a ser considerado como punto de partida para generar un cambio en la atención materno infantil con enfoque intercultural es que el 29% de las mujeres que dan a luz en sus hogares lo hacen casi por obligación, al no disponer de los elementos económicos básicos para asistir y ser atendidas en un centro de salud, aunque la atención es gratuita, esto demandaba de contar con recursos para la adquisición de algunos insumos para el parto, además de los costos de movilización de la madre y de su familia al centro de salud, por estos motivos prefería quedarse en casa para dar a luz a su nuevo bebé.

Otro 26% significativo encuentra barreras para asistir a un centro de salud, entre estos se podría citar la distancia, la escasez de medios de transporte, entre otros factores que impedían que las mujeres optaran por ser controladas y atendidas en un centro de salud del estado.

Lo expresado, solo refleja lo mencionado en la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado pág. 15 *“Las mujeres indígenas tienen menor acceso a la atención sanitaria de calidad, debido a razones geográficas y económicas, pero sobre todo por la discriminación de género, etnia y cultura, puesto que los servicios de salud no satisfacen sus necesidades ni expectativas.”*

En el año 2000, el Ecuador se convirtió en uno de los 179 países que firmaron la Declaración de los Objetivos del Milenio, donde se acordó una agenda de prioridades hasta el año 2015, donde se considera tanto la disminución de la Muerte Materna como la reducción de la desnutrición y mortalidad infantil.

A lo mencionado se suma la constitución del 2008 que incluye en concepto quichua del SUMAK KAWSAY que traducido al castellano significa BUEN VIVIR, el cual es incluido en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 y en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, planificación nacional que marca el rumbo para que los grupos étnicos históricamente excluidos, sean tomados en cuenta en la construcción y aplicación de la Política Social del Ecuador.

El Ministerio de Salud Pública, orientado también por el Buen Vivir, promueve políticas de salud intercultural, ha construido un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS) enfocado en la salud inclusiva, no solamente curativa sino

primero preventiva con calidad y calidez a favor de los pueblos y nacionalidades ancestrales y la comunidad en general.

3.2.1 Situación de la salud reproductiva en Otavalo

Entre los años 2001 y 2005 se presentaron 10 casos de muerte materna en el área de salud número 4 en el cantón Otavalo, Imbabura, esto representaba el 52% de la población total de madres atendidas en la zona rural. Lo mencionado refleja las condiciones en las que se encontraba el área de salud, a cuyos factores se debió incluir la situación cultural de las mujeres indígenas que tenían resistencia a ser atendida en las unidades de salud.

En el año 2003 el cantón Otavalo fue calificado como área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal, donde se identificaron causas como la brecha intercultural, la concepción que tiene la población indígena acerca de la salud, la misma que difiere del concepto que tienen los profesionales de la salud, esta calificación de área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal es superada en el año 2009 donde no se presentaron muertes por estas complicaciones de salud.

Un antecedente significativo para generar un cambio en la atención en la salud materna y neonatal actual, tuvo su origen en el año 1984 cuando la Federación Indígena y Campesina de Imbabura INRUJTA-FICI, en coordinación con el Hospital San Luis de Otavalo, creó el área de salud JAMBI HUASI, como una iniciativa para enfrentar el déficit dejado por el estado de ese entonces en la atención con servicios públicos de salud a los pueblos indígenas. En JAMBI HUASI se combinó la medicina occidental con la medicina ancestral, esta experiencia dejó al Ministerio de Salud Pública importantes hallazgos, lecciones que indicaban que sería necesario pasar de una iniciativa local limitada por recursos económicos hacia la construcción y aplicación de Políticas de Estado que interviniera en un nuevo modelo de atención inclusiva, intercultural en salud.

En respuesta a esta situación, el Ministerio de Salud busca alternativas que permitieran reducir el índice de mortalidad materna, a través de un enfoque intercultural de atención médica, que permitiera dar asistencia en salud en condiciones más aceptables para el segmento objetivo de mujeres indígenas, reduciendo las muertes de madres y niños, institucionalizando el parto respetando el trasfondo cultural, las tradiciones y costumbres de las mujeres y sus familias.

3.3 La sala de partos culturalmente adecuada

Frente a un pronóstico crítico de riesgo para la mujer indígena y sus neonatos, el Hospital San Luis de Otavalo, presente en el área 4 de Salud de la provincia de Imbabura, plantea implementar una sala de parto culturalmente adecuada, un modelo de servicio diferente a los existentes a nivel nacional, un prototipo que respondería a necesidades de salud con trasfondo intercultural, trascendiendo las condiciones convencionales de atención en salud materna, que surge a partir del diagnóstico que identificaba brechas sociales, culturales, económicas, debido a que el sector indígena de la sociedad representaba históricamente una de los segmentos menos atendidos, y con una desigual redistribución del ingreso que se reflejaba en malas condiciones de salud para su población.

La metodología para implementar el proyecto de instalación de una sala de parto culturalmente adecuada en el hospital San Luis de Otavalo consiste en la aplicación de cinco fases que se detallan en los siguientes párrafos.

3.3.1 Fase de diagnóstico

Previamente a la implementación e instalación de la sala de partos con acento cultural, se desarrolló un diagnóstico que abarcó ocho parroquias, en un universo de 320 mujeres indígenas que utilizaban los servicios de maternidad, además el estudio incluyó a 40 funcionarios del hospital en Otavalo. Este estudio reflejó las percepciones y las prácticas culturales de las mujeres usuarias y de los profesionales de la salud reproductiva, encontrando algunos factores culturales, que representaban la razón de implementar el proyecto, factores que fueron identificados y atendidos para solucionar el diagnóstico.

Tabla 15 Opinión de los profesionales de la salud acerca de las pacientes indígenas

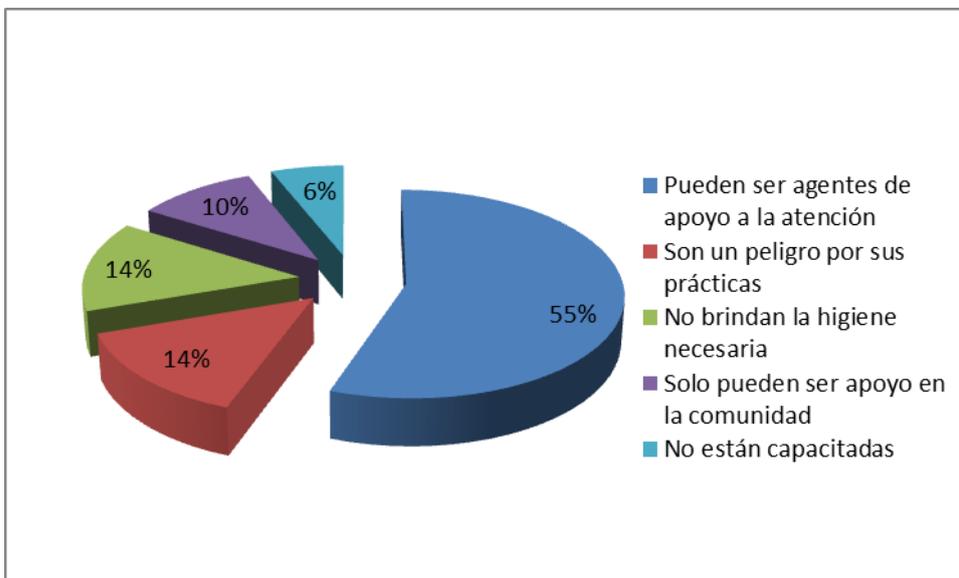
Le pide que se asee	Le pregunta sobre sus costumbres	Deja entrar a un familiar o partera	Le pregunta como desea dar a luz	No hace nada diferente
66%	41%	31%	22%	12%

Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

ELABORACION: Liliana Corrales

Los datos presentados en la tabla anterior muestra la forma en que los profesionales médicos se aproximan a las pacientes indígenas durante la atención del parto, el 66% de los profesionales afirma que le solicita que se asee, el 41% le pregunta sobre sus costumbres. Los dos factores analizados reflejan una separación entre las culturas de las pacientes y los médicos del hospital. Un factor que debe ser resaltado es que el 31% de los profesionales que atienden a las mujeres indígenas permite que un familiar o la partera ingresen a la sala de parto, lo cual indica que las mujeres de esta etnia acostumbran a acompañarse de alguien de su confianza para sentirse seguras durante la labor de parto.

Gráfico 8 Opinión de los profesionales de la salud acerca de las parteras



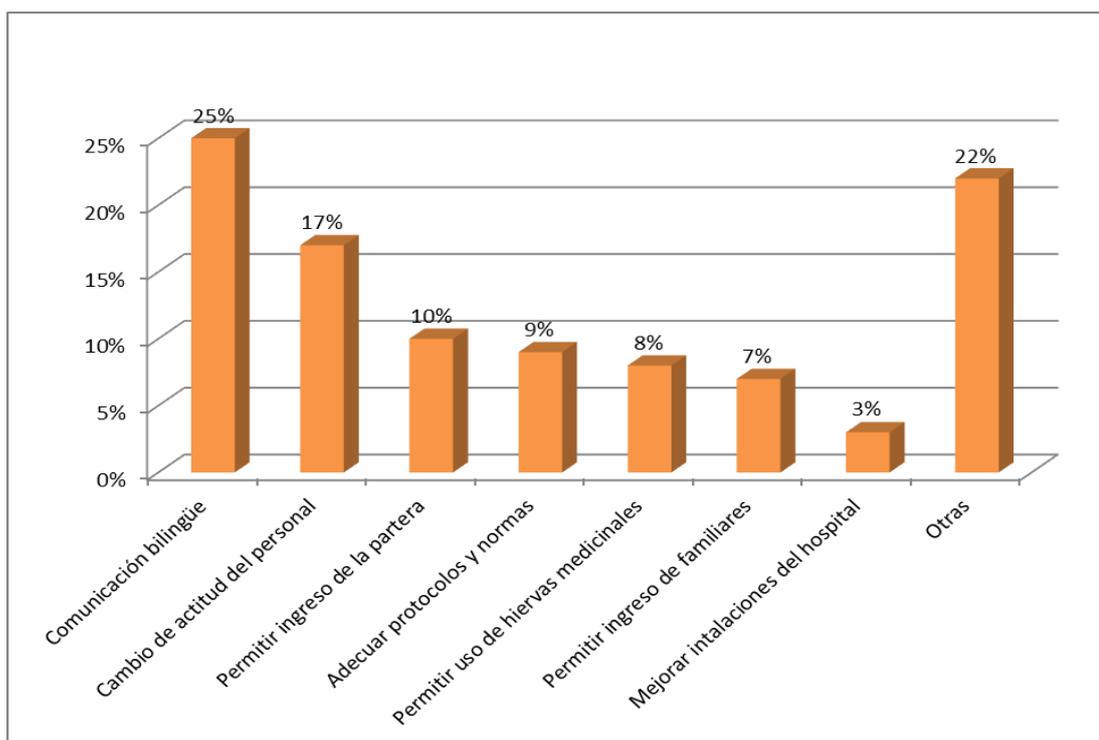
Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

Elaboración: Liliana Corrales

Un hecho relevante en la atención a las mujeres indígenas es la presencia de la partera de la comunidad, que debido a la experiencia de atender partos de manera empírica, según el 55% de los profesionales encuestados, éstas podrían representar un apoyo en la atención de las madres y los neonatos. Al contrario, el 14% piensa que las parteras podrían representar un peligro para las mujeres atendidas debido a que sus prácticas no se alinean al manejo profesional del parto, lo cual podría poner en riesgo a las mujeres atendidas. Otro 14% coincide en que las parteras no brindan la higiene necesaria para este tipo de labor tan delicada que requiere máximo cuidado. Según se puede apreciar, el 45% de los médicos no estaban de acuerdo con la participación de la partera en el momento de atender a la madre

en la labor de parto, por esto, existía una brecha, un nudo crítico para aplicar el modelo de atención considerando los factores culturales de este segmento, por lo que se tenía que trabajar en la aceptación de los profesionales de la salud hacia los factores culturales, entre ellos, la participación de las parteras.

Gráfico 9 Factores de cambio en la atención del parto a mujeres indígenas



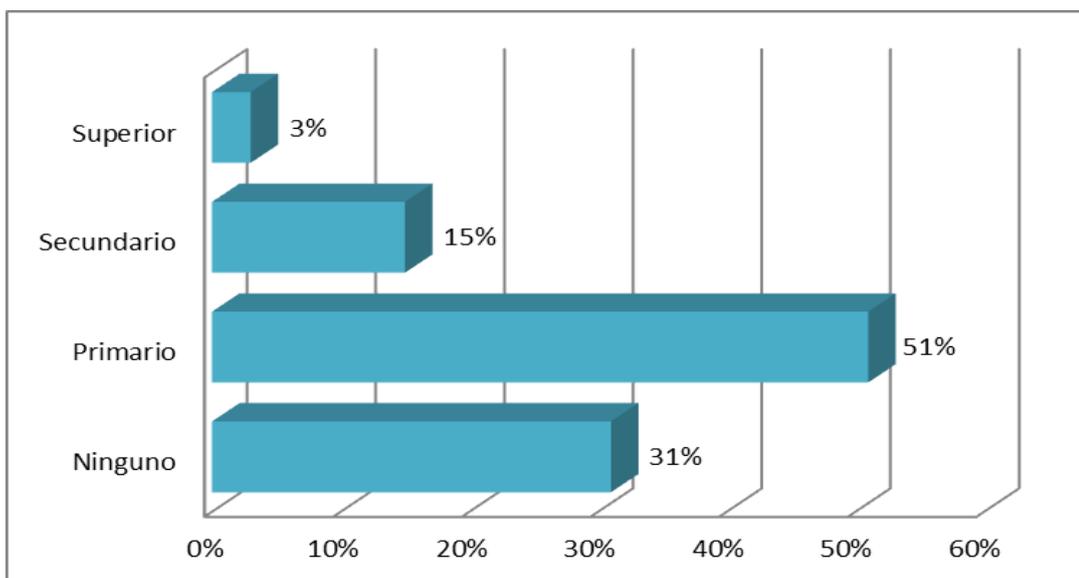
Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

Elaboración: Liliana Corrales

La encuesta además de presentar los problemas existentes, también proponía soluciones por parte de los encuestados, el 25% los médicos y demás profesionales de la salud encuestados coincidieron en que uno de los principales factores que debían cambiar para hacer accesible la atención en salud a este grupo vulnerable era la comunicación en su propio idioma, no solamente el castellano. Además de la comunicación bilingüe sostenía que se requería un cambio de actitud del personal mestizo hacia las mujeres indígenas y sus familias para tener un acercamiento cultural que permita alcanzar niveles de confianza para ser atendidas en el hospital San Luis. El 10% de los médicos pensaba que un factor importante para cambiar frente a la problemática existente sería que se permitiera el ingreso de la partera en la sala de parto culturalmente adecuada, lo cual era un factor de seguridad

para la paciente al momento de ser atendida. La encuesta reveló que la utilización de hierbas medicinales, la adaptación de normas y protocolos de atención, así como el mejoramiento de las instalaciones del hospital de acuerdo a las necesidades de la cultura indígena, sería necesario para complementar el proyecto y tener éxito en la atención transcultural del parto, en un ambiente adecuado. Una vez identificados estos factores de éxito, el proyecto propendería a iniciar en un panorama que buscaba transformar la forma de pensar y de actuar de los profesionales de la salud frente a sus pacientes.

