



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL

**IMPLEMENTACIÓN Y ADECUACIÓN DEL MODELO DE ATENCION
DEL PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL HUMANIZADO EN EL
SUBCENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD KICHWA EL EDÉN
PROVINCIA DE ORELLANA. EDEN MAYO. 2010.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MASTER EN GERENCIA DE
SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTORA

DRA. JENNY ALEXANDRA ALCOCER VALLEJO

DIRECTORA

MARIA DE LOURDES VELASCO

ORELLANA -ECUADOR 2011

CERTIFICACIÓN

Dra.
María de Lourdes Velasco
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA

Que ha supervisado el presente trabajo titulado: "IMPLEMENTACIÓN Y ADECUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DEL PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL HUMANIZADO EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD KICHWA EL EDÉN PROVINCIA DE ORELLANA COCA. MAYO. 2010." el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UPTL por lo cual autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, Agosto 2011

f).....
Dra. María de Lourdes Velasco

AUTORÍA

Todas las ideas, afirmaciones, documentación y proyecciones que consten en el presente trabajo investigativo, mismo que ha sido puesto en ejecución, son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Quito, Agosto 2011

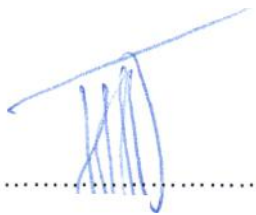
f).....

Dra. Jenny Alcocer Vallejo

CESIÓN DE DERECHO

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

Quito Agosto 2011

f).....

Autora

DEDICATORIA

Dedico este proyecto

A las mujeres indígenas de la Comunidad El Edén por su valentía y fortaleza

A Mercy amiga fiel y sincera

A Guadalupe por sus bendiciones en el camino recorrido

A Dios por otorgarme la sabiduría y la salud para lograrlo.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja que me brindo la oportunidad a través de los conocimientos adquiridos de convertir un sueño en realidad al ayudar a la gente que realmente necesita.

A la Empresa PETROAMAZONAS en especial al Departamento de Relaciones Comunitarias por su invaluable apoyo durante la realización de este trabajo.

A la Dirección Provincial de Salud de Orellana especialmente a la Dra. Rosa Japón quién dio su apoyo político y administrativo para la ejecución de las diferentes actividades planificadas.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
CARATULA	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CESIÓN DE DERECHO.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
1.-RESUMEN	1
2.-ABSTRACT	3
3.-INTRODUCCIÓN	5
4.-PROBLEMATIZACIÓN	8
6.-OBJETIVOS.....	18
7.-MARCO TEÓRICO.....	20
7. 1.- MARCO INSTITUCIONAL	21
7.2 -MARCO CONCEPTUAL	25
8.- DISEÑO METODOLÓGICO	45
9.-RESULTADOS	53
10 .- CONCLUSIONES.....	78
11.- RECOMENDACIONES	80
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	82
13.- ANEXOS	84

1.-RESUMEN

El presente proyecto busca mediante la implementación del Modelo del Parto con Enfoque Intercultural Humanizado contribuir a mejorar el acceso de las mujeres indígenas gestantes de la comunidad Kichwa El Edén a los servicios de salud que presta el Sub-centro de Salud de la localidad y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

En esta comunidad las principales causas que generan este problema de salud se relacionan con la cobertura, la accesibilidad geográfica, la calidad en la prestación de los servicios, el marco económico y sobre todo el aspecto cultural que marca la vida diaria de sus habitantes

Por ello el Ministerio de Salud, Petroamazonas y la comunidad de Edén llevan a cabo este proyecto que implica la adaptación cultural de los servicios de salud materna que busca concienciar a la población acerca de la salud materno-infantil incidiendo en la prevención y capacitar al mismo tiempo al personal sanitario para atender a las mujeres que vayan a dar a luz con total respeto a sus creencias y costumbres.

El proyecto contempla dos etapas: la primera de tipo piloto, con una duración de un año a realizarse en la población El Edén, Cantón Orellana, Provincia de Orellana, mediante una estrategia de capacitación, transferencia y apoyo basados en técnicas participativas.

La segunda etapa contempla la adecuación y corrección del proyecto, de manera de ser replicado, en todos los sectores periféricos que presentan el problema, en el lapso de dos años.

Además se construirá e implementará la Primera Casa Tradicional del Parto "Pakarina Huasi" o Huarmi Huachana Huasi en las Orillas del Río Napo donde las mujeres Kichwas podrán tener a sus hijos a libre elección, es decir de cuclillas, recostadas, inclinadas, apoyadas sobre algo, abrazadas por sus maridos o algún familiar directo.

Esta quimera ha sido posible con el aporte financiero de Petroamazonas, el Ministerio de Salud Pública y la contribución de la comunidad a través del aporte personal y mingas comunitarias.

2.-ABSTRACT

With the purpose of improving the Access of pregnant indigenous women of the kichwa community "El Eden" to the health services provided by the local Community Health Centre thus decreasing gestational and perinatal morbi-mortality we implemented a Model for Humanized Childbirth with an Intercultural Approach.

The main causes that generate this problem in this community are coverage, geographical accessibility, the quality in the provision of services, the economic and above all the cultural aspect that characterizes the daily life of its inhabitants.

Due to this the Ministry of Health, Petroamazonas, and the community of El Eden preformed this project, which involves the cultural adaptation of maternal health services to raise the awareness among the population about maternal and child health with an impact on disease prevention, and at the same time training the medical personnel to respect the beliefs and customs when assisting the women who go to give birth.

This project has two stages: the first is a pilot project, with the duration of one year, in El Eden, Canton Orellana, Orellana Province, with the purpose of training, transfer and support through participatory techniques. The second stage that last two years, envisages the modification and correction of the project, so that it can be replicated in all the peripheral areas that also have this problem.

In addition, the First House for Traditional Birthing "Pakarina Huasi" or Huarmi Huachana Huasi will be built implemented on the Napos Riverside Napo where Kichwa women can give birth to their children in the position they choose be it squatting, lying on their back, leaning on something, or supported by their husbands or an immediate family member.

This project was made possible with financial support from Petroamazonas, the Ministry of Public Health and the contribution of the community through individual and community participation.

3.-INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales.

En el Ecuador este problema es muy serio en especial en las provincias amazónicas en particular en Orellana donde en los últimos 5 años se elevó la tasa de mortalidad materna de 0.48 a 0.87. La 52,14% de la población es menor a 20 años que la relaciona con las altas tasas natalidad y fecundidad de la provincia

La prevalencia de atención calificada del parto y de uso de anticonceptivos modernos es muy inferior a las medias nacionales, pero además dentro de la provincia existen marcadas desigualdades: las mujeres indígenas que viven en la zona rural son las que menos acceso tienen a servicios de salud reproductiva.

En la comunidad El Edén esta realidad nos dista mucho pues el 50 % población es menor a 20 años donde las mujeres en edad fértil presentan un índice de natalidad alto y la mortalidad perinatal es alarmante pero no hay evidencia estadística por el sub-registro existente

Muchos nacimientos y muertes no son registrados ya que por cuestiones culturales son atendidos en el domicilio y si la madre o el niño fallecen son enterrados en la casa o en el cementerio de la comunidad y para ello no se realiza ningún registro legal.

Las frecuentes complicaciones en partos atendidos por familiares o parteras que no han sabido reconocer señales de alarma transformándose en casos graves, y muchos de estos aumentaron las estadísticas de mortalidad. Por el otro lado mujeres que no pudieron llegar por la distancia y si llegaron se les atendió en un ambiente hostil con otras costumbres que les hizo sentir insatisfechas de la atención sanitaria.

A esto sumamos que esta comunidad tiene dificultades de acceso fluvial y terrestre, faltan medios de transporte y las unidades asistenciales equipadas para dar una buena atención a la mujer gestante se encuentran a varias horas de distancia.

En Estos seis meses se han presentado:

Dos casos que terminaron en cesárea por desproporción cefalo-pélvica más sufrimiento fetal y muerte perinatal

Un parto domiciliario con sangrado más infección puerperal que termino con 5 días de hospitalización.

Lo común de estos tres casos fue el rasgo cultural de ser atendidas por las parteras que no reconocieron signos de alarma llegando a convertirse en emergencias obstétricas. Notándose que las mujeres no le dieron importancia a los controles prenatales, esto unido con la dificultad geográfica para el acceso a la atención y la falta de capacitación de la población en general.

Todo este contexto de problemas han hecho que se genere una estrategia conjunta entre Petroamazonas, MSP y la comunidad para mejorar la calidad de vida y la salud

reproductiva de las mujeres indígenas de la comunidad a través de la implementación del Modelo de Parto intercultural humanizado en el subcentro del Edén con la construcción de la Casa del Parto y la capacitación del personal de salud y las parteras

Por este motivo y con el propósito de acercarlos a nuestro servicio de salud, se diseña un proyecto de salud intercultural que intenta construir un modelo de atención acorde a las necesidades y características culturales de la población indígena.

Para esto, fue fundamental desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación del personal de salud con el objeto que se respeten las especificidades culturales y se pueda proporcionar una atención de salud incluyente e integral. También implicó desarrollar trabajos donde los propios agentes tradicionales de salud sean capacitados y que expresen la voluntad de encontrarse en una relación horizontal con la salud occidental.

Para el desarrollo de este proyecto fue de importancia vital el apoyo de Petroamazonas quién dio el sustento económico tanto para la construcción e implementación de la Casa del Parto, como para facilitar la logística fluvial y terrestre de pacientes desde su domicilio hacia la unidad operativa local o provincial.

El apoyo del Ministerio de Salud en especial del Área de Salud Intercultural en las capacitaciones a los actores locales y la predisposición del personal del subcentro del Edén para integrarse al proyecto. En donde el principal limitante ha sido la ausencia y rotación continua de los profesionales tanto médico como enfermera, pero gracias a la gestión comunitaria se logró que se dé estabilidad al personal y se contrate a estos profesionales.

Se pudo sacar adelante este proyecto gracias a la lucha constante de líderes comunitarios, autoridades locales y comunidad en general para participar en la gestión, en las mingas comunitarias y en las capacitaciones.

Todo lo expuesto me incentiva a que contribuya con un granito de arena para poner en marcha este proyecto que permite a la población en general y la mujer indígena en especial a preservar su vida y de sus hijos en un ambiente de respeto.

4.-PROBLEMATIZACIÓN

En las provincias del Oriente Ecuatoriano la Salud Intercultural se unen la Medicina Indígena y la Medicina Occidental por su característica de ser multiétnica

El Edén una comunidad kichwa donde ejercer la salud se convierte en un ejercicio de aceptación de los conocimientos ancestrales, pues las transferencias de pacientes al subcentro las hacen el shaman, los makios, o las parteras, la confianza cultural la tienen los agentes locales de salud ya que el paciente se dirige a ellos en primer lugar y luego va al médico

Po ser una comunidad indígena para resolver sus problemas recurre a las prácticas ancestrales de su medicina tradicional. Estas prácticas, en el ámbito de la obstetricia y principalmente en la asistencia del parto, se han enfrentado fuertemente con la asistencia obstétrica hospitalaria.

Muchos paradigmas desde los cuales se diseñan y operan los hospitales y unidades de salud requieren una actualización en, los planteamientos de la medicina basada en evidencias las medicinas complementarias, alternativas, tradicionales y las investigaciones científicas.

Esto unido a que el personal de salud no conoce el idioma kichwa y con una gran desinformación sobre interculturalidad y poco conocimiento sobre las bases legales y científicas de las diferentes posiciones de la atención del parto.

Por ello la atención que brindan los servicios de salud en el subcentro de Salud de El Edén en la atención del parto no son compatibles con la cultura de las mujeres indígenas, hacen que ellas se alejen de la medicina occidental y opten por refugiarse en sus saberes ancestrales en la figura de los agentes tradicionales de la comunidad haciendo que la morbi-mortalidad materna y perinatal aumente.

En esta comunidad varias causas contribuyen a la muerte materna citaremos causas de etiología clínica, geográficas sociales y culturales. Además consideramos la poca empatía y calidez de los servicios de salud y su falta de consideración a las necesidades y expectativas de las mujeres.

Los factores culturales tanto de las comunidades indígenas, como del personal de salud actúan como barreras de acceso a los servicios de salud reproductiva e impiden que reciban una atención con calidad y calidez constituyéndose en una causa indirecta de la mortalidad materna

Las mujeres de El Edén consideran que es el ambiente poco familiar del centro de salud, donde son atendidas por extraños que no conocen su idioma, sin respeto a su intimidad y sin la presencia de sus parientes y la poca tolerancia a las prácticas culturales relativas al parto tales como la ingesta de bebidas y ciertos rituales que les aleja del subcentro de salud.

Al realizar el diagnostico participativo la principal preocupación de la comunidad en ese momento fue la mortalidad materna que se presento de manera coyuntural, pues falleció una mujer al dar a luz en su casa donde paso 3 días con hemorragia al cuidado de la partera y el brujo y finalmente murió sin asistencia médica a15 minutos del subcentro..

Por ello centramos toda nuestra atención en las mujeres embarazadas de la comunidad, el hallazgo principal fue que los partos institucionales eran bajísimos apenas dos en el año y los controles prenatales eran igualmente escasos debido a que las mujeres no le daban importancia

Peor aún considerar la posibilidad el dar a luz en el subcentro ya que por tradición el marido, la suegra o la partera las atendían, ellas dicen “si el parto es algo natural” y “si se complican es hora de morir pues estando tan lejos que otra posibilidad hay”.

La realidad es mucho mas critica por el sub-registro existente por ser una comunidad de difícil acceso geográfico y más si son comunidades indígenas como la de El Edén ubicada en la rivera del Río Napo.

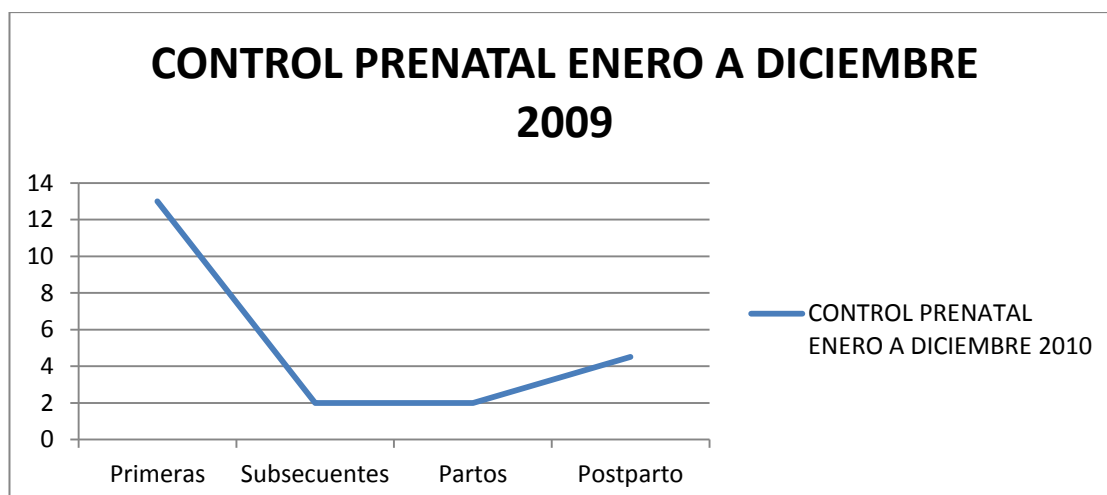
Exponemos el siguiente cuadro estadístico de lo que aconteció en el 2009 en el Control Prenatal en el Subcentro de El Edén.

