



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

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

TEMA:

***“MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA
CON ENFOQUE INTERCULTURAL A LAS MUJERES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL DEL CANTÓN GUAMOTE, PROVINCIA DE CHIMBORAZO
DURANTE EL AÑO 2010”***

AUTORA:

LIC. KARINA INCA ORTIZ

DIRECTORA:

DRA. JEANETH LUDEÑA

RIOBAMBA – ECUADOR

2011

CERTIFICACIÓN

Doctora.-

Jeaneth Ludeña

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “**MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL A LAS MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DEL CANTÓN GUAMOTE, PROVINCIA DE CHIMBORAZO DURANTE EL AÑO 2010**”, mismo que está de acuerdo a lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Riobamba, julio 2012.

Dra. JeanethLudeña

AUTORÍA

Todas las ideas, afirmaciones, documentación y proyecciones que constan en el presente trabajo investigativo, mismo que ha sido puesto a ejecución, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Riobamba, julio del 2012.

Lic. Karina Inca Ortiz

CESIÓN DE DERECHO

Yo, **KARINA ELIZABETH INCA ORTIZ**, declaro conocer y aceptar la 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 realicen a través, o con apoyo financiero, académico o institucional de la Universidad.

Riobamba, julio del 2012.

Lic. Karina Inca Ortiz

DEDICATORIA

Un ser supremo que guía mi camino y me llena de amor y esperanza es Dios, a quien dedico mi esfuerzo y trabajo diario.

A mis Queridos Padres, en especial a mi Madre quien con su batallar diario y su amor incondicional me han dado la fortaleza para seguir adelante y NO decaer ante la adversidad.

A mis hermanas Verito y Tati por su apoyo constante y su lucha por ser cada día mejores, a mis sobrinos.

Un sincero abrazo y reconocimiento.

Karina

AGRADECIMIENTO

Al término de este trabajo de investigación quiero expresar mi profundo agradecimiento a todos los docentes de la Universidad Técnica Particular de Loja por haber compartido sus conocimientos y brindarme la oportunidad de seguir adelante y conseguir nuevas metas.

Quiero manifestar mi reconocimiento a mi tutora quien ha sabido guiarme y tener la paciencia suficiente para encaminar mi trabajo y lograr mis objetivos.

A todas aquellas personas que me han brindado su aliento de ayuda en los momentos que más he necesitado de su ayuda muchas gracias.

Karina.

INDICE GENERAL

PORTADA	I
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	II
AUTORÍA DE TESIS	III
CESIÓN DE DERECHO	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ÍNDICE DE CUADROS	
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	11
MARCO TEORICO	11
7.1. MARCO INSTITUCIONAL	11
7.2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	27
7.3 MAECO LEGAL	
CAPITULO II	
DISEÑO METODOLOGICO	84
8.1. Matriz de Involucrados	84
8.2. árbol de problemas	87
8.3. árbol de objetivos	88
8.4 matriz de marco lógico	89
CAPITULO III	
9 Resultados	101
9.1. Resultado 1	102
9.2. Resultado 2	104
9.3. Resultado 3	103

9.4	Resultado 4	108
9.5.	Resultado 5	110
9.6.	Análisis comparativo al inicio y al fin	111
	Conclusiones	114
	Recomendaciones	117
	BIBLIOGRAFÍA	120
	ANEXOS	123

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1:	124
Gráfico N° 2:	125
Gráfico N° 3:	126
Gráfico N°4:	127
Gráfico N° 5:	128
Gráfico N° 6:	129
Gráfico N° 7:	130
Gráfico N° 8:	131
Gráfico N° 9:	132

ÍNDICE DE CUADROS

CAPITULO I

Cuadro No. 1:	20
Cuadro No. 2:	22
Cuadro No. 3:	24
Cuadro No. 4:	26
Cuadro No. 5:	80
Cuadro No. 6:	80
Cuadro No. 7:	81

CAPITULO II

Cuadro No. 1:	83
Cuadro No. 1:	85
Cuadro No. 2:	87
Cuadro No. 3:	88
Cuadro No. 4	89

CAPITULO III

Cuadro No. 1:	102
Cuadro No. 2:	104
Cuadro No. 3:	106
Cuadro No. 4:	108

Cuadro No. 5:	110
Cuadro No. 6:	111
APENDICE:	
Cuadro No. 1:	124
Cuadro No. 2:	125
Cuadro No. 3:	126
Cuadro No. 4:	127
Cuadro No. 5	128
Cuadro No. 6:	129
Cuadro No. 7:	130
Cuadro No. 8:	131
Cuadro No. 9	132

ÍNDICE DE APÉNDICES

APENDICE 1:	124-127
APENDICE 2:	128-129
APENDICE 3:	130-132
APENDICE 4 :	133-135
APENDICE 5:	136
APENDICE 6:	137
APENDICE 7:	138-139
APENDICE 8:	140
APENDICE 9:	141

1. RESUMEN

El Proyecto de **MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL A LAS MUJERES**, fue desarrollado con un trabajo arduo y constante en el cantón Guamote y sus comunidades entre Agosto del 2010 a Agosto del 2011.