Gráfico 10 Nivel de instrucción de las usuarias



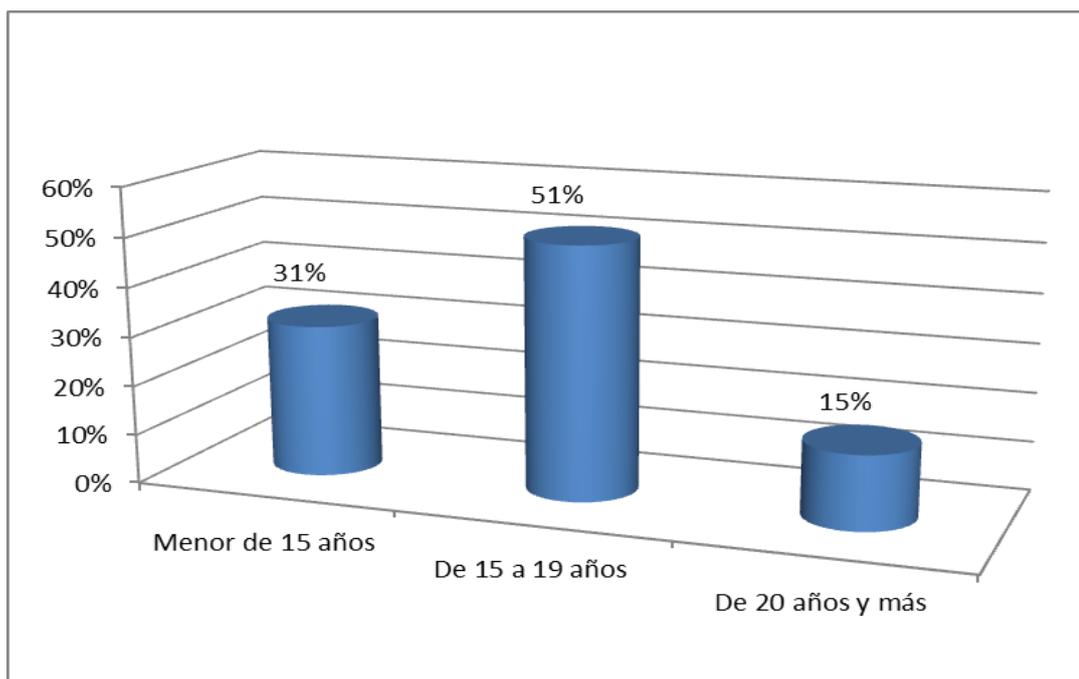
Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

Elaboración: Liliana Corrales

Es importante considerar que el grupo de mujeres indígenas ha sido un sector relegado y escasamente atendido por los servicios que brinda el sector público y privado, lamentablemente, este segmento es vulnerable frente a los riesgos por un bajo nivel de atención en su salud reproductiva. Los estudios realizados muestran que el 51% de las mujeres indígenas usuarias del hospital San Luis de Otavalo solamente han estudiado en la primaria, lo que indica que es un segmento con escasa información acerca de la salud sexual y reproductiva, sin conocimiento de planificación familiar, el 31% de ellas no tienen ningún nivel de escolaridad. Lo que se evidencia es que alrededor del 82% no pasan de tener estudios primarios. Apenas el 15% de ellas tienen estudios secundarios y el restante 3% tienen estudios superiores.

Una relación significativa entre el bajo nivel de escolaridad y el riesgo en la salud reproductiva de las mujeres indígenas de Otavalo, lo que implicaba que en el proyecto se deberían encontrar y aplicar mecanismos para combatir el desconocimiento y la pobreza para implementar el proyecto de la Sala de Parto Culturalmente adaptada.

Gráfico 11 Edad de la mujer en su primer embarazo



Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

Elaboración: Liliana Corrales

Además del trasfondo cultural y nivel de escolaridad de las usuarias del hospital San Luis, la edad de las madres es otro factor de riesgo y vulnerabilidad, como se puede apreciar en el gráfico anterior, el 51% de las usuarias del Hospital San Luis están entre las edades adolescentes de 15 a 19 años, también se debe recalcar que el 31% son menores de 15 años, lo cual suma un porcentaje de 82% de mujeres adolescentes atendidas en el hospital y que demandaban de una atención diferente a la que recibían hasta entonces. De las mujeres investigadas previamente a la implementación del proyecto, solamente el 15% tenía 20 años o más. En general, las mujeres indígenas empiezan a ser activas sexualmente y en términos de reproducción, en la adolescencia.

3.3.2 Fase de sensibilización al personal de la salud del hospital en el idioma Kichwa

Una vez identificados los problemas encontrados en la fase de diagnóstico, estos fueron difundidos con la finalidad de sensibilizar a los profesionales de la salud, al personal que trabajaba en el hospital San Luis de Otavalo, de tal manera de crear conciencia de las razones por las que las mujeres indígenas no estaban asistiendo a ser atendidas en el hospital, y el riesgo en que se encontraban si esto no cambiaba.

Para facilitar la implementación del proyecto de la Sala de parto culturalmente adecuada, se propuso la realización de varios cursos de kichwa dirigidos al personal profesional del hospital San Luis, esto se originó en el diagnóstico, donde se evidenció que el 12% de las mujeres indígenas se sentían mejor al ser atendidas en su propio idioma. Además, como se puede apreciar en el cuadro a continuación, en la encuesta realizada a los profesionales de la salud, el 33% de ellos coincide en que el idioma es una de las principales barreras en la atención debido a las dificultades para realizar una efectiva comunicación con sus pacientes.

Tabla 16 Barreras en la atención

Comunicación oral	No tiene confianza en el servicio	No siguen las indicaciones prescritas	No regresan luego de la consulta	Comunicación escrita	Otra
33%	17%	17%	17%	4%	12%

Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

Elaboración: Liliana Corrales

La dirección provincial bilingüe de Imbabura y el Gobierno Municipal de Otavalo facilitaron docentes para que se realizaran dos cursos de 75 y 45 horas de duración respectivamente, en horarios accesibles para los participantes, que fueron médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, luego del curso se obtuvo certificados avalados por la mencionada entidad de educación.

La organización Jambí Huasi como socio estratégico del proyecto, diseñó un manual básico de kichwa para los profesionales de la salud, esto complementaría la iniciativa de participación de los profesionales de la salud en los cursos descritos. Esto permitiría romper

otra barrera fundamental para brindar un servicio integral a la población indígena de Otavalo, al contrario, ayudaría a tender puentes interculturales entre los profesionales de la salud, y sus pacientes y sus familiares.

Tabla 17 Contenido del manual de Kichwa

Contenido del Manual de Kichwa
CAPÍTULOS
Presentación del médico y paciente
Toma de signos vitales
Partes del cuerpo humano
Diagnóstico
Indicaciones para que tome el tratamiento
ANEXOS
Señalética de los servicios en kichwa y Español
Listado de las denominaciones de las especialidades médicas en kichwa y Español
Cuadros con preguntas básicas de la sintomatología más frecuente en los pacientes

Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

Elaboración: Liliana Corrales

EL Ministerio de Salud Pública del Ecuador adoptó el manual elaborado por Jambi Huasi y lo presentó en el lanzamiento del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal, en el año 2008.

3.3.3 Fase de Capacitación al personal de la salud del hospital San Luis de Otavalo

Uno de los justificativos de los médicos durante el diagnóstico fue que no habían recibido capacitación en la atención del parto vertical, la cual era una demanda primordial de las mujeres indígenas, además, la sala de partos estaba adecuada para este tipo de

atenciones, y para cubrir esta necesidad se hacía necesario implementar una serie de talleres de capacitación a los médicos, obstetrices, enfermeras, auxiliares y parteras que formaban parte del equipo de atención de partos en la sala culturalmente adecuada, la capacitación se realizó mediante 8 talleres impartidos por un médico consultor que brindaba acompañamiento y asesoría personalizada. Los temas impartidos en los talleres, se citan en el cuadro a continuación.

Tabla 18 Temas de capacitación impartida a los profesionales

TEMAS DE CAPACITACIÓN IMPARTIDOS A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD- HOSPITAL SAN LUIS
Cosmovisión del pueblo indígena e interculturalidad de la salud en los pueblos ancestrales andinos. Explicación del calendario andino, funcionamiento de los solsticios y equinoccios (niños engendrados en los solsticios nacen en los equinoccios)
Valores humanos del ser hombre y mujer en la cultura indígena
Desnutrición, anemia en mujeres indígenas vs atención prenatal vs mejoría del estado nutricional en base a productos ancestrales andinos
Diferencias fisiológicas entre el parto horizontal y el parto culturalmente adecuado
Explicación científica del parto culturalmente adecuado y su aplicabilidad en el Hospital San Luis de Otavalo
Socialización del trabajo de las parteras y su práctica en la comunidad
Intercambio de experiencias
Planificación para la permanencia de las parteras en el servicio de parto culturalmente adecuado

Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

Elaboración: Liliana Corrales

Además de los temas citados, que fueron impartidos al personal profesional médico del hospital, se desarrolló capacitación a las parteras como parte del equipo técnico de atención en la sala de parto culturalmente adecuada, los temas se pueden apreciar en el cuadro siguiente.

Tabla 19 Temas capacitación a usuarias y parteras

TEMAS DE CAPACITACIÓN IMPARTIDOS A LAS USUARIAS Y PARTERAS DEL PROYECTO	
CONCEPTO	CONTENIDO
Yachac / Partera:	Preparación espiritual, explicación de masajes digitales para que el marido los realice en los centros energéticos
Médico:	Indica manejo de los ritmos respiratorios, respiración gutural diafragmática, la posición adecuada de acostar al huahua luego de la lactancia y haber expulsado gases.
Shunkunikikuy o Acto de Arrullar:	Hablar desde el corazón hacia el corazón, que es la ciencia de la afectividad, la magia del arrullo maternal/paternal que afirma la experiencia humana sobre la cognición, y subraya la importancia de la relacionalidad inclusiva, la vincularidad, la dualidad, la paridad, la reciprocidad y la complementariedad en el pariverso de la chacana (escalera) efectiva, de la espiritualidad andina.

Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

Elaboración: Liliana Corrales

3.3.4 Fase de implementación de la Señalética del Hospital

La población indígena tiene la percepción de que los hospitales y unidades de salud son lugares propios de la cultura blanca y mestiza, por lo que existe una resistencia natural que proviene de la concepción cultural indígena, para no utilizar los centros de salud, esta era una barrera intrínseca que había que romper, para hacerlo, se comenzó con cambios aparentemente poco significativos, sin embargo, debido a que el idioma kichwa es más oral, esto repercutiría de manera importante en la ruptura de las barreras culturales y del idioma, brindando más confianza a la población indígena, enviando mensajes de que el hospital no solo pertenecía a los mestizos sino también a los indígenas. De esta manera se sensibilizó la interculturalidad, mediante imágenes e imaginarios en los dos idiomas predominantes en el cantón Otavalo, señalética que se colocaría en los espacios del hospital, y que se describe en el siguiente cuadro.

Tabla 20 Señalética del Hospital san Luis de Otavalo

Nombre en kichwa de los servicios de un hospital	
Dirección	HATUN PUSHAK UKU
Secretaría	KILLKAK URU
Coordinación de área	HAMBI HUASIKUNAWAN LLANKAK
Dirección Financiera	KULLKI KAMACHIK UKU
Epidemiología	UNKUYKUNAMANTA
Información	WILLAY UKU
Archivo y Estadística	KAWSYMANTA KILLKANA PANKAKUNA
Toma de datos	KAWSAYTA HAMPIK UKU
Preparación	ALLICHIRINA UKU
Vacunación	UNKUYMANTA TUKSINA UKU
Curaciones	HAMPINAKUNA
Cirugía	PITINAPAK SIRASHPA HAMPI UKU
Traumatología	TULLUKUNATA HAMPINA UKU
Medicina interna	JATUN UNKUY RUNAKUNATA JAMPINA UKU
Odontología	KIRUKUNATA HAMPINA UKU
Ginecología	WARMICUNAPAK UNKUY HAMPINA UKU
Pediatría	WAWAKUNAPAK UNKUY HAMPINA UKU
Entrega de resultados	UNKUYMANTA WILLACHIK UKU
Laboratorio	UNKUYKUNATA RIKUK UKU
Farmacia	HAMPIKUNATA HATUNA UKU
Caja-Recaudación	KULKITA TANATACHY UKU
Baño	ISHPANA UKU
Rayos X	RAYOS X RURY UKU

FUENTE: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador

ELABORACIÓN: Liliana Corrales

La importancia que tiene el SUMAK KAWSAY en la Constitución de la República del Ecuador y el muy socializado Plan Nacional para el Buen Vivir promovido ampliamente por el estado ecuatoriano a partir del 2008, ha facilitado la implementación de señalética bilingüe en castellano y kichwa, pues no solamente se ha integrado en el hospital San Luis, sino en casi todas las entidades del sector público, volviéndose muy común respetar los espacios de la población indígena a través de imágenes y letreros, lo cual ha contribuido a generar un empoderamiento de los espacios a los que la población indígena tradicionalmente no tenía acceso.

3.3.5 Fase de Capacitación, evaluación y certificación a las parteras del cantón Otavalo

Las experiencias vividas en años anteriores fueron importantes para recoger conocimientos para el proyecto, en el año 2005, a partir de las muertes maternas y neonatales presentadas en Otavalo, los casos de tétanos neonatal, las bajas coberturas de vacunación y atención materna, motivaron varias iniciativas de organismos y organizaciones sociales y políticas, una de ellas fue la iniciativa proveniente del Gobierno Municipal de Otavalo de ese entonces para capacitar a las Parteras en temas de salud. Otra iniciativa importante fue en el 2006 CARE implementó el proyecto “Proyecto de Supervivencia Materna e Infantil” que consistía en fortalecer al trabajo coordinado entre las diferentes instituciones para cumplir el objetivo del proyecto, reducir la muerte materno infantil.

En esta fase la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, a través del área de Salud Intercultural ejecutó un plan de capacitación permanente a las parteras de la comunidad además de certificarlas, aprobando sus conocimientos ancestrales en atención de partos. Se aprovechó que las parteras habían sido capacitadas durante ocho años a través de HAMBÍ HUASI, el Hospital San Luis de Otavalo y durante cuatro años por el Gobierno Municipal de Otavalo.

El papel de las parteras es fundamental entre las mujeres indígenas, sus prácticas permiten que ellas se sientan cómodas y seguras, los preparativos y brebajes naturales son aceptados entre este segmento durante la atención prenatal, durante y después del parto, elementos que no eran considerados en la atención convencional del hospital.

La capacitación a las parteras estaba a cargo del Hospital San Luis de Otavalo y constaba de los siguientes temas:

Tabla 21 Temas de capacitación a parteras

No.	TEMATICA
1	Cuidados durante el parto
2	Enfermedades de Transmisión sexual, VIH/SIDA
3	Riesgos obstétricos durante el embarazo y atención al recién nacido vivo
4	Hemorragias en la segunda mitad del embarazo
5	Complicaciones en el embarazo
6	Riesgo de un aborto
7	Menopausia
8	Manejo de desechos hospitalarios
9	Participación en talleres para la construcción del código de ética
10	Elaboración de pomadas y otros preparados medicinales
11	Intercambio de experiencia de hombres y mujeres de sabiduría
12	La capacitación , acreditación y definición sobre el rol de las parteras (articulación del trabajo de las parteras en el proceso de atención del parto y su rol en la comunidad)

Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador (Pag. 79)

Elaboración: Liliana Corrales

No solamente la capacitación sirvió como un nexo de acercamiento entre las parteras y los profesionales de la salud del Hospital San Luis, sino que además se propiciaron diálogos e intercambios para apuntalar estas aproximaciones, lo cual fue redefiniendo su participación en la Sala de Parto con enfoque cultural, de donde se establecieron roles claros para este grupo de parteras, que se habían constituido como una asociación integrada por 35 mujeres de diferentes comunidades indígenas, el nombre de esta asociación era PAKARICHI HUARMIKUNA, cuya edad promediaba los 60 años y de mayoría analfabetas. Entre las funciones que debían cumplir las parteras se citan las siguientes:

Tabla 22 Roles de las parteras en la sala de parto culturalmente adecuada

Roles de las parteras en la Sala de Parto Culturalmente Adecuada
Acompañamiento durante el embarazo, visitas domiciliarias y orientación sobre cuidados e identificación temprana sobre posibles riesgos
Acompañamiento al hospital para chequeos durante el embarazo en caso necesario
Acompañamiento al hospital para el parto. En este caso están autorizadas por el hospital para entrar a la sala de lbor, siguiendo las normas de asepsia
Apoyo con masajes a las parturientas durante el periodo de labor
Apoyo emocional a las parturientas, acompañándolas y apoyándolas, brindando confianza. Una vez que ellas mismas han ganado ganano confianza en el hospital y han establecido relaciones con algunos profesionales en el hospital
Uso de infusiones de plantas medicinales de acuerdo a las necesidades y etapas del parto, y en consulta con el profesional
Participación en la atención del parto culturalmente adecuado y el parto cuando las mujeres así lo requieran y siempre que el personal de salud esté presente

Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador (pag. 80)

Elaboración: Liliana Corrales

Catorce parteras certificadas tienen un cronograma para realizar veladas y turnos en el Hospital San Luis, con la finalidad de contar con sus servicios permanentemente en las salas de parto. Sus remuneraciones han sido un nudo crítico para el proyecto, debido a que no se cuenta con una estructura legal para realizar pagos por sus servicios en el sector público-Salud, sin embargo, el Municipio de Otavalo realiza un pago mínimo a las parteras mediante un proceso de coordinación interinstitucional entre el Hospital San Luis y la Asociación de parteras para dar continuidad a su inclusión en los servicios de salud del Hospital. Cabe mencionar que las parteras colaboran con la Red comunitaria de Intervención para la Reducción de Muerte Materna, para mantener actualizado el mapa parlante de las mujeres embarazadas y su situación de riesgo, actividad que se desarrolla juntamente con las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en Imbabura.