SCS EL EDEN CONTROL PRENATAL ENERO A DICIEMBRE 2009

TABLA#1

Primeras	Subsecuentes	Partos	Postparto
13	2	2	8

GRAFICO#1



Se produjeron 2 muertes maternas 1 por sepsis y otra por hemorragia, hubo apenas 13 primeras consultas de controles prenatales , es decir 11 no volvieron a controles y no tuvieron una atención calificada del parto , apenas se atendieron 2 partos institucionales ,11 tuvieron partos domiciliarios y se realizo 8 controles postparto

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS DE MORTALIDAD MATERNA OCURRIDOS EN LA COMUNIDAD AÑO 2009

Casos	Edad	Fecha de MM	Comunidad	Parroquia	Cantón	Área de Salud
1	21	Noviembre 2009	El Edén	El Edén	Orellana	1
2	35	Septiembre 2009	Sani Isla	El Edén	Orellana	1

FUENTE: Archivo Petroamazonas
ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

ANÁLISIS DE LOS CASOS

TABLA#2

Caso	Etnia	Área domiciliar	Lugar de Parto	Respuesta de los servicios de salud	Diagnostico y causa principal MM
1	Indígena	Rural	Domicilio	Ninguna	Hemorragia
2	Indígena	Rural	Domicilio	Ninguna	Sepsis

FUENTE: Archivo SCS Edén
ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

En estos dos casos confirmamos que las muertes se producen en mujeres indígenas por causas prevenibles como las hemorragias y las infecciones puerperales atendidas el primer caso por una partera y el otro por el esposo donde se nota los incipientes conocimientos que poseen estos dos actores locales para resolver este tipo de problemas. Se confabulan a que esta problemática sea crítica por la nula intervención de los servicios de salud que se limitan a esperar que lleguen las pacientes.

CONTROL PRENATAL SCS EL EDEN ENERO A DICIEMBRE 2010

Pero esta realidad no ha vario mucho en el 2010 donde los partos se convierten en emergencias obstétricas y se eleva más mortalidad perinatal a pesar de ser transferidas al Hospital Francisco de Orellana de la ciudad del Coca.

MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL OCURRIDOS EN LA COMUNIDAD EN EL AÑO 2010

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Tabla 3

Casos	Edad	Fecha de MM	Comunidad	Parroquia	Cantón	Área de Salud
1	19	Noviembre 2010	El Edén	El Edén	Orellana	1
2	35	Septiembre 2010	Sani Isla	El Edén	Orellana	1
3	27	Abril 2010	El Edén	El Edén	Orellana	1
4	18	Marzo 2010	San Roque	El Edén	Orellana	1

FUENTE: Archivo Petroamazonas

ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

Análisis de los Casos

Tabla 4

Caso	Etnia	Área domiciliar	Lugar de Parto	Respuesta de los servicios de salud	Diagnostico y causa principal de MPN
1	Indígena	Rural	Domicilio	Cesárea	Muerte Neonatal
2	Indígena	Rural	Domicilio	Cesárea	Muerte Neonatal
3	Indígena	Rural	Domicilio	Atención emergencia	-
4	Indígena	Rural	Domicilio	Cesárea	-

FUENTE: Archivo SCS Edén

ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

¿Esto nos lleva a preguntar porque las mujeres no van al centro de salud?

Y obtuvimos una variedad de respuestas pero las más comunes fueron las siguientes:

“Siempre lo hemos hecho en la casa (costumbre)”

“Es que el doctor es hombre y no me da confianza”

“Siempre me atendido mi marido”

“No hay transporte”

“No hay plata”

“La partera me atiende mejor con más paciencia”

Así también les interrogamos ¿Porque les parece bueno dar a luz en la casa?

“Más confianza en mis familiares y partera”

“En la casa se puede practicar costumbres, tradiciones”:

“En el subcentro hacen cosas que no me gustan”:

“y si me mandan al hospital me parten y no tengo plata”

“en casa no cuesta nada es más barato”

La poca asistencia de las mujeres indígenas embarazadas para control y atención del parto pone en evidencia muchos factores que inciden como el bajo nivel social y económico de la mujer, la violencia intrafamiliar, el acceso limitado a programas de información, educación y comunicación, y restricciones económicas, geográficas, sociales y culturales para acceder a servicios específicos de calidad (tanto de salud como sociales), son factores, entre otros, que contribuyen a mantener elevados los niveles de morbilidad y mortalidad materna en el país.

Relevando el choque cultural que supone para las mujeres Kichwas quienes prefieren que el parto sea atendido por parteras, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento.

Dar a luz en el centro de salud donde no sienten confianza en el espacio físico, en la ropa hospitalaria, en el lenguaje que se usa y más aun en los procedimientos como la posición vertical, o el no ingreso de familiares crean un ambiente extraño para una mujer indígena. Estas diferencias entre los sistemas médicos crean brechas culturales, determinando que las mujeres no se atiendan en el subcentro.

El problema se agudiza debido a las dificultades geográficas constituyéndose en una barrera para acceder a la atención médica. Ya que es el único establecimiento de salud a 150km kilómetros al centro hospitalario más cercano, además implementados para un nivel básico, con exiguas medicinas y con escasez de personal sanitario.

En caso de emergencia el transporte de pacientes desde el subcentro de salud hasta el hospital provincial representa un viaje de 3o 4 horas por vía fluvial. Estas transferencias tienen un alto valor económico que va desde 100 hasta 300 dólares considerando el valor del transporte, costos de estadía y medicinas que empuja a muchas mujeres pobres a no acudir a los servicios de salud en caso de algún síntoma de riesgo.

Como autora de este Proyecto siendo Medico Comunitario de Petroamazonas y la empresa como parte de su responsabilidad social por las razones expuestas y sensibles al clamor de las mujeres indígenas realizamos este proyecto con la finalidad que ellas puedan tener embarazo y parto seguro y tengan la certeza de acceder a un servicio de salud como la Casa del Parto” Huarmi Huachana Huasi” que satisfaga sus necesidades económicos, sociales y culturales.

5.-JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materno-infantil es un problema muy serio en nuestro país, particularmente en las comunidades indígenas afectadas por la pobreza, la exclusión y con muy poco acceso a los servicios de salud.

Los mejores cálculos obtenidos para Ecuador indican que aproximadamente entre unas 500 y 700 mujeres y niñas mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y por cada mujer o niña que muere a consecuencia de causas relacionadas con el embarazo, habrá de unas 20 a 30 más que desarrollen trastornos a corto y largo plazo, tales como fístula obstétrica, ruptura del útero, o enfermedad pélvica inflamatoria

En el Ecuador, sólo el 30,1% de partos de mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud y el 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios.

La mujer indígena se resiste a hacer uso de los servicios de salud, debido entre otros a la inadecuación a su cultura, maltrato y discriminación. Este alejamiento hace que muchas mujeres mueran como consecuencia directa de las complicaciones de la maternidad como son: la hemorragia, parto obstruido, toxemia e infecciones.

Más del 50% de muertes se producen en el domicilio o por la llegada tardía a los servicios de salud.

Las consecuencias de la mortalidad y morbilidad maternas no afectan sólo a la mujer sino también a su familia y comunidad. Los niños que quedan huérfanos de madre corren mayor riesgo de morir o de tener otros problemas, tal como la desnutrición. La pérdida de las mujeres durante sus años más productivos significa también una pérdida de recursos para la sociedad entera.

La intervención más eficiente para reducir la mortalidad materna es la atención calificada del parto y mejorar aquellos servicios de importancia crítica para la salud de las mujeres y niñas, tales como la atención prenatal, atención obstétrica de urgencia, capacitación a parteras, atención posparto adecuada para las madres y sus bebés y por sobre todo la adecuación cultural de los servicios.

Por ello nuestro empeño está encaminado a sensibilizar al personal de salud, a estimular la participación comunitaria y gestionar el apoyo de las autoridades respectivas para implementar y adecuar la atención del parto intercultural en el subcentro de salud de Edén que se encuentra en una comunidad donde la totalidad de la población es Kichwa.

En esta sala las mujeres kichwas podrán dar a luz en la posición que elijan: sentada, paradas, hincadas. El espacio será amplio para que algunos familiares, incluso la partera puedan acompañar y ayudar en el parto, siempre bajo la supervisión médica. Luego del nacimiento, la mamá es trasladada a una cama normal que está en la misma sala, donde también hay una cuna.

Al lado de la habitación, está una pequeña cocina equipada, para que la familia pueda preparar las aguas medicinales y alimentos que suelen consumir las mujeres indígenas antes y después de dar a luz. El propósito es generar un ambiente de confianza y, por eso mismo, no se les exigirá que utilicen la ropa del hospital.

La infraestructura contempla también una habitación de hospedaje para los acompañantes, que antes debían deambular en la sala de espera del subcentro pues no tenían dónde quedarse

Es necesaria la adecuación cultural del parto, para garantizar a las mujeres indígenas el acceso a los servicios de salud y responder a las aspiraciones de ellas y de las organizaciones comunitarias que su cosmovisión se respete y se integre en las políticas de salud.

Es de importancia vital dar un giro en el manejo de la salud comunitaria para que las unidades de salud se vuelven amigables con las mujeres embarazadas de cualquier etnia haciendo que el personal de salud preste atención con calidad y calidez, que la usuaria se sienta respetada y a gusto en un ambiente cordial acorde a sus necesidades culturales.

Reducir la mortalidad materna en un 75% y lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva para el 2015 es uno de los objetivos del milenio que deberíamos propender a que se cumpla en las comunidades indígenas haciendo un esfuerzo colectivo para impulsar estrategias culturalmente pertinentes e inclusivas.

6.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Implementar el modelo de atención del parto con enfoque intercultural humanizado en el Subcentro de El Edén para disminuir la morbi-mortalidad perinatal en la Comunidad Kichwa El Edén a través de la capacitación al personal de salud y parteras comunitarias

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Socializar el proyecto con las instituciones y autoridades locales, provinciales y la comunidad en general para motivar su participación.
2. Capacitar al personal de salud y a parteras de la comunidad sobre atención institucional del parto con enfoque intercultural humanizado
3. Construir e implementar del espacio físico para la atención del Parto Intercultural Humanizado.
4. Establecer un programa de captación oportuna de mujeres embarazadas para mejorar la cobertura de atención del parto.
5. Diseñar en forma participativa un protocolo de atención para identificar factores de riesgo obstétrico y signos de alarma
6. Mejorar la cobertura de atención del parto con enfoque intercultural humanizado.
7. Mejorar la accesibilidad cultural a servicios de salud a mujeres gestantes para recibir una atención efectiva.
8. Evaluar el Proyecto para medir el impacto y la cuantificación de los resultados

7.-MARCO TEÓRICO

7. 1.- MARCO INSTITUCIONAL

1.-Aspecto Geográfico del Lugar

El sub-centro de salud está ubicado en la comunidad El Edén, Parroquia El Edén, Cantón Orellana, Provincia de Orellana.

La comunidad tiene una Superficie: 21.052.50 Hectáreas. Forma parte del Parque Nacional Ya suñi de las cuales 650 hectáreas fueron entregadas a la Universidad San Francisco de Quito para la Estación de Biodiversidad Tiputini (EBT) y 200 hectáreas para la explotación petrolera que estaba a cargo de la Compañía Occidental Exploración y Producción Compañía OEPC hoy PETROAMAZONAS.

Limites

Norte: Río Napo

Sur: Río Tiputini

Este: Comuna Samona Yuturi

Oeste: Comuna San Roque

Clima

Tiene temperaturas promedio de 25 °C, las mismas que pueden llegar hasta 38°C

Hidrografía

Río Napo, Yuturi, Dumbique, Ushpa Yuturi, Cari Yuturi y las Lagunas Yuturi.

2.-Dinámica Poblacional.

El subcentro de salud cubre a una población de 335 habitantes que viven en la comunidad de Edén y asiste a pacientes que vienen de las comunidades vecinas como: Yuturi, San Roque Comuna, Sani Isla, Pañacocha, Santa Elena cubriendo a una población aproximada de 1500 personas por que es el único centro de salud a 80 Km. a la redonda.

Talento Humano

Se cuenta con:

- Un médico rural
- Una enfermera rural
- Odontólogo Rural
- Una promotora de Salud

3.-Misión

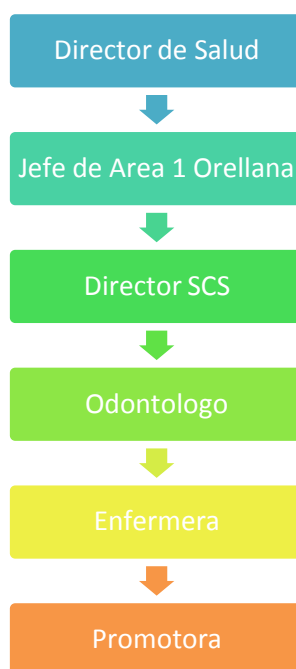
Articular esfuerzos con las organizaciones e instituciones locales para mejorar el acceso a la salud promoviendo la participación comunitaria. Mejorar la calidad y equidad en los servicios de salud. Promover estilos de vida saludable, a través de la promoción y prevención de la salud.

4.-Visión

El subcentro de salud de Edén aplicando el nuevo modelo de atención con enfoque familiar, comunitario e intercultural busca mejorar la calidad de vida de la población a través de brindar servicios de salud con calidad y calidez, trabajando en forma coordinada con autoridades locales, instituciones y organizaciones

5.-Organización Administrativa

Para la gestión del sistema de atención, de acuerdo a la regionalización existen tres niveles



El Nivel Provincial está constituido por la Dirección Provincial de salud de Orellana representada por su Director, quien preside la Unidad de Gestión Provincial; su función es apoyar técnica administrativamente las jefaturas de área y los hospitales de su jurisdicción geográfica

El Nivel Cantonal esta dado por el Área de Salud conformada por la Unidad de Conducción y las unidades operativas del primero y segundo nivel como centros, subcentros y puestos de salud. La Jefatura de área 1 de Orellana con capacidad resolutive técnica, administrativa, financiera supervisa y asesora al subcentro de El Edén

A nivel Parroquial esta el Subcentro representada por el Director de la Unidad Operativa quién coordina con los miembros del EBAS que son el odontólogo, enfermera y promotora de salud para la planificación y coordinación de actividades operativas.

6.-Servicios que Presta la Institución

- Presta servicios de consulta en:
- Clínica medica
- Ginecología
- Prenatal
- Parto
- Odontología
- Vacunación
- Laboratorio de Malaria

7.-Datos Estadísticos de cobertura (Estado de salud-enfermedad de la población)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA COMUNIDAD EL EDÉN 2009

TABLA #2

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones Respiratorias	416	50.36%
Parasitosis	181	21,91%
EDA	87	10.53%
Dermatitis	38	4.6%
Accidentes menores	35	4.23%
Conjuntivitis	27	3.26%
Infecciones Vías Urinarias	18	2.17%
Cefaleas	12	1.45%
Gastritis	9	1.08%
Paludismo	3	0.36%
Total	826	100%

FUENTE: Subcentro de El Edén

ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

8.-Características geo-físicas de la institución

El subcentro cuenta con una infraestructura moderna con estudios aprobados de vulnerabilidad estructural y no estructural de PAM.

Los servicios básicos que dispone son limitados y condicionados al funcionamiento del generador de la comunidad que permite tener luz y agua por 8 horas, no hay teléfono.