El objetivo de este proyecto fue contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna, mediante la promoción de servicios y prácticas de salud reproductiva culturalmente apropiados. Se buscó que la población pudiera decidir sobre el tipo de servicio de atención de partos ofrecidos por el MSP. Se trabajó de manera estrecha con los actores involucrados en el proceso, especialmente con el personal de salud y las parteras. Además, se fortaleció el sistema de referencia en casos de complicación en el parto

La innovación de la experiencia reside en la posibilidad de integrar la medicina tradicional y la occidental obteniendo mejores resultados en la atención, satisfacción y bienestar de los usuarios. La incorporación de elementos como la posición vertical en el parto, la participación activa del esposo y/o la partera, la utilización de hierbas para facilitar el trabajo de parto

Los principales efectos producidos a través de esta experiencia son: la revaloración de ambos modelos de salud, e incorporarlos a los servicios para obtener mejores resultados en el trabajo; y de parte de la población, el identificar los elementos culturales potencialmente dañinos para su salud, y el importante rol que juega la prevención y promoción de la salud en sus comunidades de la mano con el Estado.

2. ABSTRACT

The Project of “***IMPROVING THE QUALITY OF ATTENTION IN REPRODUCTIVE HEALTH WITH FOCUS INTERCULTURAL TO THE WOMEN***”, it was developed with an arduous and constant work in the town Guamote and their communities among August of the 2010 to August of the 2011.

The objective of this project went to contribute to the decrease of the maternal death, by means of the promotion of services and practical of culturally appropriate reproductive health. It was looked for that the population could decide on the type of service of attention of childbirths offered by the MSP¹. You work in a narrow way with the actors involved in the process, especially with the personnel of health and the midwives. Also, she strengthened the reference system in cases of complication in the childbirth and the protocols of attention were adapted for these procedures, incorporating elements of the local culture agreed with the aforementioned actors.

The innovation of the experience resides in the possibility of integrating the traditional medicine and the Westerner obtaining better results in the attention, satisfaction and well-being of the users. The incorporation of elements like the vertical position in the childbirth, the husband's active participation or the midwife, the use of grasses to facilitate the childbirth work

The main effects produced through this experience are: revaluation of both models of health, and incorporate them into the services for the best results in the work; and on the part of the population, the cultural elements identify the potentially harmful to your health, and the important role played by the health promotion and prevention in their communities of the hand with the State

¹ MSP, Health Ministry (Ministerio de Salud Pública)

3. INTRODUCCIÓN

Con un “Dios le pague mamita”, expresión de María Manuela León, que fue manifestada al finalizar el Seminario Taller, que se realizó en el Cantón Guamote, provincia de Chimborazo, frase con la cual deseo iniciar este trabajo de investigación y es el reflejo que el aporte brindado, como reconocimiento a las culturas y costumbres ancestrales valió la pena.

En el Ecuador y en especial en la provincia de Chimborazo cuya población indígena supera el 55%², donde la mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad. Uno de cada cinco embarazos y una de cada diez muertes maternas ocurren en adolescentes. Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento.

La mayoría de las mujeres y recién nacidos que fallecen son indígenas, pobres o provenientes de áreas rurales. La provincia de Chimborazo y sus cantones acumulan la mayor parte de los casos. El reconocimiento de la condición plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnica del país, obliga a buscar mecanismos de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales de las diferentes comunidades del país.

El compromiso de traer una nueva vida es una importante decisión, la cual debe ser matizada de responsabilidad y cuidado. En la actualidad el Gobierno nacional se encuentra impulsando campañas y equipando centros hospitalarios que inicien su camino hacia un trato más humanizado y con enfoques interculturales, no todo el Ecuador está poblado de mestizos, existen comunidades, indígenas en la Sierra, Costa y Amazonía que día a día van ganando espacios de disertación y concertación nacional en reivindicación de sus derechos.

² Datos tomados del Censo de Población y vivienda INEC 2010

En los actuales momentos la igualdad de raza, religión o situación económica van quedando atrás y en su reemplazo los profesionales médicos se han concientizado aún más acerca de la valoración de la vida y el esfuerzo, físico, intelectual que esto trae consigo, es por ello que la presente propuesta es un esfuerzo dirigido hacia la humanización del parto que plantea la opción a los usuarios del Hospital de Guamote a elegir la manera de tener su parto en la forma más fisiológica y natural, rescatando la tradición cultural ancestral, su rol protagónico y a la vez demostrar las ventajas del parto de libre posición frente al horizontal, lo que estratégicamente con el tiempo y experiencia adecuada, podría llevar a disminuir el número de partos instrumentados y cesáreas.