3.3.6 Fase de implementación y adecuación del área física de la sala de parto

La ergonomía de la sala de parto, debía alcanzar un concepto intercultural, confortable para las mujeres indígenas, atractivo para llamar su atención y su confianza para ser atendidas en un ambiente familiar para su cultura y costumbres, con médicos que entendieran su idioma y sus necesidades, que respetaran sus tradiciones, con implementos y accesorios típicos para ese gran momento de traer a luz un neonato.

La implementación física de la sala de parto culturalmente adecuada requería de recursos financieros se hizo necesaria la realización de alianzas estratégicas entre el Ministerio de Salud Pública del Ecuador con el aporte financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA y la colaboración del Gobierno local del cantón Otavalo, además del apoyo de la comunidad beneficiaria.

La sala de parto es independiente y se distribuye en dos ambientes, por un lado se encuentra el ambiente interno para la atención del parto y por otro lado un ambiente donde se ha instalado el escritorio con los cuadernos y libros de registros de atención prenatal de la partera, el recetario y otros documentos necesarios para la gestión administrativa. La sala contiene en la parte lateral una estantería empotrada a la pared, donde se han colocado un tiesto, pañales, plantas medicinales, una cocina de leña decorativa, una cama con estera donde se brinda atención prenatal.

La sala tiene las características de un hogar indígena con acabados mixtos de madera y baldosa, contiene una chimenea artificial, calefactor y un espacio para la preparación de infusiones de hierbas medicinales. Se ha tenido cuidado de ubicar la sala de partos frente a otra sala normal para que la paciente reciba atención más especializada con los demás recursos del hospital en caso de presentarse una emergencia durante la labor de parto.

El cuadro a continuación muestra los implementos físicos de la sala de parto culturalmente adecuada:

Tabla 23 Equipos, material e insumos de la sala de partos culturalmente adecuada

Cantidad	Equipos y Materiales	Insumos
1	Cama de una plaza y media	Batas desechables
1	Colchoneta	Mascarillas
3	Soportes de madera empotrados en la pared	Guantes quirúrgicos
1	Soga de soporte	Gorras desechables
1	Lavacara	Jeringuillas de 3ml,5ml y 20ml
1	Olla	Esparadrapo
1	Cafetera	Sueros
2	Basureros para clasificar basura	Savlón
1	Cuna térmica con tanques de oxígeno	Clamp umbilical
1	Perilla para succionar	Pitocin
1	Cama con estera	Torundas
1	Balanza pediátrica	Diclofenac sódico
1	Calefactor	Cytotec
1	Cafetera eléctrica	Sulfato de magnesio
	Tapices	Venoclisis
	Cobijas	
	Portasueros	

Fuente: Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador (pag. 74)

Elaboración: Liliana Corrales

La sala de partos culturalmente adecuada se institucionalizó en el año 2008 con la participación de las autoridades nacionales, provinciales, cantonales y con una fiesta de las comunidades del cantón Otavalo.

3.3.7 Fase de ejecución y evaluación del proyecto

Hasta fines del 2010, se evidencian varios hallazgos importantes por la realización del proyecto, el parto en el hospital se incrementó en el 9,9% , de lo cual el 54% correspondía a la población indígena del sector rural. En valores absolutos, los partos atendidos en el año 2008 ascendieron a 1555 alumbramientos, mientras que en el 2009 se evidencian 1709 partos, y en el año 2010 se atendieron 1872 partos , incrementando el nivel de cobertura de atenciones en de 55,2% al 65% hasta el 2010, cuyos segmentos atendidos no solamente se dio para la población indígena sino también a otros grupos étnicos como los mestizos y afroecuatorianos.

En el periodo 2008-2010 la mortalidad materna disminuyó drásticamente a cero en el cantón Otavalo debido a la implementación del proyecto. Este y otros factores de éxito produjeron

que la Sala de Partos culturalmente adecuados se convirtiera en un referente de atención a nivel nacional, por lo que además se volvió un área de capacitación para profesionales de distintas partes del país, así mismo se incrementó la cobertura de parto institucional y se rompió las barreras y brechas de atención en salud existentes entre la medicina occidental y la medicina ancestral requerida en el cantón Otavalo, donde se presentaron una serie de cambios en la prestación de servicios de medicina tradicional que se ofrecía hasta el momento de implementación del proyecto, incrementando la posibilidad de cumplir con los derechos de la mujer, para interrumpir el desencuentro cultural mencionado.

3.4 Procesos de Atención

El proceso de atención del Parto culturalmente adecuado siguen estándares levantados desde Planta Central del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los mismos que se aplican al proyecto de parto con la finalidad de mantener un alto nivel de calidad en la atención de la salud reproductiva en Otavalo y el resto del país donde progresivamente se implementarán salas con enfoque transcultural, a continuación se mencionan los estándares mencionados.

3.4.1 Estándares de Entrada

1. Todo Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención (Centro de Salud Tipo C) y del Segundo Nivel de Atención (Hospital Básico) las salas de partos/UTPR estará adecuado para la atención del parto normal de bajo riesgo en libre posición con pertinencia intercultural.
2. Todo Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención (Puesto de Salud, Centro de Salud Tipo A y B) contará con un ambiente adecuado para la atención del parto normal inminente de bajo riesgo en libre posición con pertinencia intercultural.
3. Todo Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención (Centro de Salud Tipo C) y del Segundo Nivel de Atención (Hospital Básico) contará con el 100% de mobiliario, equipamiento, instrumental, insumos, medicinas y normativas para la atención de parto normal de bajo riesgo en libre posición con pertinencia intercultural.
4. Todo Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención (Puesto de Salud, Centro de Salud Tipo A y B) contará con el 100% de mobiliario, equipamiento, instrumental, insumos,

medicinas y normativas para la atención de parto normal inminente de bajo riesgo en libre posición con pertinencia intercultural.

5. Todo profesional y personal del Establecimiento de Salud involucrado en la atención de partos, estará sensibilizado y capacitado en el proceso de atención de parto normal de bajo riesgo en libre posición con pertinencia intercultural.

3.4.2 Estándares de Proceso

1. En todo primer control prenatal atendido en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel se realizará el plan de parto y de emergencia, con la mujer embarazada y su familiar.

2. En todo parto normal de bajo riesgo atendido en el Establecimiento de Salud, se permitirá a la usuaria que desee, el acompañamiento de la pareja, familiar, partera/o, u otro, durante el trabajo de parto y el parto, y se registrará en la historia clínica perinatal (formulario 051).

3. Todo parto normal de bajo riesgo atendido en el Establecimiento de Salud, se atenderá en la posición que la usuaria elija, y se registrará en la historia clínica perinatal (formulario 051) y en el libro de partos.

4. En todos los partos normales de bajo riesgo atendidos en el Establecimiento de Salud se realizarán tactos vaginales de acuerdo a la norma materna.

(Luego del primer examen, repetir el siguiente tacto vaginal cuando sea estrictamente necesario (OMS), intentar espaciarlo, habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma. (*Norma y Protocolo Materno – MSP – 2008*).

3.4.3 Estándar de Salida o de Resultados

1 Todo profesional de salud involucrado en la atención de partos aplica la norma de atención del parto de bajo riesgo en libre posición con pertinencia intercultural.

2. Todas las mujeres atendidas por parto normal de bajo riesgo en libre posición, deberán estar satisfechas con la atención recibida.

CAPITULO IV
MARCO METODOLÓGICO.

4.1 Enfoque de la investigación

Para realizar el análisis de la incidencia de la institucionalización del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el hospital San Luis de Otavalo, implementación de sala de parto culturalmente adecuada del 2008 al 2013, el enfoque de la investigación se lo realiza a través del enfoque cualitativo, que es el más utilizado en las ciencias sociales.

El método cualitativo permite analizar el mundo social y se desarrolla una teoría consistente para observar que ocurre en ella.

La recolección de datos e información consiste en obtener diferentes puntos de vista en este caso de los usuarios del servicio de la sala de partos culturalmente adecuada y conocer las experiencias y percepciones.

4.2 Tipo de investigación

4.2.1. Investigación Descriptiva

Se utilizó este tipo de investigación porque permitió describir y analizar el entorno en el que se desarrolla el tema de Salud Reproductiva en el país, bajo un contexto intercultural desarrollado en el Hospital San Luis de Otavalo.

4.2.2. Investigación de campo

Para el desarrollo de esta investigación fue indispensable ir al lugar de los hechos, es decir al Hospital San Luis de Otavalo, y conocer los servicios que se brinda a la comunidad; se encuentra ubicado en el Cantón Otavalo de la Provincia de Imbabura, con este tipo de investigación fue posible recopilar y registrar la información fehaciente del Hospital.

4.2.3. Investigación documental.

El tipo de investigación documental fue fundamental para elaborar el marco teórico ya que por medio de la recolección y el estudio de fuentes bibliográficas como: libros, artículos científicos, guías y normativa legal; se puede contar con información confiable, profundizar en conceptos y presentar resultados coherentes.

4.3. Métodos.

4.3.1. Método Teórico

Ayudó como orientación en el desarrollo de la investigación, para organizar, clasificar, comparar, separar, resumir y generar la nueva información de cada uno de los datos obtenidos.

4.3.2. Método inductivo-deductivo

Estos métodos son los que demostraron en forma interpretativa, mediante la lógica, llegando a conclusiones en su totalidad a partir de unas premisas, de manera que se garantiza la veracidad de la investigación.

4.3 Población y muestra.

La población se tomará en cuenta de las estadísticas presentadas por el Hospital San Luis de Otavalo en relación al número de partos atendidos en la sala de partos culturalmente adecuada durante el periodo de enero a junio del año 2014 que corresponde a 130 partos (mujeres indígenas que han sido atendidas en la sala de partos).

4.3.1. Muestra.

Para extraer a la muestra con la que se trabajara se aplicará la fórmula de muestreo aleatorio simple, aplicada cuando la población es superior a 100.

Tamaño de la muestra, considerando como población 130 mujeres que dieron a luz en la sala de partos culturalmente adecuada.

$$\text{Formula } n = \frac{(Z^2) \cdot p \cdot q}{(e^2)}$$

Donde

z= Probabilidad del nivel de confianza 1,96 (nivel de confianza de 95%)

p, q= varianza de la proporción p = 0,5 q = 0,5

e = error mínimo permitido 5% 0,05

N= población.

n = muestra.

El valor de la muestra es de 98 a ser aplicadas a mujeres que utilizaron la sala de partos culturalmente adecuada.

4.4 Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos.

Observación.

Esta técnica de recolección de datos permitirá determinar a través de la descripción e interpretación de los eventos de interacción o las relaciones cotidianas entre las mujeres indígenas embarazadas, los profesionales de salud, parteras y personal del Hospital. Estas observaciones se enfocaran a condiciones de trato y respeto.

Encuestas

Se aplicará la encuesta de satisfacción por la atención de parto, de acuerdo a los estándares e indicadores de atención de parto culturalmente adecuado del Ministerio de Salud Publica 2011, mismo que será aplicado a la muestra seleccionada

A través de esta encuesta se conocerá el tiempo de espera, la información proporcionada a la paciente, el trato, la comodidad, la limpieza y los derechos y respeto cultural.

Entrevistas.

Se realizan entrevistas estructuradas a informantes claves como directivos del Hospital San Luis de Otavalo, quienes nos permitirán conocer con mas detalle el modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural.

4.5. Procesamiento y Análisis de resultados

La información será procesada a través de programas computacionales EXCEL, WORD, SPSS.

Los datos recopilados serán precisados a través del análisis y síntesis, para convertirlos en información que se presenta en forma de cuadros y gráficos.

La información procesada será analizada e interpretada, la misma que será realizada con la información cualitativa y cuantitativa, para llegar al conocimiento más cercano del concreto real, sin privilegiar ninguna de sus dimensiones.

CAPITULO V
DISCUSIÓN

El desarrollo humano y de salud permite el ejercicio de los derechos humanos y reproductivos en el país, una de las herramientas indispensables son los modelos locales interculturales de salud reproductiva para mujeres indígenas.

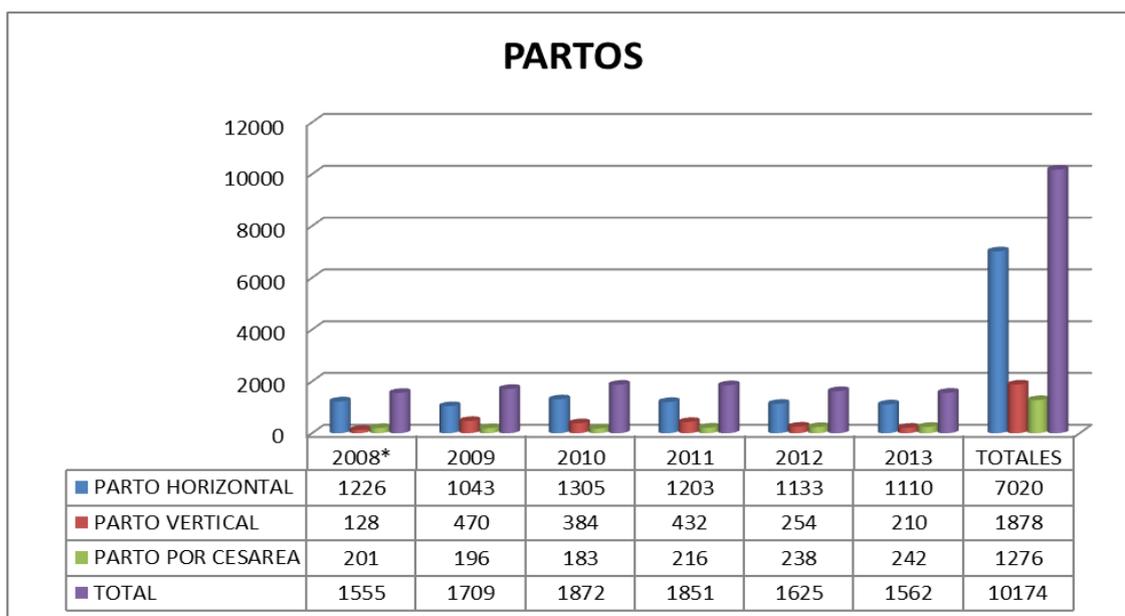
En el análisis realizado en cuanto a la incidencia de la institucionalización del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo, se puede observar que este modelo ha permitido la restitución de los derechos y la articulación de conocimiento, saberes y prácticas ancestrales de salud.

Como hemos mencionado anteriormente, el modelo se aplicó desde mayo del 2008 y sigue funcionando en la actualidad, varios hallazgos de la investigación determinan que fue una propuesta muy efectiva en su momento que generó muchos conocimientos en relación a los derechos y respeto cultural que permitió fortalecer al personal de salud e iniciar conjuntamente un trabajo con la comunidad, brindando un mejor acceso a los servicios de salud de la mujer indígena.