El manejo de desechos se lo realiza en coordinación con PAM para tratamiento y eliminación. Por su ubicación geográfica se encuentra en una área de riesgo cero para sismos o cualquier otro desastre natural como inundaciones. El riesgo de incendios es mínimo se cuenta con un sistema de respuesta primaria y secundaria por la asistencia de PAM

9.-Políticas de la Institución

Esta unidad operativa es un establecimiento de salud de servicio público, enmarcado bajo las leyes de la Constitución y siguiendo los lineamientos establecidos por las políticas nacionales de salud y bajo las disposiciones generales del Sistema Nacional de Salud a través del MSP, su ente rector

Fundamenta su accionar en el siguiente marco jurídico:

- El subcentro de salud obtuvo su licenciamiento por parte del Ministerio de Salud Pública y su reconocimiento en el registro oficial el 3 de Mayo de 1993
- El artículo 42 de la Carta Magna don se dispone que el estado garantice el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.
- Artículo 45 de la Constitución
- Artículo 11 y 17 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- Acuerdo Ministerial 620(1)

7.2 -MARCO CONCEPTUAL

Antecedentes Parto Intercultural

Interculturalidad es la interrelación y vivencia en armonía entre diversas culturas desarrollándose en el mismo contexto, basada en el conocimiento mutuo, que genera el respeto y la valorización de lo diverso para beneficio de todos propiciando así la unidad en la diversidad.

En esta relación intercultural se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad está basada en el dialogo, donde ambas partes de escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomada de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar, de dialogar simétrica y horizontalmente entre seres humanos con iguales derecho (1)

Dada la importancia y el riesgo que representan el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento.

La interculturalidad pretende, que exista un espacio y tiempo común para todas las culturas, favoreciendo no sólo el contacto, sino también el encuentro.

La cultura vista desde una perspectiva antropológica, se refiere a “todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes. (1)

Parto.-salida del feto del cuerpo materno dando por finalizado el embarazo

El parto es el tránsito del contenido de la gestación desde la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno

Mortalidad Materna

La mortalidad materna se refiere a aquellas defunciones a consecuencia de complicaciones causadas por el embarazo y el parto. Estas complicaciones pueden suceder durante el embarazo o el parto, o pueden ocurrir hasta 42 días después del parto.

1)http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Manual%20HACAP%20%20FCI%20and%20QAP_optimized.pdf

Modelos Interculturales De Salud

Los modelos interculturales de salud, significa adaptación cultural de los servicios por una parte y, por otra, humanización y personalización de la atención.

Características de los Modelos Interculturales

1. Que existe algún tipo de relación entre el sistema de salud ancestral y occidental o alternativo.
2. El servicio deberá responder a la necesidad de la población demanda y debe haber adecuación de la oferta.
3. Deberán generar resultados de impacto social: ejemplo aumento de cobertura disminuyendo muerte.
4. Deben tener enfoque integral, con estrategias de promoción, prevención, curación y rehabilitación

Que Significa Adecuar Culturalmente La Atención:

- Reducir barreras de acceso, comunicación, prejuicios.
- La aplicación de los derechos de las usuarias
- Reconocer, valorar y apoyar los elementos sociales y culturales
- Realizar innovaciones y cambios, tomando en cuenta la visión de la realidad de las usuarias, respondiendo a sus múltiples necesidades.
- Crear espacios de diálogo y de negociación entre todos los actores (usuarios internos y externos) involucrados en la atención.
- Aumentar la satisfacción de las/os usuarias/os y del personal de salud

La ACP implica realizar cambios estratégicos en la atención del sistema biomédico para ello se ha identificado factores importantes:

1. Trato interpersonal hacia la usuaria y su familia
2. El acompañamiento durante el proceso del parto
3. Libre posición del parto
4. Abrigo, vestimenta
5. Alimentación y aguas medicinales
6. Información
7. Entrega de la placenta
8. Modificar prácticas obstétricas respetando sus costumbres y su cultura (episiotomía, enema, rasura del vello púbico, baño en agua fría)

Qué es el Parto Tradicional Humanizado (PTH)

El parto tradicional humanizado se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud.

Es reconocer en la madre y el padre a los verdaderos protagonistas.

No intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.

Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en su domicilio)

Parto Intercultural

Es la atención integral del Parto con un sentido humanístico en el cual se respeta la libre elección como parir y nacer, considerando las esferas biológica, espiritual y emocional, en un ambiente de seguridad e intimidad, acorde a la realidad cultural de cada persona y sustentando la atención en la medicina basada en la evidencia

Reconocer en la madre y el padre a los verdaderos protagonistas

No intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente

Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en su domicilio)

Parto en Libre Posición

Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyada en las rodillas o de cuclillas) mientras que el personal de salud se debe acomodar delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto.

Esta posición permite que el producto sea el resultado del expulsivo orientado siempre al canal del parto facilitando así el nacimiento y disminuyendo los traumatismos en la madre y en el recién nacido

Meta-análisis o Medicina Basada En La Evidencia En Parto Vertical

En la actualidad se cuenta con múltiples estudios sobre el impacto la posición convencional horizontal, como el de diferentes variedades del parto vertical en la atención del parto, en todo el mundo.

Los análisis que actualmente cobran mayor relevancia a nivel mundial son los elaborados por la organización internacional “*Colaboración Cochrane*” que está dedicada a evaluar las intervenciones médicas para valorar si cuentan con evidencia científica

El Centro Cochrane Iberoamericano está ubicado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y es miembro del Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau.

“Colaboración Cochrane” elaboró en 2003 un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto⁷, que incluyó 19 estudios con 5764 participantes. Este estudio refiere que en muchas de las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, paradas, entre otras variantes. En las sociedades occidentales, en cambio los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto acostadas sobre la espalda, algunas veces con las piernas levantadas mediante el uso de estribos. La revisión de los ensayos clínicos demostró que cuando las mujeres tuvieron el parto en esta última posición, éste fue más doloroso para la madre y causó más problemas con respecto a la frecuencia cardíaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron

ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y un mayor número de mujeres a las que se les realizó incisiones en el canal del parto. Sin embargo, hubo menos pérdidas sanguíneas.

El estudio sugiere numerosos beneficios potenciales para la posición vertical, con la posible excepción de una mayor pérdida de sangre, no se han demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la madre o el feto, por lo que concluyen en que se debe estimular a las mujeres a que tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales.

El estudio considera también que la influencia del personal que presta servicios en instituciones médicas, no toma en cuenta la comodidad de la mujer ni la necesidad de experimentar el parto como un evento positivo. También señala que debido a la evidencia indirecta de que un ambiente positivo y de apoyo durante el trabajo de parto estimula en las mujeres un sentido de competencia y logro personal durante el parto y su confianza posterior como madres y el riesgo de depresión postnatal, se le debe dar atención a la valorización de la mujeres durante el trabajo de parto” (2)

Características

La atención del parto en posición vertical, además de ofrecer ventajas fisiológicas, es ahora un elemento de competencia cultural que puede disminuir barreras culturales y favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud. Población formada por mujeres que pueden presentar riesgos y complicaciones, cuyo rechazo o alejamiento de los servicios puede significar su muerte.

La humanización y adecuación cultural de la atención del parto permiten superar algunas de las barreras que impiden que las mujeres embarazadas lleguen a los servicios de salud para recibir atención sanitaria calificada durante su embarazo y parto.

La competencia cultural en las instituciones de salud, pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud, promoviendo el desarrollo efectivo de este componente aporta elementos para:

Identificar las características que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones culturales de todas las mujeres y a sí satisfacer sus necesidades y requerimientos;

2)<http://www.cochrane.es/> Colaboración Cochrane es un organismo sin ánimo de lucro, cuyo fin es elaborar revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados

Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales;

Modificar las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas.

Este modelo propone:

Eliminar

- la práctica rutinaria de la episiotomía;
- la práctica rutinaria de la rasura del vello público;
- la práctica rutinaria de la aplicación de enema.

Facilitar

El apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto

Permitir:

La participación y/o la compañía de la pareja o un familiar durante el trabajo de parto y posparto

Escoger la posición del parto

La participación de la partera tradicional durante el trabajo de parto y posparto

Promover:

- El acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre- hijo/a
- La lactancia precoz y sin restricciones

Devolver

La placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural local;

Otros cambios en los servicios que sean identificados por los actores del proceso

PARTO INTERCULTURAL KICHWA

Para esta comunidad que es de nacionalidad kichwa la costumbres y tradiciones que se deben respetar durante la labor del parto, el parto y el postparto son las siguientes:

- La posición a libre elección: vertical , en cuclillas, hincada
- Asistencia del esposo
- Acompañamiento de la partera
- Ambiente cálido y con privacidad
- Uso de hierbas (hierba luisa) para regular las contracciones, para relajamiento
- Baño de la parturienta y el bebe . Chicha después del parto para relajamiento y fortalecimiento
- Entierro de la placenta
- El corte del cordón (3)

FISIOLOGÍA COMPARADA

PARTO HORIZONTAL

Ventajas posición horizontal

Favorece la comodidad del médico en la atención del parto, la cual es importante para su óptimo desempeño. Algunas posiciones tradicionales verticales son realmente incómodas para personas no acostumbradas a estar en posición de cuclillas o con sobrepeso.

Favorece la revisión médica.

Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.

Desventajas De Posición Horizontal

- El útero de la Gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión bradicardia, así mismo puede originar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto (Compresión Aorto – Cava). Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal, si el periodo expulsivo se prolonga.(Efecto Poseiro)
- Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actúan como peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo, ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, y no favorecen la expulsión final.
- Los diámetros intrapélvicos, maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen (Maniobra muy utilizada para la atención de la Distocia de Hombros), por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores.
- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad.
- La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.
- La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.
- La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné pudiendo favorecer los desgarros.

PARTO VERTICAL

Ventajas de la posición vertical

- Las mujeres parturientas en posición vertical, arrodillada, sentada o de pie, las contracciones uterinas son más intensas, en frecuencia, actividad uterina y coordinación, que las del parto en posición horizontal.(4)
- En posición vertical sentada se ha encontrado mayor efectividad en el pujo, por la mejor disposición de la musculatura abdominal para contraerse
- Paciornik expresa que en la posición vertical materna es más difícil para el feto aspirar amniótico, meconio, y sangre.
- Caldeyro Barcia demostró que los valores de la gasometría en arteria y vena umbilical del recién nacido fueron mejores en los recién nacidos en posición vertical, no comprime los grandes vasos, la aorta ni la vena cava inferior, arterias ilíacas maternas, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto, evitando además el síndrome “supino hipotensivo”.
- Existe un mejor equilibrio ácido base fetal, tanto, durante el periodo de dilatación, como en el expulsivo, facilitando la transición feto – neonatal.
- Los miembros inferiores al estar apoyados constituye un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción.
- Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2cm en sentido ántero y 1 cm. en transverso.
- La posición vertical determinada que el ángulo de encaje (“dive angle” para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (mas abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto.
- La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorecen el encaje y el descenso del feto. Se estima que la madre gana 30 – 40 milímetros de HG, en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical, Asimismo, la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
- El trabajo de parto en la posición vertical, como resuelto en las razones expuestas, se acorta sensiblemente.
- El parto vertical proporciona beneficios psico-afectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.
- Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación.

(4)<http://www.msp.gov.ec/dnspi/documentos/guia-adecuacion.doc>

- Klaus y Kennel señalaron que la posición vertical disminuyó significativamente las intervenciones obstétricas con fórceps, extracción al vacío, maniobra de Kristeller y episiotomía.
- Gonzalo Díaz señaló que la incidencia de cáput sucedáneo fetal fue menor en el grupo en posición vertical.
- Flyny Nelly encontró una mejor y significativa puntuación del test de Apgar a los 1 y 5 minutos, para los niños nacidos de madres en posición vertical.

DESVENTAJAS POSICIÓN VERTICAL

- Aumenta el riesgo de pérdida de sangre.
- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para los médicos. Sin embargo existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la parturienta como el médico, se pueden encontrar cómodos.
- La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable período de tiempo. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres occidentales que ya no se acuclillan para defecar. Sin embargo existen otras posiciones verticales y diferentes dispositivos que se pueden utilizar.

VI.- APLICACIONES

El parto en posición vertical se puede realizar en diferentes posiciones y niveles de tecnificación, de acuerdo a las necesidades culturales y posibilidades técnicas. Describiremos algunas que se pueden practicar en unidades de salud en conjunto con las parteras, y otras para centros de salud y hospitales en atención por personal médico.

En cuclillas. Se puede realizar con apoyo de otra persona en la espalda, en algunas culturas del mundo es utilizada por la madre para auto-atenderse del parto.

Parada: Se puede utilizar desde una cuerda, una rama de un árbol, una hamaca, hasta una barra de metal inoxidable.

Posición Hincada. Se acompaña en muchas ocasiones con sostén en la espalda de un acompañante y de un punto de apoyo para agarrarse y facilitar el pujo

Posición Sentada.

Se utilizan una serie de elementos como banco para partos para facilitar que la mujer se siente

CONSTRUCCIÓN, DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SALA DE PARTO INTERCULTURAL

Se habilitó la Casa del Parto “Huarmi Huachana Huasi” junto al subcentro de salud para el trabajo de parto y parto. A esta sala ingresa la familia y el equipo de salud.

Es un espacio de 90 metros de construcción que trata de recrear el ambiente natural de una casa de una familia Kichwa está construido con madera exclusivamente y con cubierta de paja toquilla y conambo que puede durar hasta veinticinco años, en un ambiente siempre fresco, saludable

Cuenta con una sala principal con hamacas para los familiares que se quedan a dormir, una sala de parto con batería sanitaria, una sala de hospitalización con una cama de plaza y media con un velador, una cocina, una bodega

El decorado se lo hará con cuadros con motivos animales y paisajes de la selva. y un ventilador; la ropa de cama son mantas con motivos típicos.

Se agregarán a estos elementos propios de la asistencia obstétrica: un doppler fetal, una camilla ginecológica, equipos de partos estériles, sábanas, insumos propios de la atención del parto, y una colchoneta y un tubo de soporte para la cuerda que le sirve para sujetarse la mujer en un parto vertical..

REQUERIMIENTOS PARA LA ATENCION DEL PARTO VERTICAL

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

Los establecimientos de salud deben adecuar y desarrollar procesos organizacionales que son indispensables para brindar una atención de calidad en la atención del parto vertical. (4)

(4) <http://www.msp.gov.ec/dnspi/documentos/guia-adequacion.doc>

RECURSO HUMANO

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

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

- Médico Gineco – Obstetra o Médico General con competencias para la atención obstétrica
- Médico pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal
- Enfermera con competencia para la atención neonatal
- Partera
- Promotora con competencias para apoyar la atención obstétrica y neonatal

AMBIENTE FISICO:

- Acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable (aproximadamente 24°C), proporcionando calor con estufas u otro sistema de termorregulación.
- Protección de ventanas con cortinas de colores y material adecuados a la realidad local
- Paredes conservaran el color de la madera(4)

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO INTERCULTURAL

Se procederá de acuerdo a la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado del Ministerio de Salud publicada en el 2008. (5)

EL PARTO

1.- ATENCION DE LA PARTURIENTA EN TRABAJO DE PARTO

1.1.- IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO PERINATAL

- El personal debe brindar información adecuada a las usuarias que van a dar a luz, durante la atención del parto sobre los procedimientos que se le va a realizar a la parturienta, para que genere un ambiente de seguridad y confianza entre la parturienta y el personal de salud, (La información debe ser en palabras sencillas y claras sobre el progreso de la labor de parto, evitando el uso de términos técnicos y debe ser con afectividad, consejo y dialogo), mejor si es en el idioma nativo
- El personal debe brindar un trato adecuado a las usuarias que van a dar a luz (Que se trate con expresión de amistad y de acercamiento entre la usuaria y el personal de salud, con paciencia, tranquilidad y respeto, que se respete sus costumbres) mejor si es en el idioma nativo
- La revisión general de la parturienta se debe realizar en un marco de diálogo e información permanente, de manera que ella se sienta segura y adquiera confianza. mejor si es en el idioma nativo
- Debemos recordar que si la parturienta no se realizó el control prenatal, es muy importante informarle sobre como va a hacer el procedimiento del parto y nacimiento del niño o de la niña, los métodos disponibles para la atención, las instalaciones físicas del establecimiento de salud y el personal de salud que le atenderá.
- Debemos identificar oportunamente los factores de riesgo obstétrico perinatal para evitar daños físicos y psíquicos durante el parto.
- Debemos estar predispuestos a atender al llamado de las parturientas y sus familiares a cualquier hora del día o de la noche.
- Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta (madre, esposo, hermana, **PARTERA** u otro familiar) desde el ingreso a la unidad de salud, todo el proceso de parto y pos parto hasta el alta de la unidad de salud, es decir durante todo el tiempo que dure el proceso del parto.
- El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidad durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto.