El respeto a la interculturalidad y las creencias ancestrales es un aporte traerá beneficios a nuestras pacientes, pues conlleva a una participación mucho más activa y protagónica de la mujer en el momento de su parto, así como tener la posibilidad de ver nacer a su niño con menores riesgos materno-perinatales y mayor satisfacción, que redundará en estrechar los lazos afectivos de la unidad madre-niño y su comunidad.

En Guamote la lucha de clases sociales ha sido evidente ya que en otros tiempos esos terrenos fueron grandes haciendas que relegaban a nuestros indígenas a no ingresar a escuelas y hospitales, ante lo cual los galenos que eran pocos no satisfacían las necesidades de los pacientes indígenas ya que los estigmatizaban de “indios sucios y brutos”, la presente investigación trata de contribuir a un cambio de actitud del personal de salud involucrado en la atención de la gestante, optimizando la calidad y calidez de la atención obstétrica, en el marco de las políticas institucionales con el respeto a la interculturalidad y el buen vivir.

Esta normativa plantea el desafío de promover prácticas sanitarias multiculturales y pluriétnicas en la atención del parto, tal como lo establece la actual Constitución Política del Estado, y los tratados y convenios internacionales; además, condiciona a todos los prestadores, sean profesionales universitarios o no, una formación de calidad y desempeño de

alto nivel, conforme a estándares nacionales e internacionales, para un parto humanizado y un nacimiento sin violencia, en el marco del Nuevo Modelo de Atención que privilegia la calidad y el mejoramiento continuo.

4. PROBLEMATIZACIÓN

Nuestro país a partir de la década de los años 70 se vio inmerso en una serie de cambios vertiginosos hacia la modernidad, adoptando estándares y cambios no solo en lo económico, también cambiamos en lo social y cultural.

Es así que pasamos de ser un país agricultor, defensor de los derechos de la madre tierra, promotor de cultivos orgánicos y naturales, a depender de la explotación y exportación de oro negro, que no solo trajo riqueza, sino también contaminación y olvido de las cultura y costumbres propias de nuestra tierra.

La salud no quedó atrás con los adelantos de la medicina moderna y la implementación de nuevos hospitales e infraestructura nos olvidamos del elemento humano, al que servimos. Adoptando costumbres y normativas propias de pueblos ajenos a nuestra realidad cultural, esto gracias “a la modernidad”, es por ello que la atención materno – infantil paso a manos de los médicos y gracias a las campañas de difusión del Estado se han integrado a la cadena de atención médica.

En el año 2006 tan solo un 8% de las mujeres se atendieron en el Hospital de Guamote, en la actualidad para el año 2010 un 70% de las mujeres reciben la atención de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, y que permitan satisfacer a un mayor número de usuarias, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas donde las barreras de acceso elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil.

La Constitución de Montecristi del 2008 en el Capítulo Segundo habla acerca de los Derechos del Buen Vivir, “Sumak Kawsay”, y reconoce a nuestro país como multiétnico y pluricultural, acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional; garantiza también el desarrollo de otras prácticas relacionadas con medicina alternativa para la atención de la salud de la población, por ésta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional³. Esta condición

³ Tomado de la Constitución de Montecristi 2008 <http://www.asambleanacional.gob.ec>

de país multiétnico y pluricultural, es uno de los determinantes de la calidad de vida y el estado de salud individual y colectiva de los ecuatorianos.

La Salud reproductiva del pueblo de Guamote en un alto índice se debe al desconocimiento al analfabetismo y al desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El irrespeto a la mujer gestante por parte del personal médico que en antaño irrespetaban sus costumbres y tradiciones que poco a poco fueron dando paso a nuevas formas de alumbramiento, con un desconocimiento total de la interculturalidad y la cosmovisión indígena dieron paso a nuevos modelos interculturales no propios del indígena ecuatoriano y sus costumbres.

El machismo del indígena hacían que muchas veces no asistan al control prenatal debido a los celos y a la desconfianza al personal médico que por su falta de aseo y su forma de concebir el embarazo totalmente diferente a lo que las parteras cuidaban de sus mujeres.