5.1 Partos generales del hospital San Luis de Otavalo 2008 - 2013

Los resultados que se han obtenido en relación al total de partos recibidos durante el período de análisis son los siguientes:

Gráfico 12 Partos generales HSLO 2008 -2013



*parto vertical desde mayo 2008

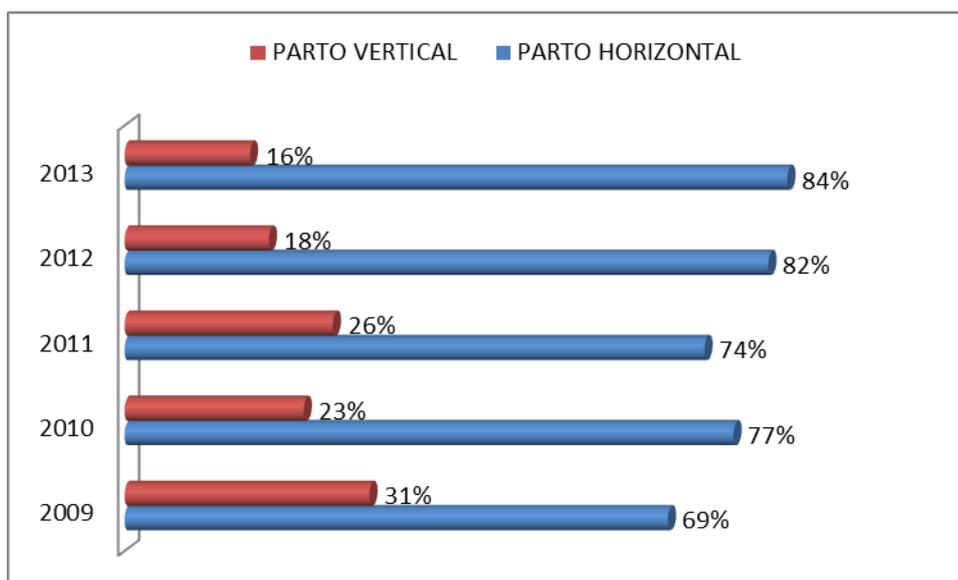
FUENTE: Aseguramiento de la calidad HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales.

El total de partos durante el periodo 2008 al 2013 son de 10.174 partos, distribuidos en 7.020 partos horizontales, 1.878 partos verticales (atendidos en la sala de partos culturalmente adecuada) y 1276 partos por cesárea, pudiéndose evidenciar que las mayores cantidades de partos se dieron en los años 2010 con un total de 1.872 partos, seguidos del año 2011 con un total de partos de 1.851, mientras que la mayor cantidad de partos verticales atendidos en la sala de parto culturalmente adecuada son en los años 2009 con 470 y 2011 con 432.

Si analizamos el total de partos en términos generales, se puede observar que a partir del año 2011 existe una disminución de los mismos, lo que constituye una situación que se deriva del aumento de la cobertura de servicios de planificación familiar; así como las acciones que están contempladas en la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA).

Gráfico 13 Porcentaje de partos 2009 - 2013



FUENTE: Aseguramiento de la calidad HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales.

En el gráfico anterior se puede evidenciar los porcentajes de los partos tanto horizontales como verticales en relación a cada año de estudio, considerando años completos, es decir sin el año 2008 (cuyos datos son a partir de mayo). El promedio del porcentaje total de partos verticales en relación al total de partos horizontales del periodo del 2009 al 2013 corresponde al 23%.

5.2 Muertes maternas

La muerte materna es el “fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este”. (Plan Nacional de muerte materna y neonatal MSP, 2008.p,15)

Durante la investigación al solicitar información del número de muertes maternas registradas en el Hospital San Luis de Otavalo, se evidencio que desde el año 2008 al 2013 no existen muertes maternas, factor que permite determinar que las fases y acciones implementadas en el Hospital San Luis de Otavalo alcanzaron el objetivo propuesto en lo que refiere a esta casa de salud.

Sin embargo, y como una obligación del Área de Salud Nro.4 de Otavalo hoy Distrito de Salud 10D02 (Antonio Ante – Otavalo de acuerdo a la desconcentración del Ejecutivo - SENPLADES) se realiza la búsqueda activa de casos de muertes maternas que implica la notificación obligatoria de los casos ocurridos dentro del sistema de salud, el monitoreo y seguimiento de las instituciones sanitarias en todos los niveles, y la realización de la autopsia verbal a todos los casos muertes de mujeres en edad fértil que hayan ocurrido fuera de una institución de salud. (MSP, 2006); encontrándose los siguientes datos:

Tabla 24 Muertes Maternas 2008-2013

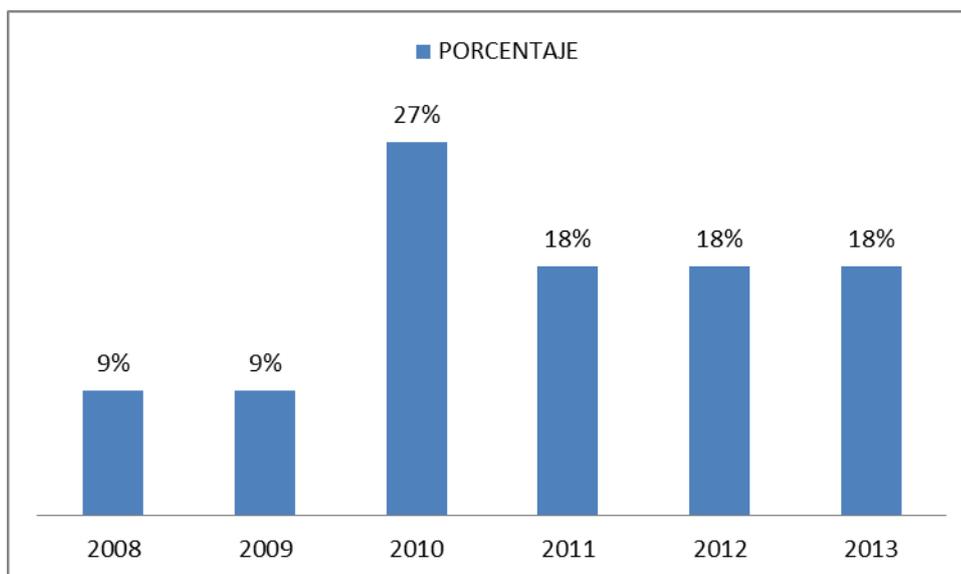
Año Fallece	Apellidos y Nombres de la fallecida	Edad en años	Causa de la muerte	Residencia habitual
2008	Cachiguango Castañeda María Virginia	28	Hemorragia post aborto.	La Compañía
2009	Caiza Otavalo Rosa Elena	30	Eclampsia	San Rafael, Comunidad Cuatro Esquinas
2010	Tocagón Anrango Jenny Maribel	19	Choque séptico de foco ginecológico	Comunidad Eugenio Espejo de Cajas.
2010	Molina Cabezas María del Rocío	34	Choque hipovolémico	Quichinche, barrio Palomar
2010	Conterón Picuasi Flor María	23	Eclampsia	Quinchuquí Alto
2011	Burga Subía Alexandra	20	Embolia de líquido amniótico	Parroquia San Luís
2011	Campo Antamba Carmen	35	Hemorragia durante el parto	Huaycopungo Grande, sector Villagranpugro
2012	Camuendo Yépez Maribel Alejandra	25	Shock hipovolémico	San Pablo, Araque,
2012	Quishpe Anrango Martha María	22	Período expulsivo prolongado.	Comunidad Huaycopungo cerca del estadio
2013	TITUAÑA LUZMILA	46	Shock hipovolémico	Parroquia Ilumán, comunidad Angel Pamba
2013	PINSAG CAHIGUANGO MARÍA ALEJANDRA	25	Eclampsia + síndrome de hellpII	Parroquia Quichinche, Comunidad Cambugán

FUENTE: Vigilancia Epidemiológica Distrito 10D02

ELABORACION: Liliana Corrales.

El total de muertes maternas encontradas a través de la búsqueda activa de casos durante el 2008 al 2013 suman un total de 11 casos, cifra que resulta preocupante; durante el año el año 2010 se registra el mayor porcentaje de número de muertes maternas 27%, seguida de los años 2011, 2012 y 2013 con porcentaje del 18%, como se puede observar en el siguiente gráfico

Gráfico 14 Muertes Maternas 2008 - 2013



FUENTE: Vigilancia Epidemiológica Distrito 10D02

ELABORACION: Liliana Corrales

El promedio de edad en las muertes maternas analizadas durante el periodo 2008 al 2013 es de 28 años. El 73% de muertes maternas ocurren entre las edades de 20 a 34 años; mientras que el 9% representa muertes maternas en mujeres adolescentes menores de 20 años y un 18% corresponden a muertes en mujeres de 35 años en adelante.

De la investigación realizada por los equipos de búsqueda activa de casos de muertes maternas, a través de las visitas a la comunidad varios de los casos se han ocasionado porque aún en varias comunidades indígenas persiste el problemas de género y violencia familiar; en donde el hombre se siente con total poder sobre la vida de la mujer (subordinación), identificándose que la discriminación que viven las mujeres indígenas no puede separarse de la pertenencia de culturas originarias, justificándose además como fruto de la dominación de la colonia.

Ante esta situación, los equipos de salud y la partera han tenido que acudir ante el Cabildo o líder de la comunidad, para acceder a la información de lo ocurrido con una muerte materna, ya que el esposo no brinda la información necesaria acerca de los hechos sucedidos ni permite que nadie de su hogar pueda explicar lo que sucedido. Circunstancia similar sucede cuando los equipos desean realizar su trabajo para el control del embarazo, signos de alarma durante el embarazo y seguimiento del post parto, el jefe de hogar no permite tener un acercamiento con la mujer indígena.

Pese a esta situación, y con acompañamiento de las autoridades locales se ha logrado mantener reuniones con las mujeres para que conozcan los signos de peligro durante el embarazo y del recién nacido; sin embargo se evidencia que las mujeres a pesar de que conocen los riesgos que están atravesando, en varias ocasiones sólo manifiestan su dolor cuando es demasiado tarde, ya que tienen temor de la reacción que puede tener su pareja.

Cabe la pena mencionar, que se evidencian casos de violencia familiar, mismos que no son denunciados ante ninguna instancia, pudiendo ser otra de las causas de muerte materna, aunque las estadísticas en este tema son insuficientes se conoce que al menos el 15% de las mujeres han recibido algún tipo de violencia física durante el período de embarazo.

5.3. Muerte neonatal

La muerte neonatal se define como aquella “ocurrída desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores al mismo” (Plan Nacional de muerte materna y neonatal MSP, 2008.p,24)

Los datos representados en la siguiente tabla y gráfico nos muestran las muertes neonatales sucedidas en el Hospital san Luis de Otavalo durante el periodo 2008 al 2013

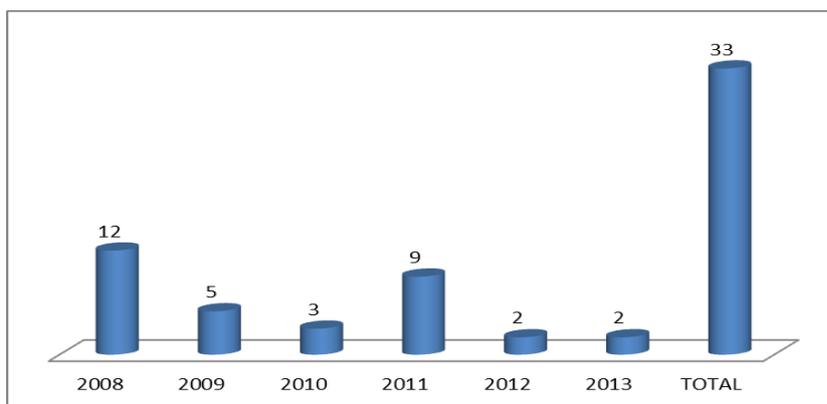
Tabla 25 Casos de mortalidad neonatal

AÑO	NRO	Porcentaje
2008	12	36%
2009	5	15%
2010	3	9%
2011	9	27%
2012	2	6%
2013	2	6%
TOTAL	33	100%

FUENTE: Aseguramiento de la calidad HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales.

Gráfico 15 Casos de Mortalidad Neonatal



FUENTE: Aseguramiento de la calidad HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales.

En este periodo se puede evidenciar que se han producido 33 muertes neonatales, de las cuales durante el año 2008 constituye la cifra más alta con 12 muertes que representa en el periodo de análisis el 36%, seguida del año 2011 con 9 muertes que corresponden al 27% muertes de neonatos; así como en el año 2009 por 5 muertes lo que representa el 15% muertes

Esto nos permite hacer un análisis más profundo en vista de esto de las condiciones del embarazo y parto de la mujer relacionada con el estado socio económico, oportunidad, acceso y calidad los servicios de salud.

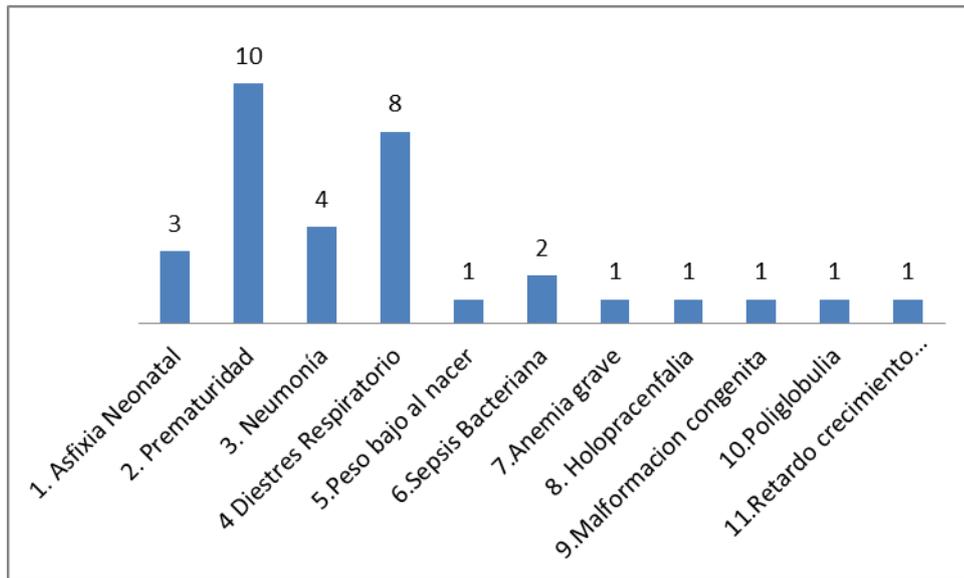
Tabla 26 Causas de mortalidad neonatal

CAUSAS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
1. Asfixia Neonatal	1			2			3
2. Prematuridad	2	1	1	4	1	1	10
3. Neumonía	2	1				1	4
4. Distres Respiratorio	5	2	1				8
5. Peso bajo al nacer	1						1
6. Sepsis Bacteriana	1			1			2
7. Anemia grave		1					1
8. Holopracenfalia			1				1
9. Malformación congénita				1			1
10. Poliglobulia				1			1
11. Retardo crecimiento intrauterino					1		1

FUENTE: Aseguramiento de la calidad HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales.

Gráfico 16 Causas de mortalidad Neonatal 2008 - 2013



FUENTE: Aseguramiento de la calidad HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales.

Como se puede observar la causa con mayor incidencia de las muertes neonatales corresponden a la prematuridad con 10 muertes neonatales, considerada como el nacimiento demasiado pronto del bebé, ocasionando una alta vulnerabilidad; varias de estas decisiones están asociadas a las cesáreas para salvar la vida de la madre o del bebé. Algunas de las soluciones planteadas por la OMS tienen que ver con la reducción de la extrema pobreza, lograr un incremento en acceso a la educación, igualdad de género, mejorar la salud materna, mejorar el acceso al agua y concienciar a la sociedad.