(5)www.msp.gov.ec/dnspi/documentos/normativa-parto-vertical.doc

- En el primer contacto con la parturienta es importante que le preguntemos si ha tenido contracciones uterinas (dolores de parto), rotura de membranas con expulsión de líquido amniótico, expulsión del tapón mucoso y pérdidas de sangre. Después de esto, debemos explicar los procedimientos de rutina, revisar carnets, otros, y averiguar si ha ingerido aguas medicinales o medicinas naturales para apurar el parto
- Si la parturienta no tuvo control prenatal, tenemos que tomar muestras de sangre sólo en caso necesario, pero antes tenemos que explicarle en qué consiste el examen y para qué sirve, tener su permiso y dejar que su familia le acompañe si la parturienta así lo desea.
- Tenemos que realizar la anamnesis para saber las condiciones en que se inició el parto (Rotura de membranas, tipo de contracciones, hemorragias, movimientos fetales).
- También tenemos que rescatar la información del o los anterior (res) parto/s si la parturienta es múltipara.
- Tenemos que explicarle a la parturienta sobre la importancia del examen obstétrico, tener su permiso y dejar que su familia le acompañe si la parturienta así lo desea. Luego debemos informarle todo lo que se ha encontrado.
- Para determinar la situación fetal, y grado de encaje de la presentación tenemos que realizar palpación abdominal con maniobras de Leopold.
- Tenemos que auscultar la frecuencia cardíaca fetal.
- Debemos medir la altura uterina sin poner al descubierto las partes íntimas de la parturienta.
- Se puede realizar **TACTO VAGINAL** para saber el tipo de presentación, variedad de posición, grado de encajamiento, grado de dilatación y borramiento cervical, pero antes tenemos que explicarle a la parturienta en qué consiste el tacto y la importancia de realizarlo y permitir que un miembro de su familia o la partera lo acompañe si así ella lo desea.
- Debemos realizarle el examen clínico general, pero se puede postergar si la parturienta llega con trabajo de parto avanzado.
- Luego debemos determinar el momento en que empezó el trabajo de parto.
- También debemos determinar los factores de alto riesgo obstétrico – peri natal como: parto pretermino, ruptura prematura de membranas de más de 24 horas de duración, fiebre, hemorragia, patologías de alumbramiento en partos anteriores, signos de sufrimiento fetal, y alteraciones del estado materno.

2.- ASPECTOS A CONSIDERAR ANTES DEL PARTO:

2.1.- PREPARACIÓN DEL ESPACIO DEL INSTRUMENTAL Y DE LA PARTURIENTA

- Debemos garantizar un ambiente familiar, silencioso, cálido (25° C o más) evitar las corrientes de aire y el exceso de luz (en lo posible evitar el uso de la lámpara de cuello de ganso).
- Debemos evitar que durante la atención del parto existan muchos prestadores de salud y familiares. Sin embargo, se debe estimular la participación del acompañante o algún familiar de confianza que ella elija. (Es bueno preguntarle a la parturienta a quién acepta a su lado, o quien desea que se quede a su lado)
- Debemos permitir la realización de rituales tradicionales propiciatorios, durante el trabajo de parto, pero no así en el momento del parto, ni en la misma habitación donde se realizará el parto. (El respeto a la condición social y cultural de la parturienta es un factor fundamental para que ella se sienta segura de sí misma).
- Como personal de salud podemos ofrecerle batas oscuras a la parturienta, pero no exigirle que las use si ella no desea, e informarle la importancia de priorizar la conservación del calor corporal, o se debe permitir el uso de su propia ropa siempre y cuando esté limpia.
- Como personal de salud debemos coordinar con el acompañante para invitar a la parturienta a realizar aseo perineal con agua tibia que puede ser de (romero o manzanilla) para evitar posibles infecciones. (El aseo es necesario y se debe explicar a la parturienta acerca de su importancia).
- En lo posible hay que tratar de no vestir mandil, gorra, y mascarilla de color blanco, ni tampoco se debe utilizar sábanas blancas en las camas, puesto que las usuarias tienen temor de ensuciarlas.

3.- ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN (Primer periodo de parto)

POSICIÓN DURANTE LA FASE DE DILATACIÓN

- La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico.
 1. La compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la siguiente disminución de la oxigenación fetal.

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

PROCEDIMIENTOS

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

- Es importante que el personal de salud acompañe a la parturienta en todo el proceso de dilatación y trabajo de parto.
- Hay que aconsejar a la parturienta que no puje cuando la dilatación aún no ha completado.
- Hacer los tactos de acuerdo a la norma establecida, y tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre el por qué se lo realiza y para qué sirve y así ganarse la confianza de la parturienta y familiares, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento.
- Tenemos que cumplir la norma de realizar tactos vaginales tres veces, si las membranas están rotas hay que restringir al mínimo este procedimiento.
- También podemos considerar que la dilatación completa se puede manifestar a través de la sudoración alrededor de los labios y la nariz de la parturienta.
- Es fundamental que evaluemos la frecuencia cardíaca fetal cada 10 minutos durante la primera hora de permanencia en el establecimiento, y luego cada 30 minutos en el periodo de dilatación y cada 15 minutos en el periodo expulsivo.
- El control de los signos vitales de la parturienta (pulso, presión arterial, temperatura, y frecuencia cardíaca) es otro de los procedimientos que debemos hacer obligatoriamente.
- Llevar un registro estricto del parto grama, el mismo que permitirá llevar las medidas necesaria en caso de identificarse complicaciones (Tomar en cuenta que el registro del parto grama CLAP –OMS permite monitorizar el parto en posición vertical)

- La evaluación del progreso del parto se realiza observando a la mujer: Apariencia, conducta, contracciones y el descenso de la cabeza fetal
- La medida más exacta es la dilatación del cuello. Una desviación sobre el índice de dilatación normal 1 cm por hora – Debería ser una indicación para revisar los planes del manejo del parto y referir a la parturienta lo más pronto posible a la instancia hospitalaria de mayor complejidad.
- Por otro lado debemos sugerir que la parturienta vacíe su vejiga y elimine deposiciones espontáneamente, y explicarle que si no lo hace, durante el parto puede orinarse o defecarse. Además que el vaciamiento facilita el parto.
- Ya sea en el establecimiento de salud o en el domicilio de la parturienta, hay que estimularle a que camine (ambule) en los pasillo y espacios libres. (Si la parturienta está agotada hay que permitirle que descanse).
- Para dar masajes el personal o los familiares debe tener las manos tibias, realizarlos lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos, la utilización de un aceite o talco ayuda a deslizar las manos por la piel y ejercer una presión suave y pareja en la zona lumbar. Esto permitirá disminuir los niveles de ansiedad, controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo del parto, renovar las energías para las próximas contracciones, reducir la tensión muscular y ayudar de este modo a contrarrestar la fatiga.
- Tenemos que estimularle a los familiares de la parturienta a que le realicen masajes en la espalda y cintura con pomadas cálidas. (Si motivamos a que la familia proporcione masajes a la parturienta, podemos ganarnos su confianza y aceptación).
- En esta fase podemos realizar masajes, aconsejar técnicas de relajación y cambios de posición en vez de realizar procedimientos farmacológicos.
- El personal de salud debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo del familiar elegido por la parturienta.
- Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres
- Permitir la ingestión de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorece el progreso del parto.
- El personal debe conocer la acción de algunas plantas medicinales para la administración de las mismas, especialmente el responsable de la atención del parto.

4.- ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO (Segundo periodo del parto)

POSICIONES EN EL PERIODO EXPULSIVO

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

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

Las posiciones que puede adoptar la parturienta son las siguientes;

- a. Posición de cuclillas. Variedad anterior
- b. Posición de cuclillas: variedad posterior
- c. Posición de rodillas
- d. Posición sentada
- e. Posición semi sentada
- f. Posición cogida de la soga
- g. Posición pies y manos (4 puntos de apoyo)
- h. Posición de Pie

POSICIÓN CUCLILLAS – VARIEDAD ANTERIOR

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

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

POSICIÓN DE CUCLILLAS. VARIEDAD POSTERIOR

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné, colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la parturienta y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma, actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

POSICIÓN DE RODILLAS

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

POSICIÓN SENTADA Y SEMISENTADA

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará a realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodilladas sobre la colchoneta o cama, abrazará a la parturienta por la región del tórax, permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en la silla baja (Debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde de la tarima, cuidando que la colchoneta o estera este ubicada debajo de la gestante.
- En la posición semisentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

POSICIÓN COGIDA DE LA SOGA

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

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

POSICIÓN PIES Y MANOS

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

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

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

POSICIÓN DE PIE

En esta posición la cavidad uterina en posición vertical permite que la cabeza fetal se introduzca en la pelvis, con un moderado asinclitismo anterior, más favorable que el posterior, permitiendo que el ángulo de conducción mejore, disminuyendo de esta forma la duración del parto y la frecuencia de la realización de cirugías obstétricas.

El ángulo feto – pélvico de ingreso y conducción del parto se modifica con los movimientos que realiza la embarazada en posición vertical y libre de ataduras y que los puede efectuar durante los periodos del parto, especialmente en el periodo expulsivo. La posición vertical corrige ligeras desproporciones por vicios de la presentación creados o mantenidos por la posición materna horizontal.

COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD

- Verificar los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención de la parturienta y recién nacido.
- Acondicionar o verificar que la sala de parto vertical cuente con:
 1. Calor producido por calefactores, estufas o chimeneas (tomando en cuenta las regiones del país)
 2. Camilla o silla adecuada para el parto vertical
 3. Soga colgada de una viga
 4. Una colchoneta o estera en el piso, cubierta con campos sobre los cuáles nacerá el bebé.
 5. Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita de mayo acondicionada.
- Verificar las condiciones de higiene y limpieza del ambiente
- Verificar que el instrumental para la atención del parto vertical este debidamente descontaminado, lavado y esterilizado.
- Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón antes de colocarse los guantes estériles.
- Realizar un lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas medicinales al inicio y repetirlo si fuera necesario.

- En caso necesario se colocará a la mujer botas de tela para proteger la limpieza de los campos.
- Debemos procurar que todo el parto propiamente dicho sea en el mismo ambiente. La sala culturalmente adecuada permite que esto sea así.
- En lo posible, debemos evitar la amniotomía o ruptura de la agua de fuente.
- Es importante que la parturienta elija la posición de parto. Como personal de salud no debemos buscar nuestra comodidad, tenemos que acomodarnos a la posición de parto que la parturienta prefiera.
- Cuando el niño o niña esté coronando, es necesario que le pidamos a la madre que no puje.
- También debemos controlar que los pujos sean espontáneos y cortos. Debemos permitir que la parturienta puje en la posición que le sea más cómoda: Semisentada, sentada, parada, de cuclillas, de rodillas, o de inclinación lateral.
- La episiotomía solo se debe realizar en caso de: Parto inminente de nalgas, sufrimiento fetal agudo, y macrosomía fetal.(No se debe realizar como procedimiento de rutina)
- En cambio, si la posición de la parturienta es de cuclillas, de rodillas, o paradas esperemos que la niña o niño baje en forma natural para recibirla. No debemos permitir que caiga al piso.
- Debe Clampearse el cordón umbilical a nivel del periné cuando el latido del mismo haya cesado.
- Se debe consultar al acompañante el tamaño del corte del cordón umbilical, considerando el sexo del recién nacido de acuerdo a las costumbres locales.
- Debe realizar masaje del fondo uterino inmediatamente después de producido el alumbramiento, hasta corroborar que el mismo este adecuadamente contraído.
- Luego, sequemos y abriguemos al recién nacido, especialmente su cabeza.
- Es importante que como personal de salud hagamos que la madre el y niño establezcan un contacto físico emocional desde el primer momento. Para eso hay que colocar al niño o la niña sobre el pecho de su la madre inmediatamente después que ha nacido. (Antes de dar de lactar al niño o niña debemos limpiar los senos de la madre).

5.- ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO (Tercer periodo de parto).

- Durante el descenso placentario se sostendrá la placenta con las manos, sin realizar tracción, ni torsión, ya que la placenta y sus membranas, la mayoría de veces, descienden por su propio peso.
- Usar técnicas para facilitar la expulsión de la placenta según costumbres de la zona rural:
 1. Provocarse nauseas estimulando la úvula con el objeto de provocar un esfuerzo
 2. Soplar una botella
 3. Dar de comer a la parturienta una colada caliente, aguas medicinales calientes para ayudar a expulsar la placenta.

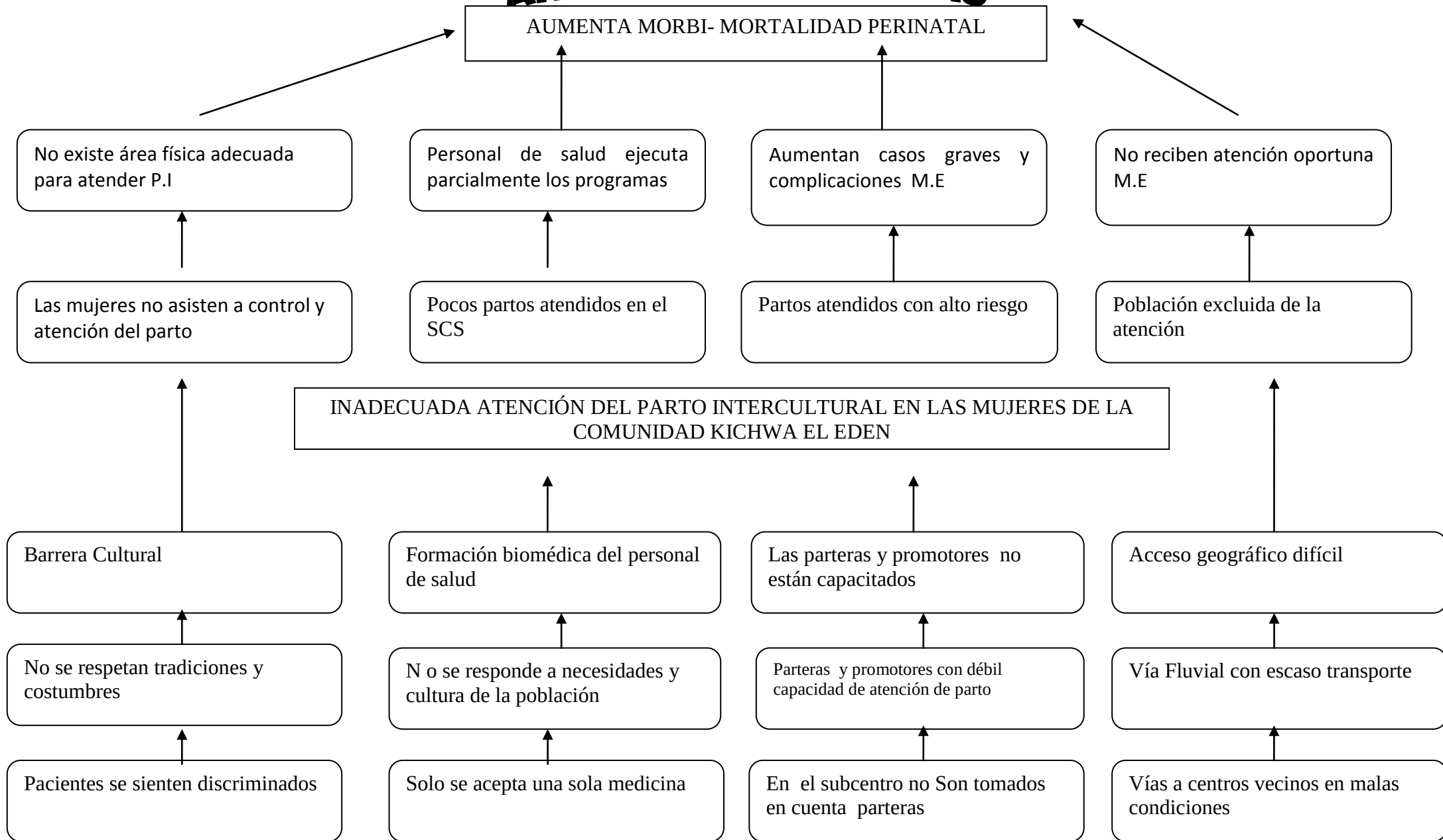
- La revisión de la placenta y cordón se realizará de acuerdo a las normas del MSP.
- Una vez que ha salido la placenta, debemos realizar aseo vulvo – perineal con agua medicinal tibia respetando su cultura y costumbre de cada pueblo.
- El personal de salud debe consultar con la parturienta o con el acompañante para el destino final de la placenta.
- Si la parturienta o su familiar consideran que se le entregue la placenta , el personal de salud debe ceder la placenta en una funda sellada siguiendo normas de bioseguridad,