La siguiente causa de las muertes neonatales tiene que ver con el diestres respiratorio, que consiste en una alteración aguda y severa de la estructura y función pulmonar secundaria que ocasiona edema pulmonar difuso producto de un aumento de la permeabilidad del capilar pulmonar, ocurre en bebés recién nacidos con pulmones no se han desarrollado completamente todavía

Es indispensable que para evitar las muertes maternas, la mujer embarazada acuda a realizarse sus controles en la unidades de salud más cercana y se pueda detectar en forma oportuna si se tratara de un embarazo de alto riesgo, a fin de tomar la medidas oportunas; así como inculcar a las pacientes gestantes sobre la importancia del parto en el hospital, para evitar posibles complicaciones.

5.4. Aplicación de estándares e indicadores para el monitoreo de la atención del parto culturalmente adecuado

5.4.1 Estándar de entrada.

Mediante la aplicación de Estándares e indicadores para el monitoreo de la atención del parto culturalmente adecuado, se verificó que la sala de partos culturalmente adecuada del HSLO cuente con los insumos, mobiliario y equipamiento esencial.

Tabla 27 Insumos y Equipamiento en la Sala de partos culturalmente adecuada

INSUMOS Y EQUIPAMIENTO ESENCIAL EN LA SALA DE PARTOS CULTURALMENTE ADECUADA HSLO	EXISTENCIA	
	SI	NO
1. Dos sillas	x	
2. Un taburete	x	
3. Una estantería, vitrina u otro mueble con almacenamiento de plantas medicinales propias de la zona (en sala de labor)	x	
4. Un dispensador de agua (en sala de labor)	x	
5. Una estufa, o cocineta, o cocina, para preparar aguas medicinales (en sala de labor)	x	
6. Una fuente de calor (calefactor) en Unidades de Salud de la región sierra	x	
7. Una cama apropiada para la atención del parto culturalmente adecuado (características, dependiendo de la necesidad local, que brinde absoluta comodidad a la usuaria)	x	
8. Una colchoneta (características)	x	
9. Tres juegos de campos para la colchoneta	x	
10. Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes, sujeto al techo	x	
11. Un sistema de sujeción de apoyo para pacientes, sujeto a la pared	x	
12. Dos recipientes para recoger la placenta	x	
13. Tres fundas de agua caliente	x	
14. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para la parturienta.	x	
15. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el/a acompañante.	x	
16. Cinco paquetes de lencería (ropa adecuada y limpia, de algodón o tela) para el personal de salud que atiende el parto.	x	
17. Un lavabo y jabón líquido antiséptico	x	
18. Tres equipos de instrumental completo para la atención del parto	x	
19. Un tensiómetro	x	
20. Un estetoscopio	x	

21. Una lámpara cuello de ganso	x	
22. Dos soportes para suero	x	
23. Dos recipientes para corto punzantes	x	
24. Ingreso a la Unidad de Salud, sala de labor, sala de partos, sala de recuperación y hospitalización, rotuladas en el o los idiomas locales	x	

Fuente: Sala de labor y partos culturalmente adecuada HSLO

Elaboración: Liliana Corrales

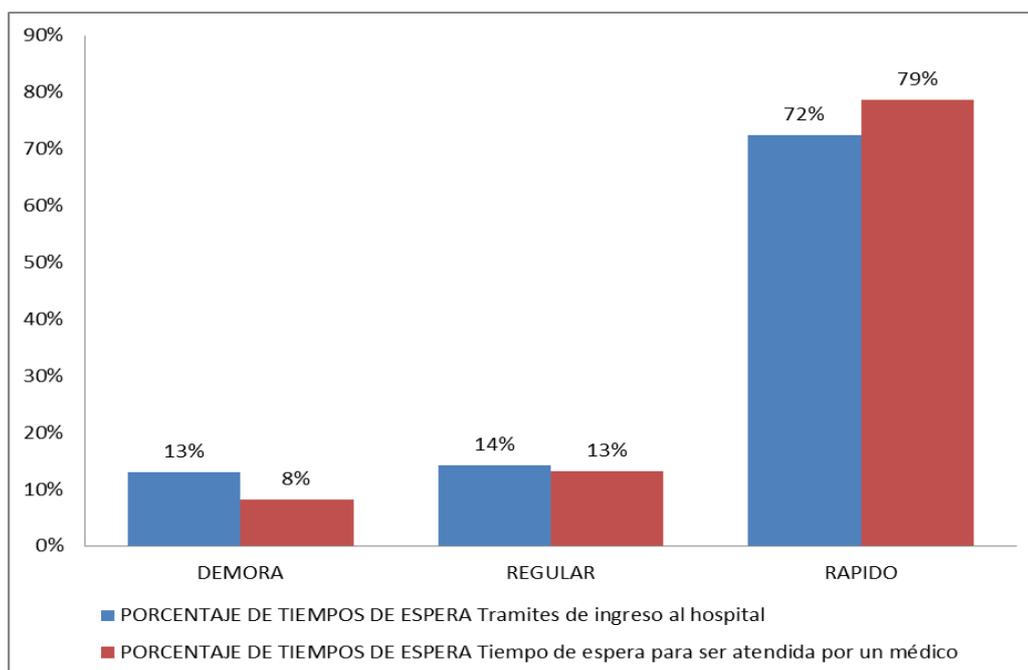
Luego de la observación y verificación que se realizó in situ, se evidencia que la sala de partos cumple con el estándar de entrada, de acuerdo a la normativa emitida por el MSP.

5.4.2. Estándares de proceso y resultado

Para la medición de los procesos y resultados se aplicó una encuesta a 98 mujeres que utilizaron los servicios del Hospital San Luis de Otavalo (sala de partos culturalmente adecuada) durante su parto; con la finalidad de medir el grado de satisfacción de las usuarias y poder realizar recomendaciones para mejorar.

5.4.2.1 Tiempo de espera

Gráfico 17 Tiempo de espera



FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

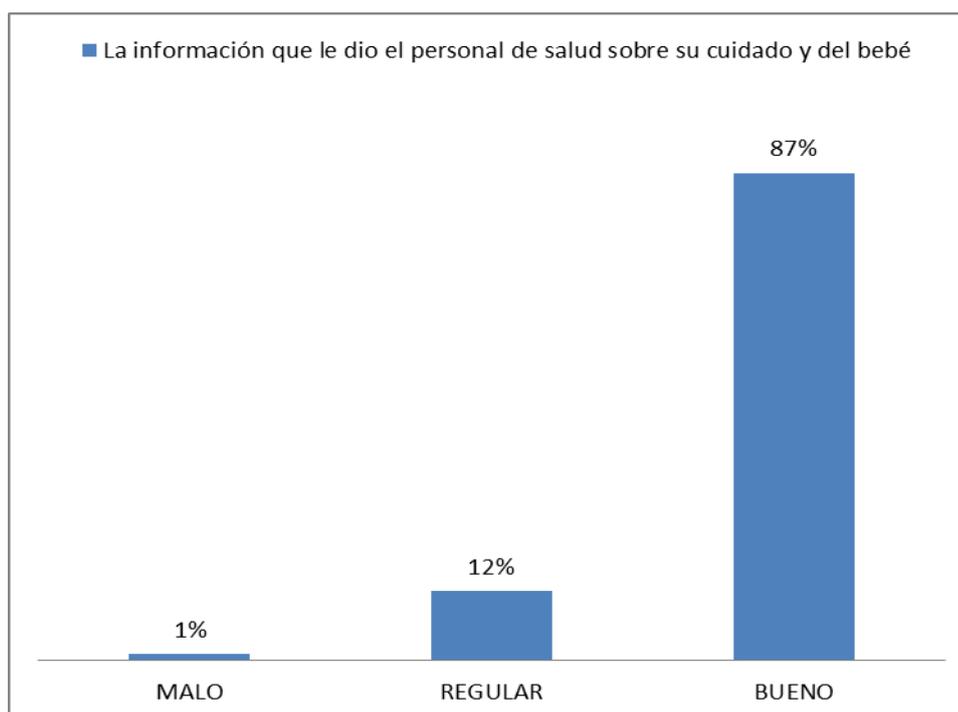
ELABORACION: Liliana Corrales

El tiempo de espera para ser atendida por un médico percibido por la paciente constituye un estándar de calidad a la atención oportuna brindada a la usuaria; de las encuestas aplicadas el 79% de las pacientes determinan que la atención para el ingreso al Hospital fue rápido, mientras que 13% mencionan que los tramites de ingreso son regulares y el 8% de ellas manifiesta que existe demoras.

Estos factores principalmente se dan porque existen momentos que se intensifican las labores en las áreas del hospital y no pueden ser atendidas en manera oportuna, debido a la alta demanda que se presenta; considerándose necesario que los flujos y tiempos deben ser revisados por el equipo de salud.

5.4.2.2 Información

Gráfico 18 Información brindada a la paciente



FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

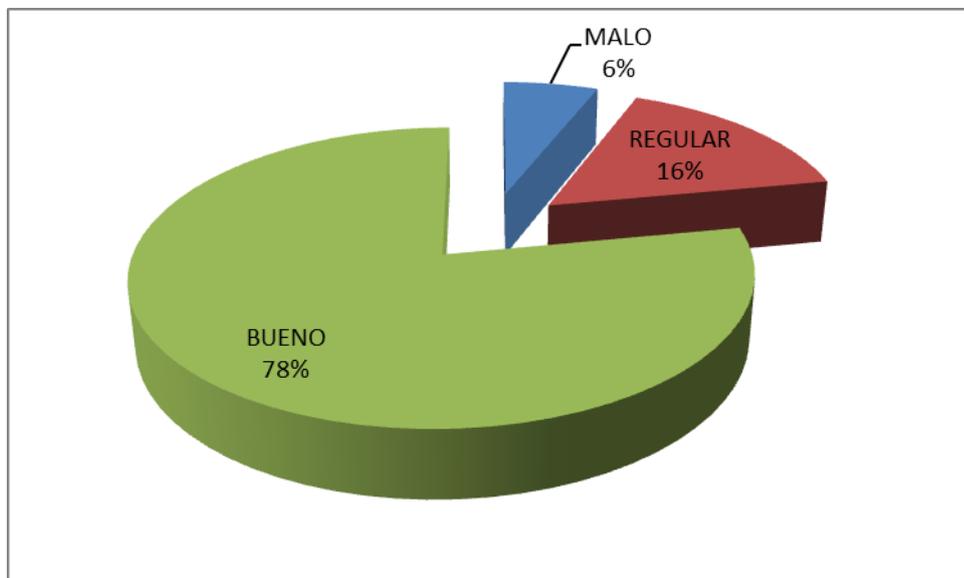
ELABORACION: Liliana Corrales

En relación a la información brindada por el personal de salud acerca de los cuidados de la madre y del recién nacido se ha obtenido como resultado que el 1% de las madres considera que ha sido malo, mientras que el 12% de mujeres consideran que ha sido regular

y el 85% indica que fue bueno; en el caso de los resultados malos y regulares se desprende de la situación de que los nuevos profesionales incorporados (médicos residentes) no conocen el idioma y que las explicaciones brindadas a las mujeres indígenas que sólo hablan kichua no pueden ser entendidas, aquí se evidencia que existe todavía la barrera del idioma, a esto se suma que en esos momentos no ha existido alguien que le pueda ayudar con la traducción.

5.4.2.3. Trato

Gráfico 19 Trato recibido por el personal de salud



FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO
ELABORACION: Liliana Corrales

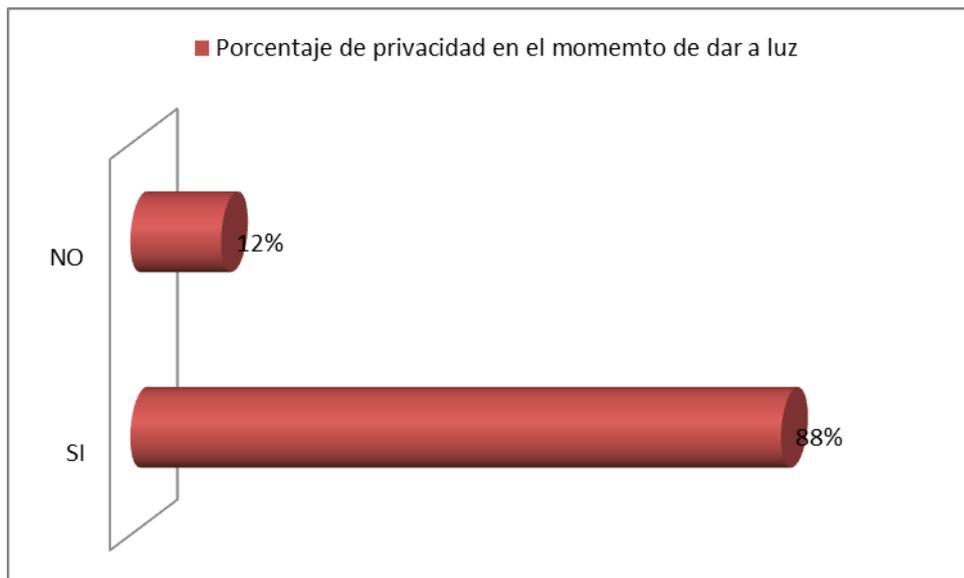
El trato se refiere al derecho de las usuarias a ser tratadas cordialmente como personas durante el servicio de salud brindado, el resultado de la aplicación de la encuesta nos indica que el 78% de las pacientes en la sala de partos culturalmente adecuada fue bueno, mientras que existe un 16% de las pacientes que indican que el trato fue regular seguida de un 6% en que indica que tuvo un trato malo.

Frente a estos resultados, la institución dedica constantes esfuerzos para que el personal y el profesional de salud brinde un buen trato a todos los usuarios, a través de talleres que se brindan para mejorar la calidad en la atención, sin embargo se evidencia que algunos casos

esta actitud depende en varias ocasiones por la sobresaturación de la demanda existente permitiendo que el profesional adopte actitudes rutinarias y esto sea percibido por los usuarios.

5.4.2.4. Privacidad

Gráfico 20 Porcentaje de privacidad en el momento de dar a luz



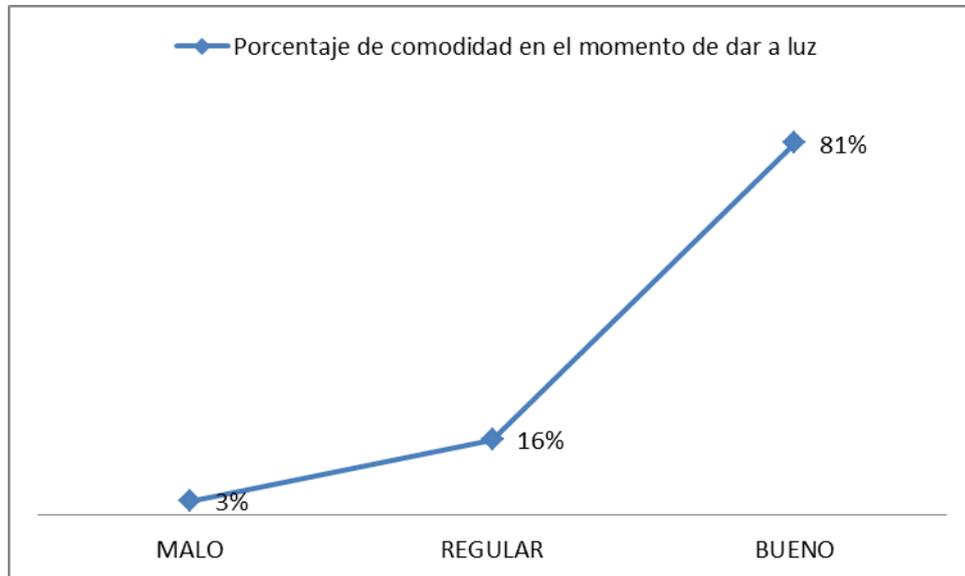
FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO
ELABORACION: Liliana Corrales

La privacidad durante el momento de dar a luz debe ser respetada en todo momento, el número de personas que estén presentes debe ser limitado.

Los resultados obtenidos determinan que el 88% de las mujeres encuestadas consideran que existió privacidad en el momento de dar a luz, mientras que el 12% de ellas manifiestan que no existió privacidad; esto se ocasiona principalmente por la presencia de la persona que acompaña a las otras mujeres en el momento de dar a luz, y que por espacio reducido disponible algunos acompañantes están observando que sucede con el resto de mujeres gestantes, sintiendo el resto de mujeres que están invadiendo su privacidad.

5.4.2.5. Comodidad

Gráfico 21 Comodidad en el momento de dar a luz



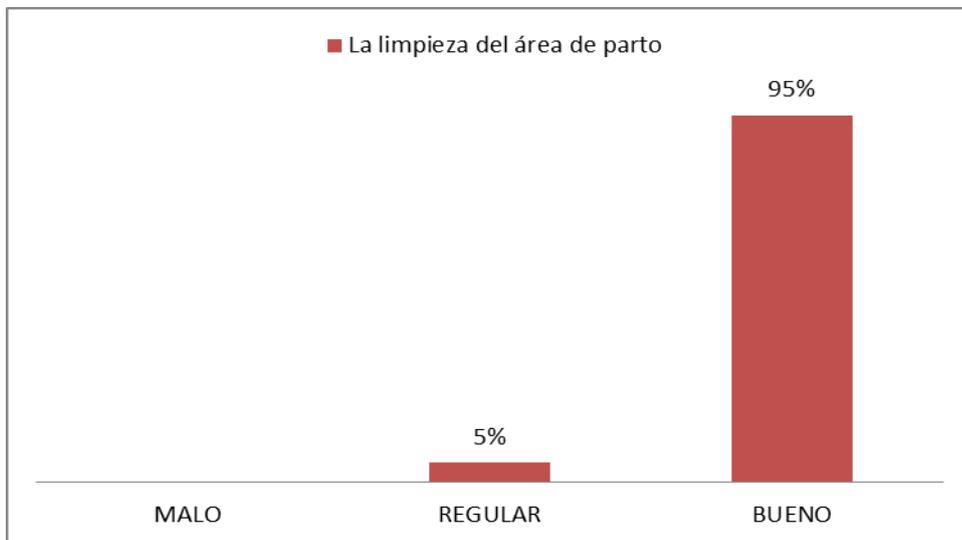
FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales

Los resultados obtenidos indican que el 3% de mujeres no se sintieron cómodas en el momento de dar a luz, por otro lado, 16% de las mujeres establecen que estuvieron regularmente cómodas y que el 81% de ellas se sintieron cómodas; este factor toma en cuenta el abrigo, la posición, la iluminación, la música entre otros.

5.4.2.6. Limpieza

Gráfico 22 Limpieza área de parto



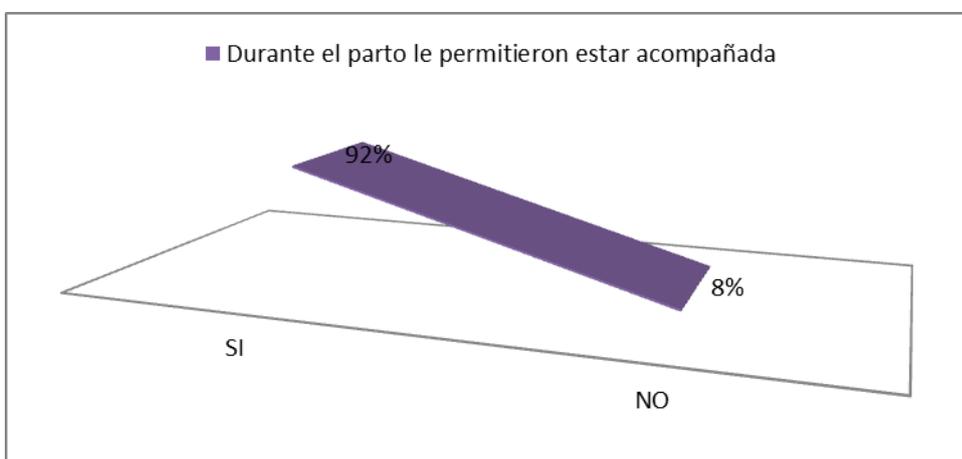
FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales

La limpieza es fundamental en los servicios de salud; sin embargo 5% de las mujeres encuestadas indican que la limpieza del área de parto fue regular; situación que se produce ya que en varias ocasiones existe una gran demanda de la sala de labor de partos y las pacientes tienen que visualizar el trabajo de aseo realizado por el personal a fin de garantizar un lugar limpio para todos; por otro lado el 95% menciona que la limpieza fue buena.

5.4.2.7. Acompañamiento

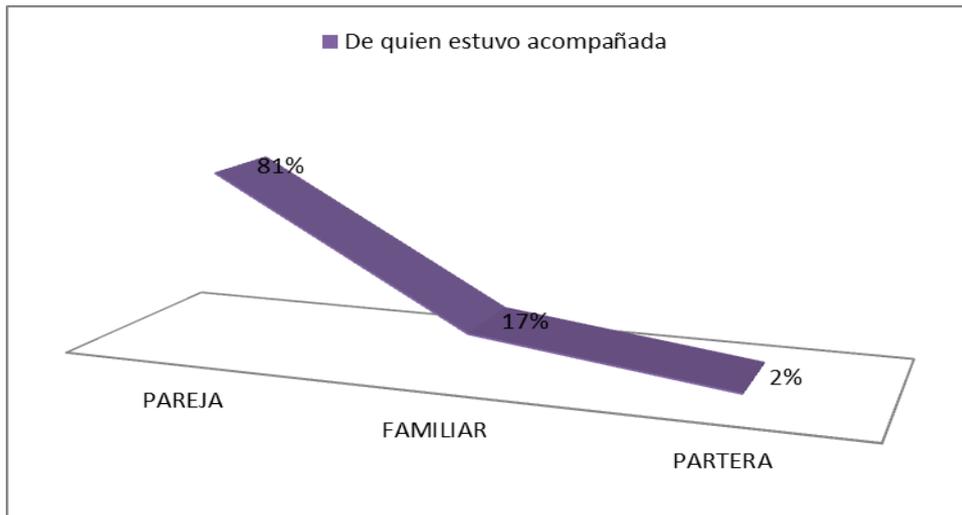
Gráfico 23 Acompañamiento durante el parto



FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales

Gráfico 24 De quien estuvo acompañada durante el parto



FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

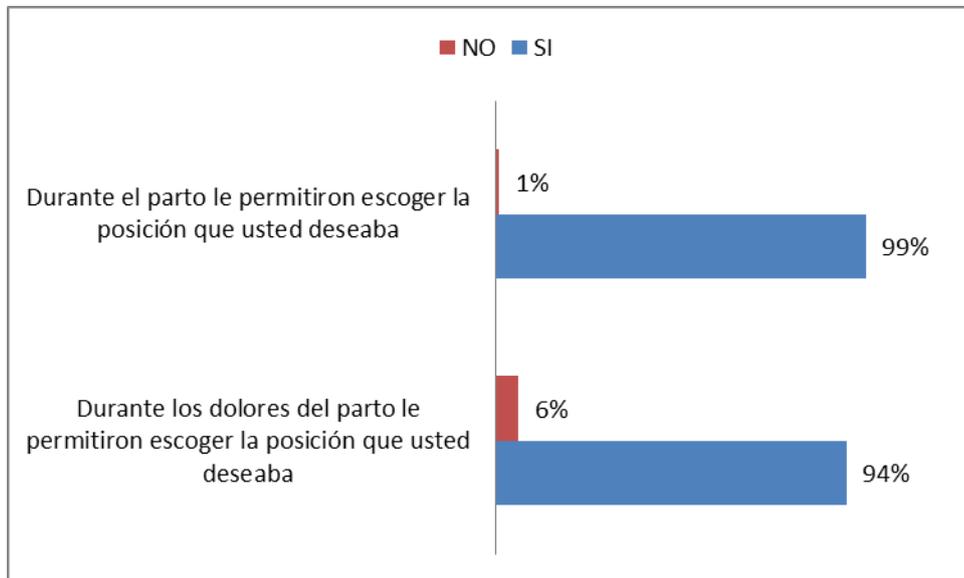
ELABORACION: Lilibiana Corrales

Durante el parto está comprobado que estar acompañado de un pariente cercano le brinda mayor estabilidad emocional a la mujer por el apoyo que ella recibe; los resultados obtenidos nos indican que el 92% mujeres pudieron estar acompañadas, mientras que el 8% de ellas no fue posible que estuvieran acompañadas, siendo una de las causas la congestión que se genera en momentos cuando existen una gran demanda y que a veces impide realizar el trabajo al personal de salud, por el escaso espacio disponible.

Los resultados indican que el 81% de las mujeres decidieron estar acompañadas de su pareja (padre del recién nacido) quien brinda apoyo y seguridad durante este momento, el 17% de las mujeres fueron acompañadas durante el parto por familiares entre ellas madres, hermanas o amigas; y que el 2% de ellas recibieron acompañamiento de sus parteras.

5.4.2.8. Posición

Gráfico 25 Posición durante los dolores y el parto



FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

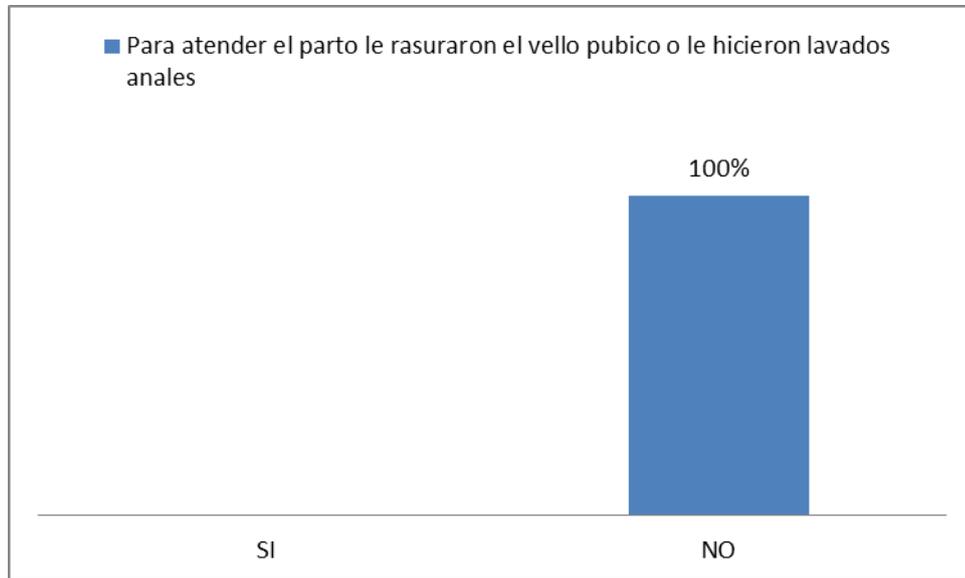
ELABORACION: Liliana Corrales

En relación a la posición durante el parto en la sala de partos culturalmente adecuada, el 1% indica que no le permitieron escoger la posición, mientras que el 99% mencionan que escogieron la posición más adecuada y cómoda para cada una de ellas durante su parto vertical pudiendo ser arrodilladas, en cuclillas, sentada o de pie.

Durante los dolores de partos existen varias posiciones que adoptan las mujeres para disminuir dichos dolores como caminar y tomar un poco de aire, sentarse, mecerse o acostarse de lado, ante esta situación el 6% de las mujeres mencionan que no les permitieron escoger la posición durante los dolores de parto; frente al 94% de mujeres que aseguran que pudieron escoger la posición que deseaban para disminuir los dolores del parto.

5.4.2.9. Vello púbico

Gráfico 26 Antes del parto le rasuraron el vello púbico



FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

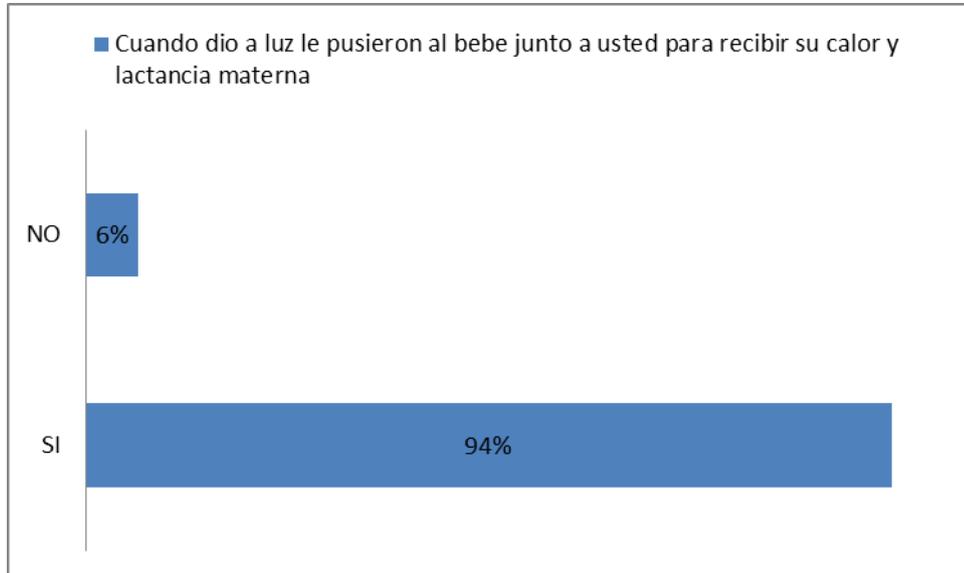
ELABORACION: Liliana Corrales

El total de mujeres encuestadas mencionan que no les rasuraron el vello púbico ni les hicieron lavados anales para atender su parto.

Se actúa bajo la convicción de que cuando se rasura el vello púbico se pueden crear heridas microscópicas, muy difíciles de ver; y estas lesiones pueden ser una puerta bacteriana y se pueda desarrollar una infección.

5.4.2.10. Apego inmediato

Gráfico 27 Apego inmediato



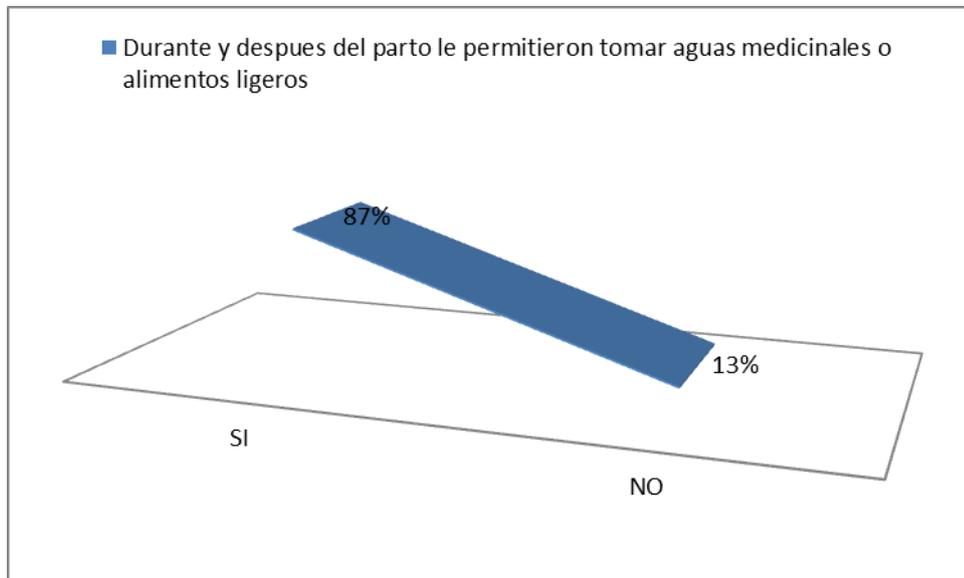
FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales

El apego inmediato consiste en que el bebé sienta a su madre luego de salir de su vientre, permite establecer un vínculo precoz entre madre e hijo. Este vínculo es intenso, permanente y favorece la lactancia materna. Este apego se basa en la capacidad que tiene la madre y el hijo de reconocerse como propios desde el nacimiento, los resultados obtenidos nos indican que el 94% de las madres tuvieron a sus hijos junto a ellas para que reciban su calor y lactancia materna; sin embargo el 6% de las mujeres mencionan que no fue posible el apego inmediato en vista de que al nacer los recién nacidos presentaron algunas complicaciones o deficiencias respiratorias, situaciones que obligan a tomar otras acciones a fin de disminuir cualquier riesgo que se pueda presentar.