8.- DISEÑO METODOLÓGICO

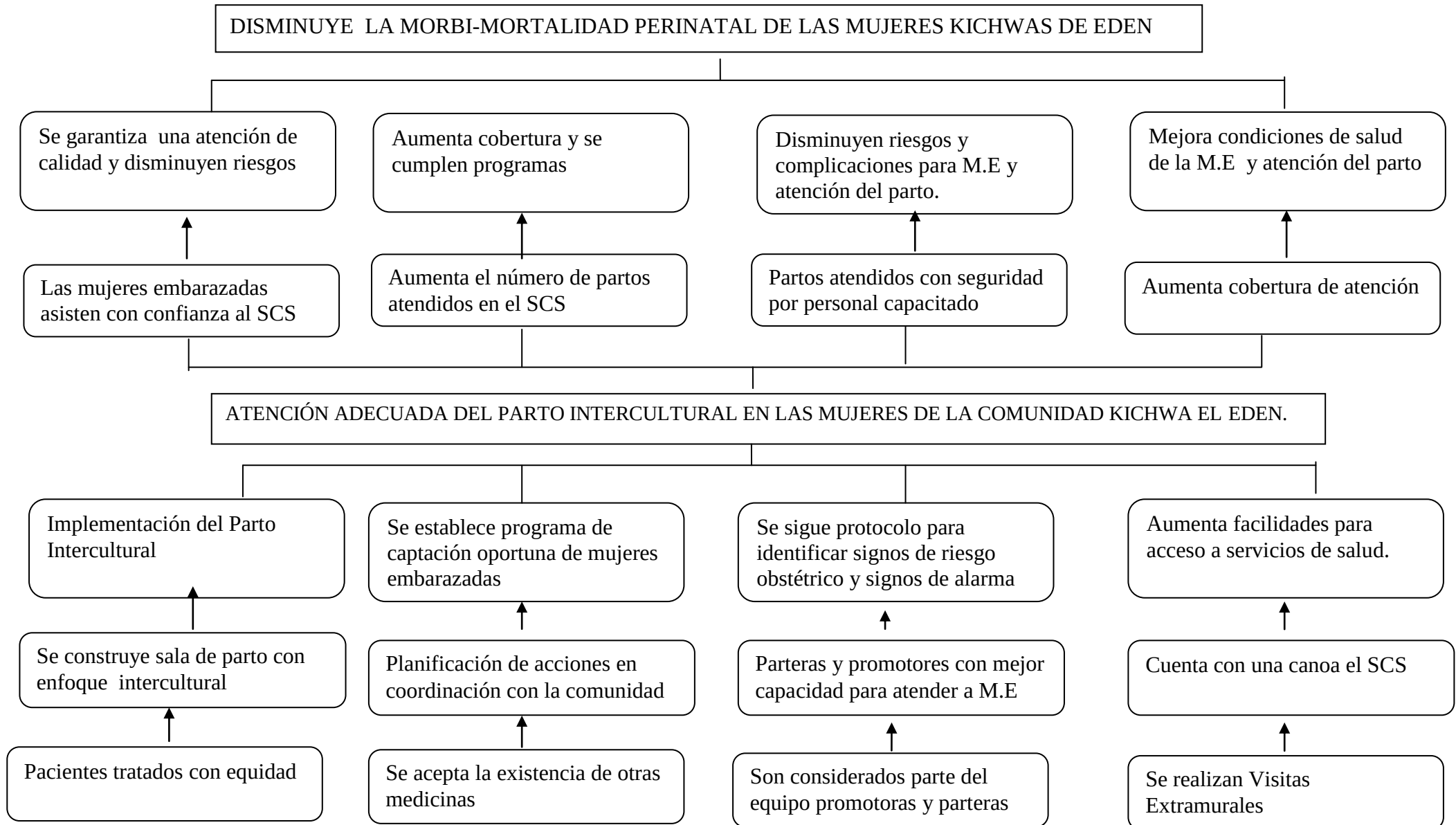
MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS MANDATOS Y	PROBLEMAS PERCIBIDOS
SCS El Edén	Mejorar la situación de salud de la comunidad	- Recursos Humanos - Recursos Materiales Disponibilidad, interés y concienciación para la atención del Parto Intercultural	Formación científicista de los profesionales Falta de recursos financieros
Comunidad Kichwa El Edén	Acceder con facilidad a una atención flexible apropiada al ciclo vital, con tecnologías paralelas y o atención complementaria cultural	- Participación Comunitaria - Participación Comunitaria Material - Recursos Materiales Apoyo al Proyecto en razón a que accederá a servicios y prestaciones directos, culturalmente adaptados a las necesidades de las culturas sanitarias	- Desconfianza - Barreras culturales - Costumbres
Petreoamazonas	Mejorar la calidad de vida de la comunidad	- Recursos Humanos - Recursos Materiales - Recurso Financiero Aplicar un modelo de atención de salud primaria, familiar y comunitaria con un enfoque intercultural	Falta de coordinación en el trabajo comunitario
Maestrante UPTL	Trabajar por mejorar la calidad de salud de la comunidad	Recursos Humanos Recursos Materiales Recursos Educativos Recursos Económicos	Falta coordinación y asesoría

ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad de las mujeres kichwas embarazadas de la Comunidad El Edén	Disminuir la mortalidad materna en un 80% hasta Mayo del 2011	Partes Diarios Historias Clínicas	Apoyo de la administración en la ejecución del proyecto
PROPÓSITO Implementación de la atención del parto intercultural humanizado en el SCS de Edén.	El 80% del personal de salud y las parteras manejan el modelo de atención de PI hasta Mayo del 2011	Registro de asistencia a la capacitación de PI	Satisfacción y colaboración del usuario interno y externo
COMPONENTES			
1.-Personal de SCS y parteras capacitado en parto intercultural humanizado	El 100% capacitado en atención de Parto Intercultural Humanizado hasta Mayo del 2011	• Encuestas a usuario interno • Registro de asistencia a talleres • Pasantías	Personal motivado, Incentivado para la participación.
2.- Construcción del Área Física para atención de PI	100% de avance de adecuación de área física y mobiliario para la atención del PI hasta Mayo del 2011	Informe de avance de obra Vista al área física disponible Planos de Diseño Fotografías	Contar con un espacio implementado y funcionando que garantice la atención del parto intercultural
3.-Establecer un programa de captación oportuna de mujeres embarazadas para mejorar la cobertura de atención del parto	Incrementar en un 80% el porcentaje de controles de atención del parto de mujeres embarazadas en la comunidad kichwa el Edén hasta mayo 2011	Partes diarios Historias clínicas Estadísticas locales y provinciales	Se elimina sub-registro
4.-Protocolo para identificar factores de riesgo obstétrico y signos de alarma	Protocolo elaborado Para mayo 2011	Documento editado	Coordinación adecuada de actores para el diseño.

5.- Mejorar acceso a servicios de salud a mujeres gestantes.	MSP-PAM cumple 99% de con visitas extramurales a centros cercanos. PAM cumple 100% del convenio existente con PAM para que faciliten la logística de traslado de pacientes	Partes Diarios Historias Clínicas Convenios	Comunidades con acceso a los servicios de salud Apoyos comprometidos de las organizaciones se hacen efectivos.
---	--	--	---

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
1.1 Reunión de planificación Departamento de Salud Intercultural y PAM	Dr. Wilfrido Rosero Autora del Proyecto	8/nov. /2010	\$200
1.2- Taller para sistematizar y socializar experiencias del parto intercultural entre la comunidad y personal de salud y parteras	Personal del MSP Autora del Proyecto	15/16/ nov./2010	\$100
1.3 Validación de parteras en asambleas comunitarias	Personal del MSP Autora del Proyecto	1/Diciembre 2010	\$500
1.4.- Curso de capacitación a personal de salud y parteras	Capacitador del MSP Autora del proyecto	27 y 28 junio/2011 12 y 13 Octubre/2011	\$300
1.5.-Pasantías en el SCS Loreto para capacitar en manejo del parto intercultural al personal SCS	Departamento Salud Intercultural de la DPS de Orellana	5,6,7 Julio 2011	\$200
1.6Entregar un kit básico a parteras	PAM	30/10/2011	\$1000
2.1 Se establece acuerdo entre la Comunidad y Petroamazonas para la construcción de la Sala de Parto	Presidente de la Comuna y Supervisor del Departamento de responsabilidad social de PAM	10/Julio /2010	\$10
2.2.-Petroamazonas construye 110 metros de construcción(cimentación ,estructura , paredes e instalaciones hidro-sanitarias y eléctricas) y terminados de la Sala de Parto Intercultural	Personal del PAM	17/09/2010 hasta 30/08/2011	\$50.000
2.3 Comunidad realiza mingas comunitarias para la construcción de la cubierta de la sala de	Comunidad	17/09/2010 hasta 30/08/2011	\$ 5000

parto.			
2.4 Se firma convenio entre la Dirección de Salud de Orellana y Petroamazonas para implementación Sala de Parto			
3.1-Elaborar un programa para captación oportuna de mujeres gestantes	Personal SCS de Salud Parteras	15 julio 2011	\$200
3.2-Mejorar el registro y seguimiento de mujeres embarazadas con el mapa parlante y la Historia CL	Personal SCS Médicos PAM Autora del Proyecto Parteras	01/01/2011 hasta 01/agosto/2011	\$500
3.3 Presentación del Mapa Parlante	Parteras	25/julio/2011	\$100
4.1-Reunión de trabajo para elaborar Protocolo identificar factores de riesgo obstétrico y signos de alarma	Personal de DPSO Médicos PAM Medico SCS	29/Julio/ 2011	\$200
4.2 Presentación de Primer Borrador de Protocolo para identificar factores de riesgo para corrección y observaciones	Personal de DPSO Médicos PAM Medico SCS	7/Agosto/2011	\$100
4.3 Edición Final de Protocolo para identificar factores de riesgo	Personal de DPSO Médicos PAM Medico SCS	10/Agosto /2011	\$100
5.1.-Legitimar convenio para proveer la logística y mejorar acceso a servicios de salud a mujeres gestantes	PAM MSP	30Octubre 2011	\$300.
5.2 Establecer señalética para mejorar acceso cultural	Personal de DPSO Médicos PAM Medico SCS	20 Octubre 2011	\$290
5.3-Establecer un cronograma de visitas extramurales.	Personal de Salud Médicos PAM Autora del proyecto Parteras Promotores de salud	Octubre 2010 a agosto2011	\$2000
Total			\$ 61.100

9.-RESULTADOS

RESULTADO 1

Sistematización, Socialización de Experiencias, Reconocimiento a Parteras

La socialización se convierte en un puente entre los conocimientos locales y nuevos, que se construyen dentro del contexto de salud enfermedad de la comunidad, y en el que se desarrolla los sistemas sanitario de las familias indígenas de la amazonía para que junto a ellos identificar las barreras y fortalezas en la adopción de los nuevos conocimientos, y se desarrolle un plan de estrategias de acción, para implementar el modelo intercultural del parto en dispensario de salud de la comunidad y de esta manera luchar para disminuir la mortalidad materna y perinatal.

Se realizo una charla magistral dirigida al equipo básico de la unidad operativa, parteras y actores locales de la Comunidad El Edén teniendo como tópico principal la sensibilización y capacitación en interculturalidad buen trato y en la guía para la atención del embarazo, parto y postparto culturalmente adecuados.

Con la finalidad de adecuar el servicio de salud para la atención materna de acuerdo a las expectativas de las usuarias, ofreciendo servicios de calidad que respetan las creencias locales e incorporan en la atención sus costumbres alrededor del parto y puerperio.

Se logro socializar en las asambleas comunitarias mensuales al colectivo social e integración a este proyecto de 4 comunidades de la zona de influencia del centro de salud que son: Edén, Yuturi, San Roque Comuna, Sani isla

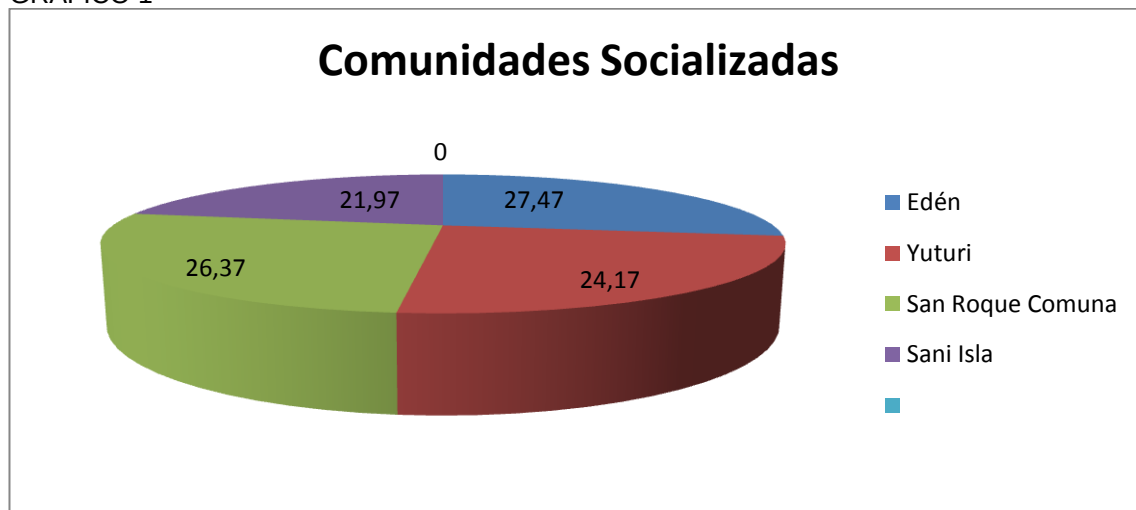
Se socializo a 91 participantes en las asambleas realizadas en las 4 comunidades de influencia de Edén como son Edén, Yuturi, San Roque Comuna, Sani Isla y se legitimo a 36 parteras comunitarias

SISTEMATIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE EXPERIENCIAS A COMUNIDADES SOBRE PARTO INTERCULTURAL

TABLA 1

Comunidad	Asistentes	Porcentaje
Edén	25	27,47%
Yuturi	22	24,17%
San Roque Comuna	24	26,37%
Sani Isla	20	21,97%
Total	91	100%

GRAFICO 1



FUENTE: Registro de Asistencia
ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

Contribuyo a generar una actitud favorable hacia todo el equipo de salud que estaba liderando el proceso y abriendo una puerta para el compartir experiencias en un aprendizaje intercultural mutuo para que exista una maternidad saludable en las comunidades, compartiendo responsabilidades y formando redes de solidaridad. También estableció un compromiso muy serio y a la vez un reto para el personal de salud para que se esfuercen por integrarse a la comunidad con servicios más humanos que tengan calidez y calidad

RESULTADO 2

Capacitación a Personal de Salud y Parteras

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

Se realizo charlas en conjunto y de manera individual para que conozcan sobre interculturalidad y la adecuación cultural de los servicios de salud, pero el principal escollo que tuvimos que superar casi todo el 2010 fue la ausencia de personal en unos casos y la rotación continua del personal, pero finalmente se logro que se estableciera el personal con la contratación por parte de la Dirección de Salud de Orellana de una médica y una enfermera

Se dio charlas de sensibilización a 3 médicos, 3 enfermeros.1 Promotora que han pasado por el Subcentro de El Edén durante su año de rural o de contrato durante el año 2010. Notando cierta resistencia en primera instancia por la formación científica de los profesionales que les hacía sentir débiles ante lo desconocido pero luego fue sustentado con evidencia bibliográfica para todos los procedimientos que se realiza en el parto intercultural lo que avivo su interés por conocer más Y solicitaron se realice pasantías en el subcentro de Loreto que no fue la experiencia enriquecedora que esperaban por la falta de seriedad de las autoridades de salud que no planificaron el evento de manera adecuada.