5.4.2.11. Agua y alimento

Gráfico 28 Aguas medicinales



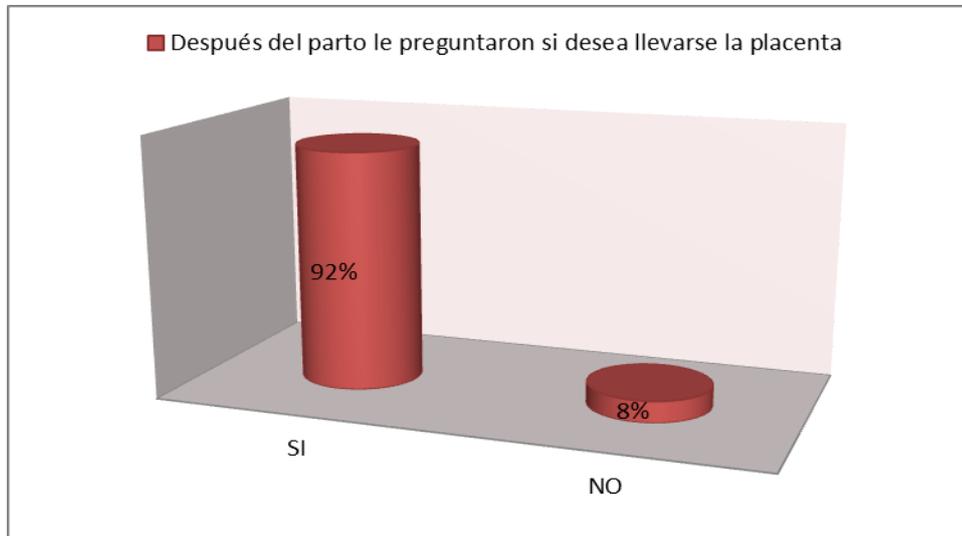
FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales

Durante y después del parto es permitido tomar aguas medicinales y alimentos ligeros mismos que permiten aliviar el dolor o apurar el parto, los resultados obtenidos demuestran que a 87% de las mujeres en proceso de parto les permitieron tomar aguas medicinales mientras que al 13% no les fue permitido; esto en muchas ocasiones va de la mano con la condición de salud que presenten en ese momento las mujeres.

5.4.2.12. Placenta

Gráfico 29 Entrega de la placenta



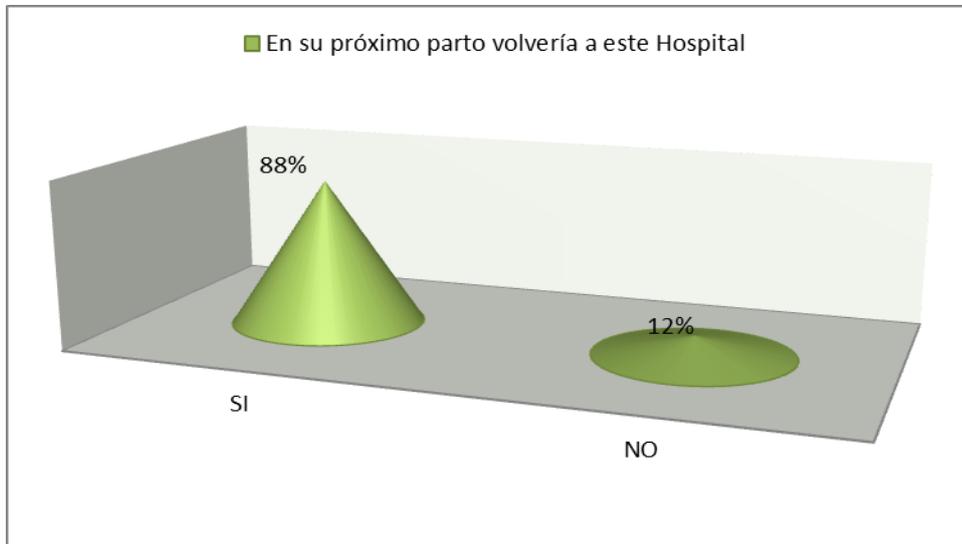
FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz (parto vertical) en el HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales

Una práctica tradicional es enterrar la placenta, como un ritual de agradecimiento a la pacha mama por la vida, de las encuestas realizadas el 92% de las mujeres mencionan que si les preguntaron que desea hacer con la placenta mientras que el 8% indica que no les preguntaron.

5.4.2.13. Utilización

Gráfico 30 Utilización HSLO en el próximo parto



FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que dieron a luz en el HSLO

ELABORACION: Liliana Corrales

Se realizó la pregunta de que si en el próximo parto volverían al hospital y el 88% de las mujeres manifestaron que sí, mientras que el 12% indico que no, ya que este es su último parto y se realizaran la ligadura.

5.4.3 Presencia de las parteras en el HSLO.

Uno de los temas de mayor polémica que se encontró durante el desarrollo de la investigación, fue el tema de las parteras, personas que conservan con mayor énfasis sus saberes en el uso de plantas medicinales, elementos de la naturaleza y prácticas propias de la medicina tradicional o ancestral para dar atención en salud y mantener una relación con la comunidad; quienes inicialmente venían haciendo su trabajo en cada comunidad como una persona que no lucra o comercia con su saber desde una visión mercantilista, se basa en el dar y el recibir, el compartir con el otro a través del conocido randi - randi; por medio del cual las familias entregaban alimentos y/o animales a cambio de la ayuda que brindaba la partera a la mujer durante el embarazo, parto, post parto, atenciones al recién nacido y consejería familiar en sus hogares.

Al incorporarse en este modelo a las parteras con la finalidad de generar confianza en el Hospital San Luis de Otavalo por parte de las mujeres indígenas, se rompe la costumbre del

randi randi; ya que entre los aliados interinstitucionales y como estrategia de ese momento el Municipio de Otavalo se compromete en realizar un reconocimiento económico a cambio del trabajo realizado por las parteras; situación que posteriormente se malinterpretó y generó fricciones entre las parteras y el Hospital, ya que el municipio decide retirar su aporte.

En este contexto y luego de varias reuniones de diálogo se aclara que las parteras no son trabajadoras o empleadas del HSLO y que para el proceso de ingreso a dicha casa de salud o a cualquier institución del sector público se debe cumplir con una serie de requisitos; mismos que no son posibles para las parteras ya que sus saberes y conocimientos provienen de la transferencia de los mismos de generación en generación; y que lamentablemente en la mayoría de los casos las parteras ni siquiera han podido culminar la escuela.

Ante esta situación, se aclara que las parteras no son parte del hospital y que deben volver a sus comunidades para continuar con el trabajo comunitario, conjuntamente con los EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) para búsqueda, identificación y seguimiento de mujeres embarazadas, con la convicción de que toda las mujeres embarazadas deberán dar a luz en el hospital que es el lugar más adecuado y seguro, ya que cuenta con equipamiento, infraestructura y talento humano para cuidar la vida de las madres y los niños; y que las parteras son parte del acompañamiento antes, durante y después del embarazo.

Con este enfoque se pretende empoderar a la población especialmente de la zona rural del Cantón a reconocer su cultura en un marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y acceso a los servicios.

5.5. Análisis integral del modelo implementado en el hospital san Luis de Otavalo

Una vez que se ha realizado la investigación en referencia a la incidencia de la institucionalización del modelo de salud reproductivo con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo del año 2008 al 2013; se puede evidenciar que es una práctica que ha dejado muchas satisfacciones tanto a las usuarias, la comunidad y a todo el equipo que conforma el Hospital; en la actualidad se cuenta con las instalaciones, insumos, mobiliarios y equipamiento; así como con profesionales de salud capacitados, que continúan brindando

y garantizando el acceso a los servicios de salud a las mujeres indígenas, a través del parto institucional (vertical) tomando cuenta las concepciones y tradiciones culturales, e involucrando aspectos tan importantes como el acompañamiento de un familiar y el apego inmediato entre el recién nacido y la madre; han permitido establecer situaciones que marcan la diferencia y permiten vivir a plenitud este momento tan importante como es la llegada de una nueva vida al hogar.

Este modelo ha permitido el ejercicio pleno del derecho a la salud con enfoque intercultural de los pueblos indígenas, articulando los saberes y costumbres ancestrales con la medicina occidental, logrando aceptar que existen diferencias culturales y enriqueciéndose mutuamente, aprendiendo los unos de los otros; generando además una respuesta a las demandas existentes por parte del pueblo indígena, lo que ha permitido reducir la brecha de acceso a la salud, así como a las barreras sociales de discriminación, racismo y de comunicación.

Uno de los mayores logros que tiene esta casa de salud, es que desde que se implementó este modelo hasta la actualidad no se registran muertes maternas, ya que como se ha dicho en varias ocasiones la pérdida de una madre trae consecuencias nefastas para la familia y la sociedad, ocasionando un alto riesgo para los hijos existentes de vivir el maltrato, el abandono, la deserción escolar y la inserción a corta edad en el mercado laboral.

En la actualidad el hecho de abordar el tema de salud con enfoque intercultural, ha pasado de ser un sueño a una realidad; esto sin duda ameritó grandes esfuerzos y luchas de estos sectores olvidados y excluidos por muchos años, como es el caso de los indígenas; en la actualidad contamos con una constitución incluyente que garantiza los derechos de los Ecuatorianos, y que reconoce a la salud como un derecho de todos, en base a relaciones armónicas del ser humano con la naturaleza, con lo espiritual y con la comunidad.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de la institucionalización del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural aplicada en el Hospital San Luis de Otavalo, constituye una importante experiencia que permite analizar y conocer a profundidad las determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, garantizando el acceso a la salud de las mujeres y niños indígenas
2. A pesar de que la infraestructura el Hospital San Luis de Otavalo data de muchos años atrás, se cuenta con el mobiliario, equipamiento e insumos; así como con el talento humano sensibilizado, con gran profesionalismo y con profunda ética que permite cumplir con los estándares de calidad para un brindar la atención del parto culturalmente adecuado.
3. El Hospital San Luis de Otavalo con todo su equipo técnico, ha logrado con mucho esfuerzo a partir del año 2008 no registrar muertes maternas; considerando que en los años comprendidos entre el 2001 y 2005 se presentaron diez muertes maternas lo que lo califico como área de riesgo de muerte materna.
4. El número de muertes neonatales debe ser analizado con mayor detenimiento, pues existe una relación directa con las condiciones socio económicas, es necesario lograr un incremento en acceso a la educación, igualdad de género, mejorar la salud materna, concienciar a la sociedad, ya que se compromete el futuro de la sociedad.
5. La incorporación del parto vertical mediante el cual la mujer indígena pueda escoger la posición en el momento de dar a luz ya sea en cuclillas, sentadas, arrodilladas, ha permitido introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal.
6. La estrategia utilizada en su momento en relación a la presencia de las parteras en el HSLO no fue la mejor, pues se desnaturalizo y se anuló el sentido de solidaridad y se perdieron las formas locales de reciprocidad.
7. El modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural implementado en el Hospital San Luis de Otavalo, constituye una experiencia que arroja resultados positivos e incide directamente en el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas y que aporta para la reducción de la muerte materna; así como promueve el acceso a los servicios de salud, considerándose que esta experiencia puede ser replicada en otras unidades de salud ya que es reconocido por el Ministerio de Salud Pública

RECOMENDACIONES

1. Es necesario que desde el Ministerio de Salud Pública se pueda normalizar el ejercicio de la práctica de la medicina ancestral, a fin de garantizar que personas con probada experiencia puedan llevar a cabo estas prácticas.
2. Insistir en la importancia de que las mujeres embarazadas se realicen los controles periódicamente en el centro de salud más cercano; y que dar a luz en sus casas aumenta el riesgo de muerte de la madre y del recién nacido.
3. Profundizar mediante capacitaciones masivas no sólo dirigidas a las mujeres sino a todos los miembros de la familia y de las comunidades indígenas, la identificación de los signos de peligro durante el embarazo de una mujer y del cuidado del recién nacido, a fin de disminuir las complicaciones obstétricas que ocasionan las muertes maternas encontradas a través de la búsqueda activa de casos.
4. Es indispensable realizar una mayor articulación con varias instituciones públicas, que permitan promover la igualdad de género y disminuir la violencia intrafamiliar; mismas que deben ser analizadas bajo sus propios contextos, pues estos temas no han sido investigados a profundidad y se comprueba aún la existencia en algunas comunidades del Cantón Otavalo.
5. Es necesario se analicen los tiempos de espera para ingresar al hospital, como para ser atendido por el médico, así como los temas relacionados a la información proporcionada a la madre, el trato, la privacidad y la comodidad a fin de mejorar la calidad de atención brindada en el Hospital.
6. Es indispensable que se continúe con el servicio prestado en la Casa Materna pues permite brindar hospedaje a las mujeres indígenas con su familia que se han trasladado desde lugares muy distantes, y que están próximas a dar a luz; se realiza un monitoreo y seguimiento a la mujer gestante; esto disminuye la probabilidad de que la mujer embarazada regrese a su comunidad y ya no vuelva a la casa de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ARAUJO, Kathya y PRIETO Mercedes. *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. FLACSO, 1ra Edición. Quito, Ecuador. 2008
- BORDA, Carolina. *Haciendo(nos) mi cuerpo. Etnicidad, género y generación en un grupo napo kichwa*. FLACSO, Sede Ecuador, Ediciones ABYA YALA. Quito, Ecuador. 2010
- Constitución de la República del Ecuador 2008, Asamblea Constituyente
- Family Care International. Youth Coalition. *Los Objetivos del Milenio y la Salud sexual y reproductiva. Perspectiva desde la gente de Latinoamérica y el Caribe*. Graphus. Quito, Ecuador. 2008.
- Ministerio de Salud Pública. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS*. Quito, Ecuador. 2013
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito, Ecuador. 2005
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito, Ecuador. 2008
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Hacia la construcción de un modelo de SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL en el Hospital San Luis de Otavalo. Ecuador*. UNFPA. Primera Edición. Graphus. Quito, Ecuador. 2010
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. *Guía de Organización de Servicios con Énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Quito. Ecuador
- Ministerio de Salud Pública. *Norma de Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclos de Vida*. Print Image Graffic .Tercera Edición. Quito, Ecuador. 2010
- Ministerio de Salud Pública. *Informe de programas implementados del 2011 al 2013*. Quito, Ecuador. 2013
- Organización Panamericana de la Salud Representación Ecuador. Canadian International Development Agency. *Concurso Buenas Prácticas de Fotografía en Maternidad Segura*. Quito, Ecuador. 2011
- SENPLADES Plan Nacional del Buen Vivir . (2013 2017). Gobierno del Ecuador.
- Population Reference Bureau. *Como Mejorar la salud reproductiva de los países en desarrollo*. Resumen de las conclusiones del Consejo Nacional de

Investigación de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos. Washington. Estados Unidos. 1994

- República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud. Plan de Acción Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008. 4ta Edición. Quito, Ecuador. 2006
- República del Ecuador 2009. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. *Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes*. Editora Gálaxy. Quito, Ecuador. 2009.
- SENPLADES *.Atlas de las desigualdades socio-económicas en el Ecuador*. Quito. Trama Ediciones.2013
- TENORIO, Rodrigo. *Colección Jóvenes Amor y Sexualidad. Sexualidad Humana. Nro. 1*. CEPAR. Quito, Ecuador. 1991
- Comunidad de Otavalo Recuperado el 10 de octubre del 2014 de <http://www.monografias.com/trabajos81/comunidad-otavalo/comunidad-otavalo2.shtml#ixzz3Np9G2pjJ>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Estadísticas muertes maternas y neonatales*. Recuperado el 4 de noviembre del 2014 de <http://www.inec.gob.ec>
- La Sierra Ecuatoriana. Imbabura Recuperado el 5 de octubre del 2014 de <http://sierraecuador.wordpress.com/provincias/imbabura/>
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (2012). *Indicadores sociales*. Recuperado el 28 de diciembre del 2014 de <http://www.siise.gob>

ANEXOS

		INFORME DE EVALUACIÓN DE TRABAJO DE TESIS DE GRADO				
Programa: GESTIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL		Fecha: 26/05/2015				
Autor: Corrales Arango Liliana Cecilia Director: Msg Gustavo Lenin Struve Alarcon						
Título Tesis: "INCIDENCIA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL MODELO DE SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, IMPLEMENTACIÓN DE SALA DE PARTO CULTURALMENTE ADECUADA DEL 2008 AL 2013"						
Tribunal calificador:						
Presidente.....						
Director de tesis..... <u>GUSTAVO LENIN STRUVE ALARCON</u>						
Vocal.....						
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PREGUNTAS	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN PUNTOS*			TOTAL
			PRESIDENTE	VOCAL 1	VOCAL 2	
1.- Importancia del tema	¿Responde a necesidades del contexto social? ¿Es relevante? ¿Se justifica adecuadamente? ¿Se espera que aporte conocimientos útiles? ¿Ha generado o puede generar modelos o herramientas valiosas para utilizar en otros proyectos?	10%	—	<u>9</u>	—	10%
2.- Estructura de la Tesis (título, problema, objetivos, marco teórico, etc.)	¿Está formulado de forma adecuada y clara? ¿Se especifica correctamente la hipótesis y objetivos? ¿Tiene una buena fundamentación teórica?	10%	—	<u>9</u>	—	10%
3.- Presentación (estilo, claridad, ortografía, diagramación, etc.)	¿Se presentan todos los datos necesarios que justifican las conclusiones? ¿Utilización de teorías y conceptos? ¿Se presentan los contenidos de forma clara? ¿Está bien escrito el informe? ¿Se entienden bien todos los datos, cuadros tablas y gráficos que se incluyen?	5%	—	<u>5</u>	—	5%



Dirección de postgrados

4.- Metodología empleada (diseño, justificación de la metodología, instrumentos, análisis, desarrollo, etc.)	¿Qué metodología de investigación se utiliza? ¿Existe coherencia entre el marco teórico y el metodológico? ¿Se justifica adecuadamente? ¿El diseño, las variables, las muestras, los procedimientos de recogida de información y las técnicas de análisis de datos se exponen de forma detallada y adecuada? ¿Se especifican todos los pasos de forma correcta? ¿Los instrumentos presentan índices razonables de fiabilidad y validez?	25%	—	<u>24</u>	—	24%
5.- Técnicas bibliográficas (citas, notas, referencias, etc.)	¿Son adecuadas las fuentes de información y documentación utilizadas? ¿Se ha efectuado una buena revisión crítica de la literatura? ¿Está actualizada? ¿Se especifican las fuentes utilizadas? ¿Incluye referencias actualizadas? ¿Las citas y referencias son pertinentes? ¿Utiliza una de las tres normas propuestas APA, Chicago, Harvard?	20%	—	<u>18</u>	—	20%
6.- Resultados Obtenidos (importancia de los aportes logrados, relevancia, análisis etc.), conclusiones y recomendaciones.	¿Qué resultados y conclusiones aporta la tesis? ¿Se presentan de forma adecuada? ¿Son comprensibles? ¿Se justifican a partir de los datos obtenidos? ¿Responden a las hipótesis y objetivos planteados? ¿Existen discrepancias entre las conclusiones? ¿Se efectúan propuestas y recomendaciones de aplicación inmediata?	30%	—	<u>29</u>	—	30%
TOTAL	94%					
COMENTARIOS:						
Aprobado (X) Aprobado y correcciones () Reformular ()						
Firma del Jurado:						
PRESIDENTE	VOCAL 1		VOCAL 2			
*Nota: la calificación se obtendrá de la sumatoria de las ponderaciones asignadas a cada aspecto y se expresa en forma numérica entre 00 y el 100.						

Ibarra, 25 de febrero del 2014.

Doctora
Yu Ling Reascos
Coordinadora Zonal 1 - Salud
Presente.

*Autorizado
Distribuido a los
proceder con la solicitud.*



25 Feb 2014

De mi consideración.

Reciba un atento y cordial saludo; así como los mejores deseos de éxitos en sus delicadas funciones.

Por medio del presente, me permito solicitarle muy comedidamente se digne autorizar a quien corresponda se proporcione a mi persona información referente a datos estadísticos sobre salud reproductiva del Cantón Otavalo; este pedido lo realizo en vista de que voy a desarrollar un estudio previo a la obtención del título de Magister en Gestión y Desarrollo Social con el afán de conocer la incidencia que ha tenido en este Cantón la institucionalización de la salud reproductiva con enfoque intercultural.

Segura de contar con su autorización, le anticipo mis agradecimientos

Atentamente,



Ing. Liliana Corrales A.

c.c Dr. Salomón Proaño, Jefe del Área 4

10018 97931

 **Coordinación Zonal 1 - Salud**
Secretaria General
Fecha 25 Feb 2014 Hora 15:58
Recibido en Almuerzo

ENCUESTA DE SATISFACCION POR LA ATENCION DE PARTO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha de medición:

TIEMPOS DE ESPERA:

¿Los trámites que usted y/o sus familiares realizaron para ingresar al Hospital (por ejemplo emergencia, sala de partos, hospitalización) fueron?

Demorado

Regular

Rápido

¿El tiempo que usted tuvo que esperar para ser examinada por el médico u obstetriz le parece?

Demorado

Regular

Rápido

INFORMACION

¿La información que le dio el personal en la sala de partos y/o hospitalización sobre su cuidado y el de su bebe, fue?

Malo

Regular

Bueno

TRATO

¿El trato que recibió del personal en la sala de partos, fue?

Malo

Regular

Bueno

PRIVACIDAD

¿Cuándo usted dio a luz tuvo privacidad?

Si

No

COMODIDAD

¿Cuándo usted dio a luz en la sala de partos la comodidad (abrigo, posición, luz) fue?

Malo

Regular

Bueno

LIMPIEZA

¿La limpieza del área para atención de parto fue?

Malo

Regular

Bueno

ACOMPañAMIENTO

¿Durante el parto, le permitieron que usted este junto con su pareja, un familiar, la partera o alguien que usted quiera?

Si

No

POSICION EN EL MOMENTO DEL PARTO

¿Durante los dolores del parto le permitieron escoger la posición que usted deseaba?

Si

No

¿Para dar a luz le permitieron escoger la posición que usted deseaba?

Si

No

RASURADA DEL VELLO PUBICO

¿Para atender su parto, le rasuraron el vello púbico o le hicieron lavados anales sin su consentimiento?

Si

No

APEGO INMEDIATO

¿Cuándo dio a luz, el personal le puso junto a usted a su bebe para que reciba su calor y lactancia materna?

Si

No

AGUA Y ALIMENTOS

¿Durante el parto y después del parto le ofrecieron o le permitieron tomar agua medicinales?

Si

No

PLACENTA

¿Después del parto le preguntaron qué hacer con la placenta?

Si

No

UTILIZACION

¿En su próximo parto usted volvería a dar a luz en este Hospital?

Si

No

FUENTE: Estándares e indicadores para el monitoreo de la atención de parto intercultural

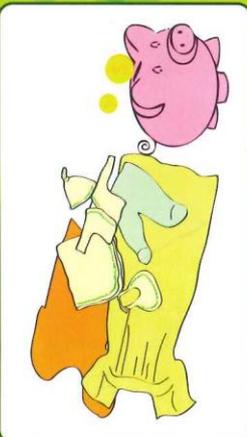
PLAN DE PARTOS Y EMERGENCIAS

Preparemos en Familia

MI PLAN DE PARTO Y DE EMERGENCIA



A dónde iré



Qué necesitaré para el parto o en caso de emergencia



Busco al comité de mi comunidad para que me ayude en caso de una emergencia



Quién me acompañará



Quién cuidará mi casa, a mis hijos



Cómo iré y a quién debo llamar



Ministerio de Salud Pública
Dirección de Maternidad e Infancia
Área de Salud Nº. 4



REVOLUCIÓN
CIUDADANA
¡Cambia!

Mi Familia y Yo sabemos que estoy en PELIGRO si tengo:



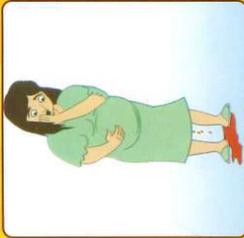
Duele fuerte de cabeza



Visión borrosa



Dolor fuerte de barriga



Hemorragia vaginal durante el embarazo



Hemorragia después del parto

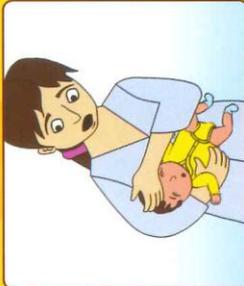


Fiebre alta en el embarazo y después del parto

Mi Familia y Yo sabemos que mi niña/o recién nacido/a está en PELIGRO si:



Se niega a mamar o no quiere mamar



Está con fiebre



Está morado/a



Tiene ataques



Está desmayado/a



Vomita todo



No respira, o le cuesta respirar



Está muy pálido/a



Es muy chiquito/a, por bajo de peso o porque nació antes de tiempo



Ministerio de Salud Pública
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE IMBABURA

SALUD INTERCULTURAL

Plantas medicinales mas utilizadas durante, el embarazo parto y post parto.

(CHICHU, WACHANA, WACHASHIKA KIPA UPIANA - JAMPIK YURAKUNAMANTA WILLACHIN)



ChildFund® Ecuador
AREA IMBABURA

DOSIS: 2 a 3 espigas de la semilla del lantén (tuza)

PREPARACIÓN: Infusión un poco de linaza y un trocito de panela

TOMAR: Se debe tomar una copa pequeña cada vez que tenga sed



DOSIS, PREPARACIÓN Y USO DE PLANTAS MEDICINALES UTILIZADO PARA EL POST PARTO POR EL PUEBLO INDIGENA Y MESTIZO

NOMBRE: FLORES DE MORAS SILVESTRES CALIENTES

TRATAMIENTO: Ayuda abrigar el cuerpo y dilatar los musculos de la pelvis.

PREPARACIÓN: 10 flores con un trozo pequeño de panela en infusión.

DOSIS: Tomar una copita pequeña una vez en la mañana



DOSIS, PREPARACIÓN Y USO DE PLANTAS MEDICINALES UTILIZADO PARA EL POST PARTO POR EL PUEBLO INDIGENA Y MESTIZO

NOMBRE: CULANTRILLO DE POZO ES CALIENTE

TRATAMIENTO: Purgante en el post parto, ayuda a eliminar los coágulos de sangre y restos placentarios retenidos.

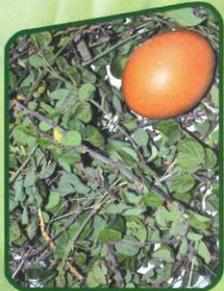
DOSIS: 2 ramas mediana de culantrillo de pozo con un trozo pequeño de panela

PREPARACIÓN: Infusión

TOMAR: Dar de beber una copa pequeña. También se le puede utilizar como emplasto una vez calentado en una lata o tuesto y dejar encaderada.

DOSIS: 1 tallo de zanahoria negra y 5 flores de zanilla y un pequeño trozo de panela.

PREPARACIÓN: Infusión



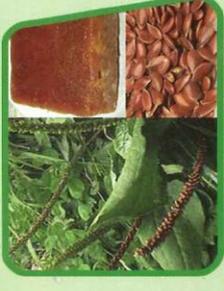
DOSIS, PREPARACIÓN Y USO DE PLANTAS MEDICINALES UTILIZADO PARA EL POST PARTO POR EL PUEBLO INDIGENA Y MESTIZO

NOMBRE: WAKRA KIMBO O HIERBA DE INFANTE: CALIENTE

PREPARACIÓN Y DOSIS: 1 manojó de wakra kimbo con la yema de huevo se lo calienta en una tuesto.

FORMA DE APLICACIÓN: Se aplica en el vientre de la madre en forma de emplasto y cubrir con hoja pel periódico y luego encaderar.

DOSIS: Se puede tomar una copa pequeña en la mañana poniendo una rama de wakra kimbo y un trozo de panela.



DOSIS, PREPARACIÓN Y USO DE PLANTAS MEDICINALES UTILIZADO PARA EL PARTO EN EL PUEBLO AFROECUATORIANO

NOMBRE: LLANTEN ES FRESCO

TRATAMIENTO: Diurético y ayuda a la expulsión del placenta durante el parto y en mujeres con principios de eclampsia.

**PLANTAS MEDICINALES
(JAMPIK YURAKUNAMANTA)**



**POMADAS DE PLANTAS MEDICINALES
(YURAKMANTA VIRA JAMPIK)**



ANTECEDENTES

Este triptico es una recopilación de la sabiduría de los Hombres y Mujeres de Sabiduría (Yachak, Parteras, Fregadores, Chutuneros, Hierbateros, Cuy Fichak) hoy recupera su espacio y valor así como la riqueza de las plantas, hierbas, raíces de nuestro suelo, recogidos en 5 pueblos de la Provincia y una Nacionalidad de Imbabura (Otavalo, Natabueña, Kayambi, Karanqui y la Nacionalidad AWA) de nuestras comunidades indígenas y afroecuatoriano en donde todavía nuestros mayores mantienen, disponen y utilizan las plantas medicinales que se produce en nuestras tierras, y en cada una de las zonas,

misimos que contiene un alto valor medicinal, y espiritual de nuestra PACHA MAMA es generosa con el hombre.

Nuestros antepasados utilizaban para curar y prevenir las diferentes enfermedades además se puede elaborar pomadas de tipo caliente y fresco. Las plantas medicinales son de fácil acceso, bajos costos y efectividad de los tratamientos, lo que permite que los abuelos y la nueva generación continuen utilizando para prevenir, curar la salud de la población.

Segun la Constitución de la Republica del Ecuador en el Título VII régimen del BUEN VIVIR, Capítulo Primero, sección octava Art.385, manifiesta que:

El sistema nacional de ciencia, tecnología, innovación y sabiduría Ancestral, en el marco de respeto al ambiente, la naturaleza y la vida, las culturas y la soberanía, tendrá como finalidad:

- 1.-Generar, adaptar y difundir conocimientos, científicos y tecnológicos.
- 2.- Recuperar, fortalecer y potenciar los saberes ancestrales.
- 3.- Desarrollar tecnología e innovaciones que impulsen la producción nacional, eleven la eficiencia y productividad, mejoren la calidad de vida y contribuyan a la realización del buen vivir.

OBJETIVOS:

- 1.-Hacer conocer al público en general la forma de preparación, uso y dosis de las plantas medicinales.
- 2.-Promocionar y difundir las plantas mas utilizadas por la población
- 3.-Elaborar pomadas de plantas medicinales.

DOSIS, PREPARACIÓN Y USO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL EMBARAZO



NOMBRE :CAMOTE: ES CALIENTE

TRATAMIENTO PARA: Reducir el exceso de agua del organismo
DOSIS: 1 hoja en un litro de agua
PREPARACIÓN: Infusión
 • Tomar una copita pequeña una vez al 15 días antes del parto.

DOSIS, PREPARACIÓN Y USO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL EMBARAZO



NOMBRE: CHILCA: ES CALIENTE

TRATAMIENTO PARA: Ayuda a la dilatación del cuello del útero
DOSIS: 2 hojas de chilca seca con una taja melloco y un pequeño trozo de panela.
PREPARACIÓN: Infusión
 • Tomar cuando los dolores del parto son fuertes y seguidos y con una dilatación de 8cm. (matriz y/ o allí Wawa mama).

DOSIS, PREPARACIÓN Y USO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL POST PARTO



NOMBRE: ZANAHOPIA NEGRA: ES CALIENTE
TRATAMIENTO PARA: Expulsión de la placenta (Wawa mama), Dolor de Utero inflamado.

SALA DE PARTOS CULTURALMENTE ADECUADA