Nomina de Personal Capacitado del Subcentro de Edén

Nombres	Cargo	Edad
Diana Espinoza	Medico	28 años
Edgar Toapanta	Medico	29 años
Elizabeth García	Medico	30 años
Cristian Bonilla	Enfermero	26 años
Fernando Santander	Enfermero	25 años
Marcia Albiño	Enfermera	27 años
Cleotilde Andi	Promotora	28 años

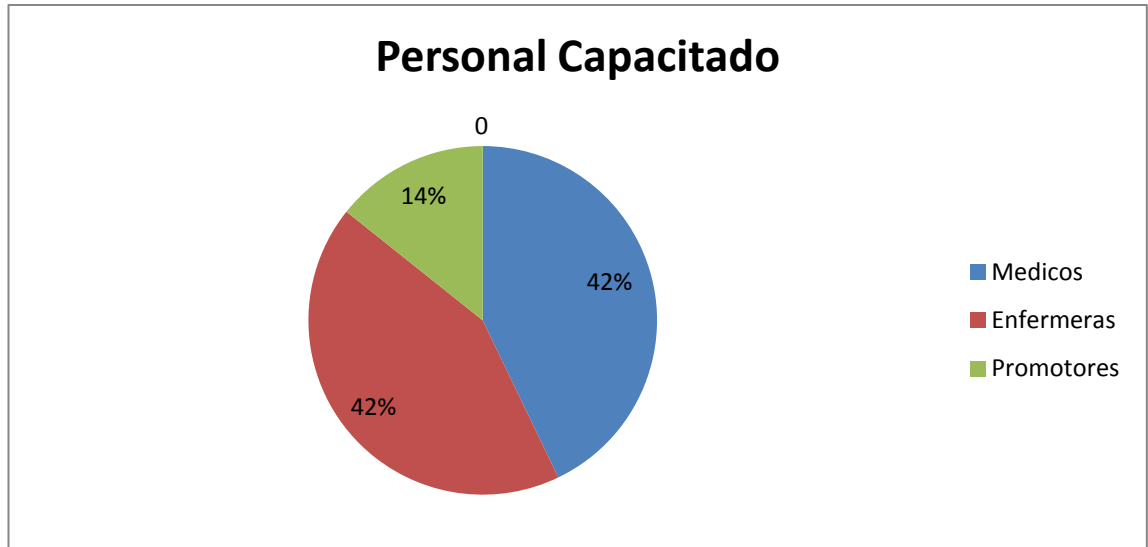
ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

TABLA 2

Talento Humano Capacitado	Numero	Porcentaje
Médicos	3	42.85%
Enfermeros	3	42.85%
Promotores	1	14.28%
Total	7	100%

ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

GRAFICO 2



FUENTE: Registro de Asistencia a la Capacitación

ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer Vallejo

A pesar de los altibajos que hemos tenido en esta parte del proceso creemos que la instrucción sobre el Modelo de atención del parto llegó a todo el personal de salud quienes serán los que lideren este proyecto. Se ha capacitado al 100% del personal que labora en el subcentro de El Edén.

PROGRAMA DE CAPACITACION A PERSONAL DE SALUD SOBRE PARTO INTERCULTURAL

Población a la que va dirigido: Personal: médicos, enfermeras, odontólogos, promotoras de los subcentros de salud

Ámbito: Subcentro de Salud El Edén

El enfocarse en los recursos humanos adecuados en los servicios de salud, en donde la capacitación, como competencia técnica y humana, tiene mucho que ver en los propósitos de impulsar una equidad en salud y una respuesta adecuada culturalmente en la atención hacia los usuarios en contexto indígena.

Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas, no encontrándose la mayoría de las veces puntos de contacto intercultural.

Frecuentemente existe descalificación del personal de salud respecto de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a la enfermedad

Evitar este desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, especialmente en el primer nivel y segundo nivel de atención, depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud.

Esto puede ser superado mediante la incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada en los programas de capacitación del personal de salud, con el fin de modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural.

DIAGNOSTICO DE NECESIDADES

Los servicios de salud relevan y reportan las enfermedades diagnosticadas, pero no capturan la percepción indígena del proceso salud-enfermedad-atención, ni tampoco se ocupan por dar cuenta de los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud. Ante esta incongruencia es imprescindible avanzar en esquemas que articulen el dato y la dimensión sociocultural, para contribuir a una auténtica epidemiología socio-cultural (a través de estudios locales) que incluya Tanto la atención del parto de manera tradicional como el parto atendido de manera occidental

La importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas rurales más alejadas y con un alto porcentaje de población indígena, el 100 por ciento de los nacimientos son atendidos por parteras.

Objetivo General

Planificar, fortalecer, ejecutar y elaborar un programa de capacitación continua con todo el personal que labora en el subcentro de El Edén, con la finalidad de implementar el Parto Intercultural

Objetivos Específicos

- 1.-Elaborar un programa de educación y capacitación continúa acorde a las necesidades comunitarias y del personal de salud
- 2.- Mejorar la competencia técnica y humana del personal de salud con capacitación intercultural en salud para atención del parto.
- 3.- Mejorar cualitativamente la relación médico-paciente mediante la adecuación intercultural en los recursos físicos y humanos

Contenido

- 1.- Generalidades
- 2.- Programa de Capacitación a personal de salud sobre parto intercultural
- 3.- Ventajas y Desventajas Posición del Parto
- 4.- Aplicaciones del Parto Vertical
- 5.- Plan de Parto
- 6.- Seguimiento

CONTENIDO DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO INTERCULTURAL.

TEMAS	CONTENIDO	TIEMPO	OBSERVACIONES
Generalidades de Interculturalidad en la atención del Parto	Fundamentos históricos y científicos sobre la atención del Parto Intercultural en Ecuador.	1h	Se lo realiza con una exposición magistral
Programa de Captación a mujeres gestantes	Objetivos Organización Funcional Provincial y Local	1h	Se lo realiza en mesa redonda
Beneficios de la Posición del Parto	Definiciones Operacionales Mapa Parlante Determinación de edad gestacional.	1h	Se debe recalcar sobre el afianzamiento de conocimientos
Aplicaciones del parto	Posición Vertical Posición Horizontal	1h	Se exponen diapositivas y video con ejemplos para ser mas ilustrativos
Fundamentos culturales	Generalidades Objetivos del enfoque intercultural en la atención del parto	1h	Se exponen casos clínicos para su resolución por asistentes
Seguimiento de Mujeres Gestantes	Atención medica y de enfermería Atención social Educación para la salud	1h	Se insiste sobre la responsabilidad individual para que funcione proceso educativo en la comunidad

Selección y organización de las experiencias de aprendizaje

- Practicas grupales
- Talleres de trabajo
- Capacitación grupal a través de Sociodrama, videos
- Diseño de pancartas y carteles

Evaluación

Se debe realizar una evaluación inicial de los conocimientos que poseen los participantes previos al taller.

Durante la realización del taller se debe hacer rondas de discusión para vigilar el constante avance de los participantes

Una vez terminado el taller se evalúa el avance de los participantes tanto en forma práctica como teórica

Evaluar cada 6 meses los beneficios del programa

g.- Verificación del Equilibrio y la secuencia

Las ideas corresponden de manera adecuada al tema de estudio

Las experiencias de aprendizaje nos brindan las ideas básicas para heces un buen manejo de esta patología.

Las actividades que se llevaran a cabo van a generar el cumplimiento de los objetivos plantados.

Las actividades siguen una secuencia lógica que van aumento en complejidad y se relacionan una con otra

Las formas de expresión de los objetivos son variadas

El tiempo utilizado para la realización para los talleres es el adecuado

Se cuenta con el material didáctico necesario para el desarrollo de todo el proceso.

Conclusiones del Programa

1.-Inicialmente se detecto que la mayoría de participantes tenían conocimientos superficiales sobre el tema lo cual facilito la socialización del tema

2.-, Se determino la viabilidad del programa, en vista del diagnostico inicial de la personal de salud ya que poseen las características para recibir el programa educativo de orientación y capacitación de la Atención del Parto Intercultural Humanizado, de igual forma este puede ser a futuro desarrollado por el personal de salud y ser replicado en otras instituciones sanitarias similares y de atención general.

3.- El programa tiene como propósito de formar un equipo de trabajo que brinde servicios de salud con sensibilidad cultural a las mujeres.

4.-Al diseñar el programa educativo dirigido a capacitar al personal de salud, en la atención del parto intercultural se considero que esta unidad operativa sea culturalmente competente para negociar e interactuar eficazmente con grupos culturalmente diferenciados y desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud,

CAPACITACIÓN A PARTERAS

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

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

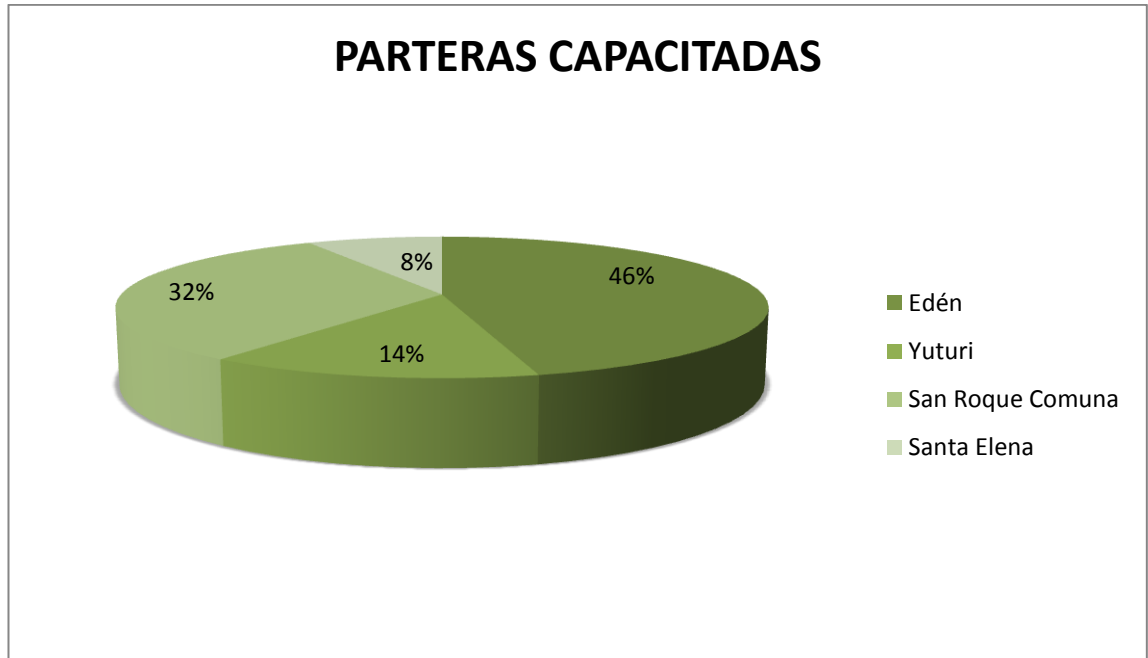
Su capacitación se realizó en un taller a través una exposición magistral realizada por el equipo capacitador del Departamento de Salud Intercultural integrado por un médico y una obstetra que abordaron los siguientes temas: las parteras y su trabajo en la comunidad, una nueva vida, cuidando la nueva vida, promoción de control postparto se llegaron a importantes acuerdos como la continuidad de los participantes en el proceso de capacitación que cuenta con 4 módulos y la referencia de las mujeres embarazadas para su control.

Se realizó el Primer Taller de Capacitación a parteras el 11 y 12 de julio del 2011 donde se capacitaron 50 parteras y parteros de las comunidades de Edén, Yuturi, San Roque Comuna y Santa Elena.

TABLA 2.1

COMUNIDAD	PARTERAS-OS	PORCENTAJE
Edén	23	46%
Yuturi	7	14%
San Roque Comuna	16	32%
Santa Elena	4	8%
TOTAL	50	100%

GRAFICO 2.1



FUENTE: Registro Asistencia a Capacitación

ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer Vallejo

Satisfactorio resulta el entusiasmo y la participación tanto de hombres como de mujeres indígenas para su capacitación, aun es muy pronto para ver resultados de ello, pero progresivamente esperamos a futuro que esto sea un acierto para reducir la mortalidad materna y perinatal.

RESULTADO 3

Construcción Casa del Parto

La casa de Parto Intercultural es una casa construida, acondicionada para alojar a las gestantes o mujeres puérperas con dificultad de acceso a los servicios de salud. Ofrece un acceso rápido a un establecimiento de salud con capacidad de resolver o de derivar de manera asistida y oportuna cualquier emergencia obstétrica.

Las beneficiarias son todas las mujeres gestantes que acudan en especial a aquellas que viven en zonas de difícil acceso, sin soporte social, con factores de riesgo para complicaciones, víctima de violencia familiar o de abandono.

La construcción se lo hizo a través de un compromiso verbal entre Petroamazonas que construía el 75% de la obra que incluía la edificación completa de madera, con servicios básicos y la comunidad aportaba con el 25% donde ellos construían el techo.

Esta construido la infraestructura física en su totalidad que es una construcción de 90 metros que cuenta dos habitaciones, una sala principal, una cocina equipada, para que la familia pueda preparar la chicha y alimentos que suelen consumir las mujeres indígenas antes y después de dar a luz., una bodega y una unidad sanitaria. Su infraestructura es de características especiales de iluminación y distribución y será tan acogedora como cualquier casa de la comunidad.

A esta casa llegan las gestantes acompañadas con sus familiares días antes del parto y serán controladas y monitoreadas y atendidas por el personal de salud, alojándose hasta que su estado les permita retornar a su hogar.

El equipamiento de Sala de Parto se lo hará con el equipo existente en el subcentro y lo que hace falta como instrumental y equipos de diagnóstico está en proceso de compra por parte de Petroamazonas.



Construcción de la Huarmi Huachana Huasi o Casa del Parto

La casa del Parto o Huarmi Huachana Huasi garantiza la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Y permitirá

RESULTADO 4

Elaboración del Programa Captación Oportuna de Mujeres Embarazadas

La mayoría de los embarazos se desarrollan de manera fisiológica, sin embargo es necesario detectar precozmente aquellos embarazos de riesgo que requieren una atención especial. La captación precoz del embarazo busca la prevención de la morbilidad durante la gestación y aumentar los conocimientos en la mujer gestante sobre el embarazo intentando reducir miedos y favorecer la autonomía de la embarazada.

Con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal.

Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.

En el Subcentro de Salud de Edén para lograr ese propósito en primera instancia se realizó una reunión de trabajo para tener claro cuáles son los parámetros que maneja el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el control Prenatal y la captación oportuna de las madres embarazadas.

Luego se elaboró un protocolo para ser manejado a nivel comunitario tanto por el personal de salud como por parteras y promotores ya que a nivel de la comunidad es indispensable recurrir a ellos para lograr que se capte a mujeres embarazadas en todos los centros comunales y en particular en los de difícil acceso geográfico.

En la mayoría de casos los embarazos han sido de captación tardía y el promedio de control de embarazos son insuficientes lo que nos llevó a implementar un Programa de Captación Oportuna de Mujeres Embarazadas difundiendo este documento entre el personal de salud, parteras y promotores.

PROGRAMA DE CAPTACIÓN TEMPRANA A MUJERES EMBARAZADAS EN LA COMUNIDAD EL EDÉN DURANTE EL AÑO 2011

Población a la que va dirigido: a las mujeres embarazadas de la Comunidad El Edén

Ámbito: Subcentro de Salud El Edén

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha establecido una serie de estrategias para lograr la captación temprana de las mujeres embarazadas en especial para que se realicen los controles prenatales que deben ser un número de 5 durante toda la gestación. Es una estrategia de captación precoz de mujeres embarazadas y de vigilancia del niño hasta el primer año de edad”.

Se entrega un bono para mujeres embarazadas, sus hijos hasta el primer año de edad. Cada vez que una embarazada acude a un control se le dará un incentivo de USD 10. “El programa estima que por lo menos se harán cinco controles prenatales”, . Adicionalmente se le entregará una ayuda de USD 60 para el parto.

La segunda parte del bono consiste en motivar a la madre para que lleve a su hijo al médico durante los primeros meses de edad. Se le dará USD 10 cada vez que asista a los controles y se estima que vaya a seis citas hasta que el niño ajuste su primer año.

Nuestro programa busca dinamizar el trabajo del equipo de salud, parteras y promotores comunitarios para que a través de la concienciación de la población se logre mayor asistencia de las mujeres gestantes al Subcentro así complementar el trabajo que realiza el MSP.

El programa de captación temprana de mujeres gestantes amerita ser implementado fue por la Dirección de Salud de Orellana, en el subcentro de Salud de El Edén por ser una comunidad indígena kichwa con la presencia de varios casos de mortalidad materna y perinatal con una alta tasa de mujeres gestantes sin control prenatal y por que el sistema operativo cuenta con la infraestructura, recurso humano y los medios que se necesitaba para ser implementado.

Los medios que facilitaron el análisis fueron los talleres locales dirigidos a las instituciones que hacen salud realizados por el MSP, estadísticas locales y nacionales, diagnóstico local, registros diarios de atención de pacientes y entrevistas domiciliarias.

Diagnostico de Necesidades

Luego de la revisión de estadísticas nacionales y locales nos damos cuenta de la gravedad del problema, la situación es más crítica debido al subregistro existente siendo esta realidad más notoria en las zonas rurales de la amazonía que son geográficamente dispersas y con predominio de población indígena como en la provincia de Orellana y en especial en el área de influencia del subcentro de El Edén donde adicionalmente existen problemas de inaccesibilidad de servicios y una importante porcentaje de mujeres embarazadas sin controles prenatales, mortalidad materna y perinatal.

Considerando que el mapeo inicial se lo hizo únicamente en la comunidad de El Edén que es la más cercana al subcentro de salud con mayores facilidades para su control.

Esto nos demostraba que era indispensable establecer un programa educativo para capacitar al personal de salud, parteras y promotores en la captación precoz de las mujeres embarazadas en la comunidad de El Edén.

OBJETIVOS

General:

- Planificar, fortalecer, ejecutar y elaborar un programa de capacitación continua con todo el personal que labora en el subcentro de El Edén, con la finalidad de implementar un control precoz de las mujeres gestantes para reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal

Específicos:

- 1.-Elaborar un programa de educación y capacitación continúa acorde a las necesidades comunitarias y del personal de salud
- 2.-Detectar precozmente a las mujeres gestantes entre los consultantes y acompañantes de los servicios de salud a través del interrogatorio y test del embarazo
- 3.-Disminuir los problemas de salud prevenibles, asociados al embarazo, parto y puerperio

Contenido

- 1.- Generalidades
- 2.- Programa de Captación precoz de las mujeres gestantes
- 3.- Identificación de gestantes
- 4.-Diagnostico
- 5.- Plan de Parto
- 6.-Seguimiento

CONTENIDO DE CAPTACIÓN DEL PROGRAMA OPORTUNA DE LA MUJER GESTANTE

TEMAS	CONTENIDO	TIEMPO	OBSERVACIONES
Generalidades de embarazo, riesgos, mortalidad	Situación Operacional y epidemiológica de la Mortalidad Materna en Ecuador.	1h	Se lo realiza con una exposición magistral
Programa de Captación a mujeres gestantes	Objetivos Organización Funcional Provincial y Local	1h	Se lo realiza en mesa redonda
Identificación	Definiciones Operacionales Mapa Parlante Determinación de edad gestacional.	1h	Se debe recalcar sobre el afianzamiento de conocimientos
Diagnostico	Medición de peso y tensión arterial. Signos y síntomas de consulta urgente Examen Físico Test embarazo	1h	Se realizan ejemplos para ser mas ilustrativos
Plan de Parto	Generalidades Objetivos del Plan de parto	1h	Se exponen casos clínicos para su resolución por asistentes
Seguimiento de Mujeres Gestantes	Atención medica y de enfermería Atención social Educación para la salud	1h	Se insiste sobre la responsabilidad individual para que funcione proceso educativo en la comunidad

Selección y organización de las experiencias de aprendizaje

- Practicas grupales
- Talleres de trabajo
- Capacitación grupal a través de Socio dramas
- Diseño de pancartas y carteles

Evaluación

Se debe realizar una evaluación inicial de los conocimientos que poseen los participantes previos al taller.

Durante la realización del taller se debe hacer rondas de discusión para vigilar el constante avance de los participantes

Una vez terminado el taller se evalúa el avance de los participantes tanto en forma práctica como teórica

Evaluar cada 6 meses los beneficios del programa

g.- Verificación del Equilibrio y la secuencia

Las ideas corresponden de manera adecuada al tema de estudio

Las experiencias de aprendizaje nos brindan las ideas básicas para heces un buen manejo de esta patología.

Las actividades que se llevaran a cabo van a generar el cumplimiento de los objetivos plantados.

Las actividades siguen una secuencia lógica que van aumento en complejidad y se relacionan una con otra

Las formas de expresión de los objetivos son variadas

El tiempo utilizado para la realización para los talleres es el adecuado

Se cuenta con el material didáctico necesario para el desarrollo de todo el proceso.

Conclusiones del Programa

1.-Inicialmente se detecto que la mayoría de participantes tenían conocimientos superficiales sobre el tema lo cual facilito la socialización del tema

2.-, Se determino la viabilidad del programa, en vista del diagnostico inicial de la comunidad ya que poseen las características para recibir el programa educativo de orientación y capacitación de la captación precoz a mujeres embarazadas, de igual forma este puede ser a futuro desarrollado por el personal de salud y ser replicado en otras instituciones sanitarias similares y de atención general.

3.- El programa tiene como propósito ofrecer a las mujeres embarazadas la orientación educativa y destacar la responsabilidad de sus familiares desde el punto de vista de su participación efectiva en el desarrollo un embarazo y parto normales.

4.-Al diseñar el programa educativo dirigido a capacitar al personal de salud, promotores y parteras en la captación precoz de las mujeres gestantes en el cuidado en el hogar se instrumentaron todos los elementos y factores que conforman la estructura familiar refiriendo la temática a tópicos de interés y de importancia para la familia.

RESULTADO 5

Elaboración de Protocolo de la Identificación de Señales de Peligro en el Embarazo.

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el buen desarrollo de la salud sexual y reproductiva

Para muchas familias indígenas de la amazonía el embarazo y el parto se convierten en un proceso sombrío y peligroso, el cual puede ser resultado de morbilidad, secuelas en último caso la muerte de la madre o el producto.

El principal instrumento para lograr este fin, es el manejo de concepto de riesgo reproductivo que es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción, el mismo que afectara a la madre, al feto o al recién nacido, pero también al padre y a la familia

El riesgo obstétrico es el peligro de enfermedad o muerte que tiene la mujer o su futuro hijo en el embarazo presente.

En la comunidad de Edén y sectores aledaños existe un alto porcentaje de mujeres embarazadas sin controles prenatales , así como de partos domiciliarios donde las mujeres se exponen a mayores riesgos eso lo confirman partos complicados que terminaron en cesáreas y muertes del neonatos

Eso planteo la necesidad urgente de elaborar un Protocolo Para Identificar las Señales de Peligro en el embarazo; se lo realizo de manera conjunta entre personal de salud del Ministerio de Salud, Petroamazonas y Parteras en el Taller de Parto intercultural con el fin de que sea participativo y sirva para iniciar la socialización. Este documento va a ser editado por el Departamento de Salud Intercultural de la Dirección de Salud de Orellana para que sea distribuido en el siguiente taller a realizarse en septiembre para su inmediata aplicación.

Se diseño un protocolo para identificar factores de riesgo obstétrico y signos de alarma que sea claro conciso y práctico para que sea manejado por cualquier persona y sea aplicable según el nivel de conocimientos de las parteras y promotores de salud.

Todos los embarazos deben ser considerados de riesgo y la mayor parte de las complicaciones que derivan en una muerte materna ocurren durante el parto e inmediatamente después del mismo. La mayoría de las mujeres que presentan complicaciones graves durante el parto, no muestran a priori factores de riesgo

GUÍA DE CAPACITACIÓN DE PARTERAS TRADICIONALES EN EMERGENCIAS

OBSTÉTRICAS EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

OBJETIVOS:

Contribuir a disminuir la mortalidad materna y perinatal en comunidades de difícil acceso y con alta mortalidad materna y perinatal, mediante la capacitación de las parteras tradicionales con el propósito de que sean capaces de:

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

•

PAPEL DE LA PARTERA

Fortalecer los comités de salud encargados de ayudar en las emergencias.

Prepararse mentalmente si se presenta un caso de emergencia en la madre o en el niño.

Aconsejar a la madre y a su familia en casos de emergencia.

Llevar una ropa extra para cambiarse.

Tener el equipo listo y esterilizado.

PLAN DE PARTO

La partera Tradicional capacitada en coordinación con las fuerzas vivas de la comunidad puede identificar las medidas más importantes a tomar para disminuir los riesgos del parto en su comunidad, se deben identificar en el plan de partos los siguientes aspectos:

- Identificar las mujeres que tienen señales de peligro durante el embarazo: Sangrado, dolor de cabeza, manos / cara hinchadas, fiebre, dolor abdominal severo, mala posición del niño, para orientarlas sobre el lugar de atención del parto.
- Identificar las señales de peligro del recién nacido: Le cuesta despertarse, no mama, inquieto, respira rápido o cansadito, el niño está muy heladito o caliente, ombligo infectado, poco movimiento, pequeño o delgado para referirlo inmediatamente al hospital.
- Identificar las mujeres que tienen señales de peligro durante y después del parto: Sangrado, posición del niño diferente a la de cabeza, retención de placenta, convulsiones dolor de cabeza y fiebre, secreción vaginal maloliente. para referirlas inmediatamente al hospital.
- Existe un medio de transporte para trasladar a la embarazada al hospital en caso de que se presente una complicación al momento del parto.
- Cuál es el hospital más cercano a su comunidad y quien la acompañara

- Debe existir un fondo común o de la embarazada para pagar los gastos médicos, pasaje, combustibles y otras necesidades que se requieran.
- Asegurar quien cuidara a sus hijos, casa y animales mientras ella este en el hospital
- Qué cosas debe llevar la madre al hospital para el niño: ropa, pañales, sabanitas y gorro, para la madre: suéter, artículos de aseo personal, matas frazadas y toallas sanitarias entre otros.

PROTOCOLO EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO

SEÑAL DE PELIGRO	ACCIONES
1. Sangrado vaginal	Reposo, líquidos y trasladarle al Centro de Salud más cercano.
2. Vómitos y náuseas exagerados:	Restringir los alimentos a la paciente y tranquilizarla. Si no cede la sintomatología enviarle al C.S.
3. Aumento de peso de más de 1 kilo por mes	Buscar edemas, medir frecuentemente la presión arterial y derivar a la paciente a un C.S.
4. Hinchazón de cara, dedos o piernas	Buscar edemas, medir frecuentemente la presión arterial y Derivar a la paciente a un C.S.
5. Dolor persistente de cabeza	En los puntos 4. 5 y 6, debemos tomar inmediatamente la Presión Arterial, si está elevada enviarle al CS.
6. Dolor abdominal	Recomendar reposo, puede ser una amenaza de parto antes de tiempo.
7. Falta de movimiento del niño	Control de latidos fetales, estimular el útero. Derivar la CS si se comprueba ausencia de movimiento.
8. Pérdida de líquido por genitales (salida de agua de fuente).	Si la gestante está a término es porque se acerca el parto. Si no lo está, derivar inmediatamente al C.S.
9. Salida de cordón umbilical, manos o pies por los genitales	Acostar a la madre de espaldas con la cabeza más baja que las piernas, colocar las piernas sobre una almohada, y trasladarle en esa posición al Hospital.
10. Convulsiones o ataques	Bajo medidas de seguridad trasladar a la paciente al C.S.
11. Disminución de la orina	Derivar a la paciente lo antes posible al C.S.
12. Situación transversa hacia el término del embarazo.	Evitar la manipulación y referirla CS
13.-Fiebre	Buscar la causa de la fiebre (infección urinaria, malaria, etc.), iniciarle tratamiento, bajarle la fiebre, evacuarla a un C.S.

Si se logra poner en práctica este protocolo con la ayuda de los actores locales, el hecho de identificar un embarazo de riesgo asegura que la mujer que más necesita atención la reciba. Puede ser aplicado a todas las mujeres gestantes permitiendo disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Las muertes maternas son consecuencia de complicaciones obstétricas no tratadas o mal tratadas, la mayor parte de las cuales no se pueden detectar ni evitar con el control prenatal; pero pueden ser detectada y tratada por personal calificado durante el parto.

RESULTADO 6

COBERTURA PARTO INTERCULTURAL

En las comunidades indígenas llama la atención la diferencia de coberturas entre las consultas prenatales y la atención de parto institucional, las mujeres acuden a la consulta prenatal simplemente para saber cómo va su gestación. Si hasta ese momento no se presenta ningún problema, entonces consideran que no existe suficiente justificación para continuar asistiendo a sus consultas prenatales ni para que el parto deba ser institucional lo atenderán casa asistidas por el esposo o las parteras quienes superan en cobertura al parto institucional.

Una estrategia efectiva que se utilizo para la reducción de la mortalidad materna es la atención calificada del parto con enfoque intercultural que permite ganarse la confianza de las mujeres a través de la aceptación de su cultura por ende lograr que confíen en el servicio que les presta que logro que de manera espontanea acudieran dos mujeres para ser asistidas el parto vertical con todas sus costumbres y se triplicara la cobertura en n 75% en relación al año anterior.

CONTROL PRENATAL SCS EDEN

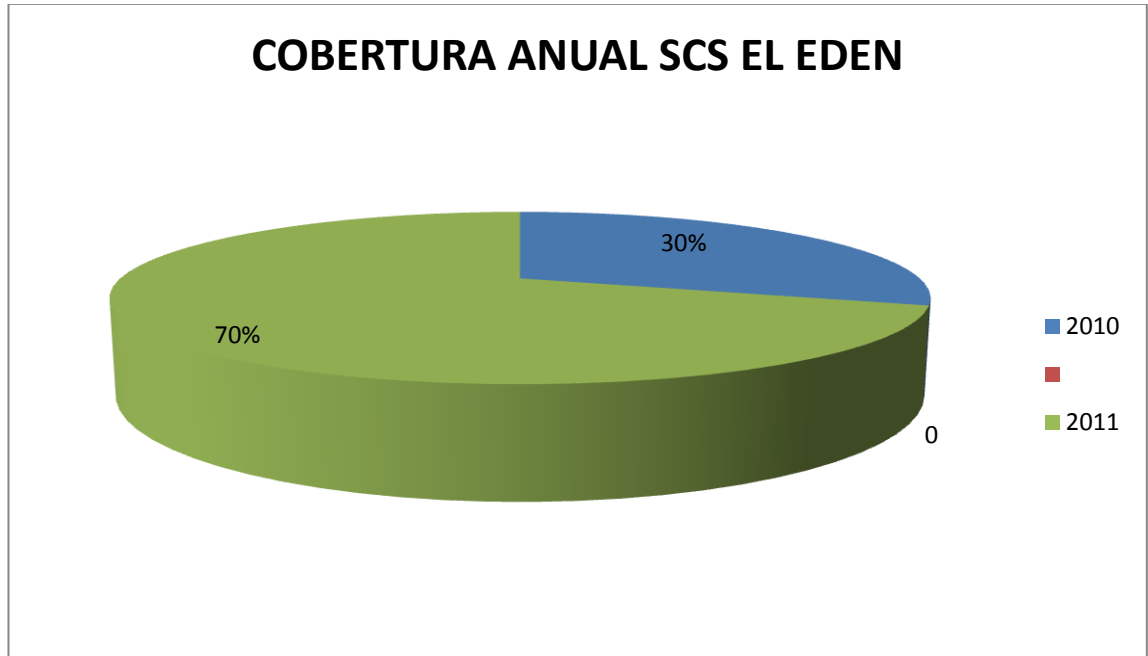
TABLA 6

PRENATAL					PARTO	POSTPARTO
PRIMERA			SUBSECUENTE			
	10-19 años	20 a 49 años	10-19 años	20 a 49 años		
Enero	2			1		
Febrero	2	7	1			
Marzo	1		1			
Abril	5	7		1		1
Mayo	4	1	1	4	1	2
Junio		2		8	1	4
Total	14	17	3	14	2	7

Se logro mejorar ostensiblemente la cobertura de pacientes que inicialmente de 13 durante el 2010 con un promedio de un control al mes hoy fue de 31 primeras consultas triplicando el promedio anual es decir las estrategias utilizadas fueron idóneas y efectivas.

Se pudiera haber hecho mucho mas pero la falta de insumos y medicamentos en el subcenro limito las visitas del equipo de salud del MSP, esto demuestra la fragilidad con la que operan estos programas, pero tenemos que seguir avanzando durante estos primeros seis meses no hemos tenido mortalidad materna.

GRAFICO 6



FUENTE: Archivo SCS Edén

ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

Se pudiera haber hecho mucho mas pero la falta de insumos y medicamentos en el subcentro limitó las visitas del equipo de salud del MSP, esto demuestra la fragilidad con la que operan estos programas, pero tenemos que seguir avanzando

El mayor logro durante estos primeros seis meses ha sido la reducción de la mortalidad materna a cero

RESULTADO 7

Acceso a servicios de salud.

Es necesario que existan recursos humanos competentes, así como equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para proporcionar cuidados obstétricos esenciales. Esto incluye contar con el presupuesto adecuado, un sistema logístico óptimo, un enorme esfuerzo de capacitación y actualización, así como proporcionar facilidades para que los profesionales puedan satisfacer necesidades propias de sus expectativas personales, familiares y profesionales

Las gestantes y sus familiares deben estar debidamente informadas sobre cuándo y dónde deben buscar ayuda profesional

Deberá asegurarse los medios que permitan a las gestantes llegar al establecimiento cabecera de red u hospital departamental; es decir, el resultado de vías de comunicación, medios de transporte y comunicación disponibles, y apropiados procedimientos de referencia de pacientes víctimas de alguna complicación que requiera cuidados obstétricos esenciales.

Simultáneamente, los servicios de salud deben articularse con el entorno sociocultural de las poblaciones a las que sirven.

Nuestra metodología fue participar en las asambleas comunales para informar sobre las visitas comunitarias que realizaría el equipo de salud del subcentro del Edén y los médicos comunitarios de manera alternada para garantizar la continuidad de la atención

Las tres estrategias utilizadas para mejorar el acceso de las mujeres gestantes a los servicios de salud fueron: dos estrategias probadas para reducir la mortalidad materna, éstas son las siguientes:

- Asegurar el acceso a información, por ello se visitó a los principales líderes comunitarios y a la población en general para informarles de nuestras visitas extramurales que realizaría el equipo de salud del subcentro del Edén y los médicos comunitarios de PAM de manera alternada para dar educación para la salud y para garantizar la continuidad de la atención a las mujeres gestantes
- Garantizar el acceso a cuidados obstétricos esenciales en la Casa del Parto Intercultural que se implementara para un nivel básico de atención porque permiten proporcionar las intervenciones necesarias para salvar vidas cuando se producen complicaciones.
- Garantizar el acceso cultural a través de la prestación de servicios de salud acordes a la cultura de la comunidad.

La razón de ser de este proyecto es reducir barreras de acceso, comunicación y prejuicios por ello se sensibilizó y capacitó sobre Parto Intercultural Humanizado 7 trabajadores del subcentro, a 50 parteras, 1 promotora y a la comunidad en general y se construyó la Casa del Parto donde se respeta las costumbres y tradiciones del

pueblo kichwa siempre con el apoyo médico de los profesionales que laboran en el lugar.

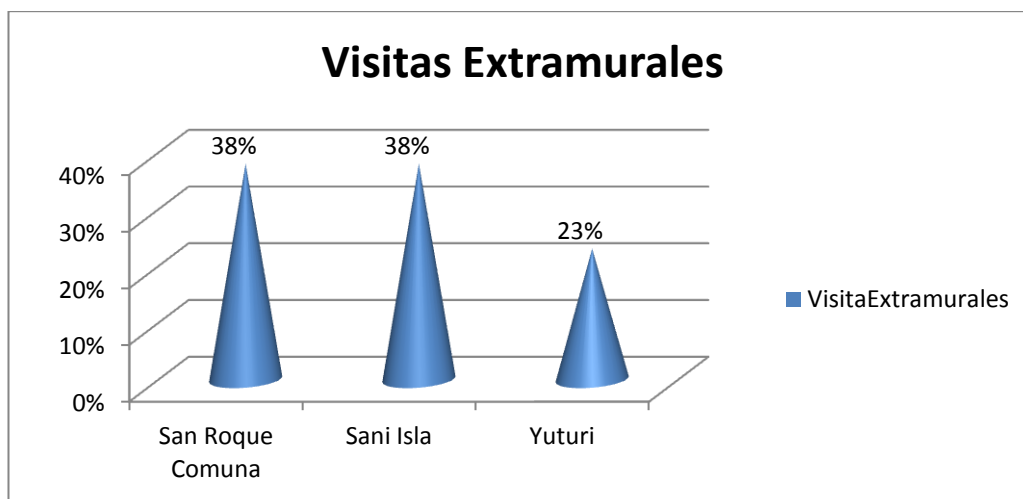
Esto ha hecho que 2 mujeres gestantes se acerquen al subcentro a dar a luz y reciban atención intercultural con parto vertical de la manera tradicional, en compañía de sus esposos y con el apoyo de una partera. Para esto ha sido necesario establecer un protocolo para su atención.

En estos seis meses se ha logrado realizar de parte de los médicos comunitarios de Petroamazonas una visita semanal a todas las comunidades de influencia y una visita mensual por parte del equipo de salud del MSP. Se ha mejorado el acceso geográfico de las mujeres gestantes a los servicios de salud gracias a Petroamazonas que facilita la logística fluvial y terrestre

TABLA 7
COMUNIDADES VISITADAS POR EQUIPOS DE SALUD

Comunidad	N de visitas	%
San Roque Comuna	20	38%
Yuturi	12	23%
Sani Isla	20	38%
	52	

GRAFICO 7



FUENTE: Archivo SCS Edén

ELABORADO: Dra. Jenny Alcocer

Creemos garantizar la accesibilidad no haciendo que las pacientes lleguen al subcentro, más bien que el personal de salud las visite en sus comunidades para que se evalúen cuales son las barreras geográficas, económicas, culturales y de información que tienen para establecer las rutas críticas y los puntos neurálgicos en cada comunidad y elaborar un plan de evacuación con la comunidad, PAM y SCS. que permitan ser evacuar las pacientes cuando las circunstancias lo ameriten

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

El proceso que ha durado más de un año desde las reuniones iniciales para hacer el diagnóstico participativo hasta el día de hoy nos hace ver que tanto yo como persona y la comunidad con más identidad hemos crecido por el hecho de conocernos y relacionarnos mas, nos ha permitido compartir intereses comunes y hemos logrado cumplir los objetivos planteados inicialmente como:

- Socializamos el proyecto en las 4 comunidades de influencia del subcentro del Edén. Y tuvimos una aceptación extraordinaria
- Se capacito sobre la atención del parto intercultural a 7 del personal de salud y a 50 parteras de las comunidades de influencia de la unidad operativa.
- Se construyo la casa del parto cuya infraestructura física está terminada en un 90%, la implementación está en proceso de compra.
- Se elaboro el Programa de Captación Oportuna de las Mujeres Gestantes para ser aplicada por el personal de salud, parteras y promotores
- Se elabora el Protocolo para identificar factores de riesgo obstétrico y signos de alarma
- Se eleva la cobertura de atención en un 75% que comprende primeras consultas de controles prenatales y partos.
- Se mejora la accesibilidad cultural y geográfica de las gestantes con la adecuación del servicio para la atención intercultural y las visitas extramurales

Hemos cumplido con el objetivo principal de reducir la mortalidad materna y perinatal a través de un trabajo comprometido con la responsabilidad social que marca la línea institucional de Petroamazonas, con la defensa de valores culturales de la comunidad y el objetivo del Milenio que persigue el Ministerio de Salud Pública lo que hace que la etapa inicial haya sido un éxito.

El sustento financiero

Se cumplió con los objetivos planteados la Capacitación de las Parteras. la Construcción de la casa del Parto y lo más importante que la comunidad este mas consiente sobre los riesgos que tiene el embarazo y que este atenta y actué solidariamente para eliminar la mortalidad materna y perinatal de causas prevenibles.

10.- CONCLUSIONES

- 1.- El Proyecto tuvo como protagonista a la comunidad El Edén, que se involucro en un proceso de transformación soñado, planificado, conducido y evaluado por la propia comunidad. Cuyo principal objetivo ha sido mejorar su calidad de vida relevando la participación de sus habitantes en las asambleas comunales, en los talleres de capacitación y en las mingas para la construcción, de la Casa de Parto.
- 2.- La capacitación a las parteras y a la población en general sobre Parto Intercultural es una poderosa herramienta para luchar contra los riesgos que tiene el embarazo y prevenir sus consecuencias con ello mejoramos la capacidad de solución de los problemas de salud en la comunidad en especial en la salud de la mujer gestante
- 3.-El trabajo mancomunado entre Petroamazonas y la comunidad permitió la construcción del Casa del Parto “Huarmi Huachana Huasi” logrando cumplir con el objetivo planteado.
- 4.- Se elaboro el programa de Captación Oportuna de Mujeres Embarazadas para el personal de salud, y promotores el cual tiene como propósito ofrecer a las mujeres embarazadas la orientación educativa y destacar la responsabilidad de sus familiares desde el punto de vista de su participación efectiva en el desarrollo de un embarazo y parto normales.
- 5.- Diseñamos un protocolo para identificar factores de riesgo obstétrico y signos de alarma que sea claro conciso y práctico para que sea manejado por el personal de salud y sea aplicable según el nivel de conocimientos de las parteras y promotores de salud, Este documento está pendiente el aval del MSP para su aplicación.
- 6.-Se triplico la cobertura de atención de mujeres embarazadas para sus controles prenatales en el Subcentro de Edén teniendo como fortaleza principal las visitas extramurales a las comunas cercanas.
- 7.-El mejorar la información, facilitar la accesibilidad geográfica y adecuar culturalmente el servicio de salud ha garantizado que haya mayor equidad en la prestación de servicios para que esta llegue a quién lo necesite

11.- RECOMENDACIONES

- 1.-El mayor reto será lograr que el personal de salud nuevo que ingresa sea por contrato o a realizar su año de rural colabore con este proyecto será necesario una charla de inducción para ingresar a procesos graduales y continuos de sensibilización, capacitación, formación y adaptación.
- 2.-Para dar continuidad a este proyecto será recomendable nombrar a una comisión de responsables del proyecto formada por el médico de SCS , el médico de PAM y el Presidente del Comité de salud de la comunidad, para evaluar los avances o problemas hasta que se logre solidificar el proyecto.
- 3.-La capacitación a parteras debe ser tomado como una prioridad por el Ministerio de Salud si queremos lograr que bajen los niveles de morbi-mortalidad materna, por lo que sería necesario establecer un programa continuo de capacitación así como un proceso evaluativo de sus atenciones.
- 4.- Como notamos una falta de conocimientos sobre Parto Intercultural en los profesionales sería necesario que se incluyan en el pensum de los centros de formación universitarios estos temas.
- 5.-Sabemos que no es suficiente cambiar la posición en el trabajo de parto, para que la atención sea humana, respetuosa, participativa y digna; sin embargo es un paso importante, que debe tomarse en cuenta en una visión integral. Esperamos que este proyecto favorezca la humanización de la atención de las mujeres durante el parto y específicamente mejorar la atención de la población indígena, con la que todavía tenemos una deuda histórica pendiente.
- 6.-Recomendamos realizar una actualización del protocolo de atención del parto Intercultural por parte del Ministerio de Salud la ultima fue en el 2008

12.- BIBLIOGRAFÍA

- ANDER-EGG, E:(2005).**Como Elaborar un proyecto**, Buenos Aires Argentina, Editorial Lumen/HV manitas.
- CACHIGUANGO E, PILATUÑA J, VIERA M (2009).**Amawtay Wasi**, Quito Ecuador. Editorial
- ECUADOR .MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2008).**Subproceso de Medicina Intercultural**, Quito Ecuador, Editorial Galaxy
- ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, (2008).**Medicina Tradicional Andina y Plantas Curativas**
- GERRIT BURGWAL, CUELLAR JUAN:(1999).**Planificación Estratégica y Operativa**, Quito Ecuador Editorial Abya Yala.
- PIEDRA MARIA C (2010) **Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud**, Loja, Ecuador, Editorial Universidad Técnica Particular de Loja.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS:

- www.msp.gov.ec/dnspi/documentos/normativa-parto-vertical.doc.
- <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/citizenparticipation.pdf>
- http://www.cafolis.org/index.php?option=com_content&task=view&id=151&Itemid=79
- www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/guia_intercultural_web.pdf
- http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Manual%20HACAP%20-%20FCI%20and%20QAP_optimized.pdf
- http://www.coregroup.org/storage/documents/Diffusion_of_Innovation/manual_del_facilitador.pdf

13.- ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 2



Piedad Coquinche partera asistiendo parto en el SCS



Esposo acompañando durante la labor de Parto

ANEXO 3

I TALLER DE CAPACITACIÓN A PARTERAS



Registro de asistentes a Taller de Parto



Parteras en Taller de Capacitación



Soledad Machoa Partera compartiendo conocimientos

ANEXO 4

CONSTRUCCION CASA DEL PARTO



Comuneros participando en la minga comunitaria



Mujeres y hombres construyen cubierta



Huarmi Huachana Huasi terminada