Muchas mujeres tuvieron que morir o dejar morir a sus hijos por no compartir con los médicos que en otros tiempos eran profesionales provenientes de Quito o Guayaquil que no conocían e irrespetaban a la mujer gestante guamoteña y sus tradiciones, si a esto se suman las malas condiciones geográficas y de atención hacían que el índice de morbimortalidad se incrementaban debido a estos factores enunciados que no permitían el respeto de la cultura y sus tradiciones en el parto.

5. JUSTIFICACIÓN

Bajo el antecedente de la problematización el proyecto de acción pretende ser una guía normativa y propositiva para la difusión y fortalecimiento del Programa del Parto culturalmente adecuado, bajo las directrices de la medicina intercultural en coordinación con el proceso de normatización del Ministerio de Salud Pública mediante la cual se pueda construir y proponer una norma técnica del parto con un enfoque de interculturalidad, género, derechos, y equidad, con la finalidad que la misma contribuya a mejorar la calidad y la cobertura de atención materna – infantil.

El proyecto de acción plantea la necesidad de introducir enfoques humanitarios e interculturales en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido, a objeto de que la atención médica contemple normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades de la población indígena guamoteña y practique normas de interculturalidad, que pueda satisfacer a un mayor número de usuarias, particularmente de zonas rurales indígenas donde las barreras de acceso elevan los índices de morbi – mortalidad materno infantil.

El Gobierno Nacional no escatimado múltiples esfuerzos y constante trabajo para que esta norma del parto culturalmente adecuado y sus disposiciones conexas tengan un enfoque mayor en interculturalidad, la misma que coadyuve en la resolución de problemas sanitarios de muchas madres y neonatos que siguen enfrentándose a la morbi-mortalidad.

El proyecto de acción permitirá fortalecer y sugerir a las autoridades competentes del cantón Guamote trabajar en conjunto para ofrecer a las familias atención hospitalaria con enfoque intercultural en donde los pacientes sean atendidos con calidad y calidez propias de su cultura, contando con lugares apropiados y sépticos para la atención del parto culturalmente adecuado.

En la actualidad los paradigmas de la salud han cambiado la comunicación médico – paciente dejó de ser un hecho vertical para convertirse en una socialización, entendimiento y aceptación de la cultura y medio en donde se

trabaja, es por ello que trabajar en el cantón Guamote donde su población en su gran mayoría es indígena, es un compromiso de romper paradigmas y conocer como se desarrolla el parto culturalmente adecuado, reconociendo la importancia de las personas que influyen en la labor de parto como son las llamadas comadronas.

En este aspecto el proyecto de acción trata de canalizar, concientizar y capacitar a las “comadronas”, en el proceso de alumbramiento y posterior cuidados que necesita la madre y el niño.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la calidad de atención en Salud Reproductiva de las mujeres que acuden al Hospital de Guamote, sensibilizando al personal, capacitando a las mujeres y parteras en coordinación con otras instituciones y organizaciones, respetando la diversidad cultural para contribuir a la disminución de los índices de morbilidad materna y perinatal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Promover en el servicio de salud el Manejo adecuado de los procesos de la reproducción y la salud de la mujer para que la oferta del servicio sea adecuada a su necesidad
2. Impulsar la Coordinación interinstitucional e interinstitucional y con organizaciones comunitarias participativa y efectiva para dar una atención integral
3. Involucrar y capacitar a las Parteras comunitarias en la atención a la mujer en su salud reproductiva para evitar complicaciones y morbilidad.
4. Sensibilizar al Personal de salud en Interculturalidad para que respeten la cultura de las mujeres de Guamote.
5. Capacitar a las Mujeres en el cuidado de su salud reproductiva para que se interesen por mejorar.

CAPITULO I

7. MARCO TEÓRICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR

El cantón Guamote, se encuentra ubicado en la parte central del callejón interandino de la provincia de Chimborazo, a una distancia de 50 Km Riobamba cabecera cantonal, con una población de 35220 habitantes. Por la cabecera cantonal atraviesa la vía panamericana que conduce a las provincias del sur ecuatoriano.

En la zona como muchas partes de los andes, históricamente se a dado un proceso de subordinación de las comunidades indígenas frente a los blancos mestizos kuichuwas, los terratenientes y otros grupos de poder en el pueblo.

La falta de agua y tierra en combinación con la gran presión demográfica han llevado una acelerada degeneración de los recursos naturales y el rendimiento de los productos son cada vez mas bajos, en consecuencia la agricultura de subsistencia en la zona, no puede satisfacer las necesidades básicas de sobre vivencia del hogar campesino y las familias tratan de complementar con los ingresos monetarios provenientes del trabajo migratorio

Limites:

- Norte: Riobamba
- Sur: Alausí
- Este: Cordillera de los Andes
- Oeste: Costa ecuatoriana

Ocupación:

La mayor parte de la población se dedica a la agricultura, ganadería, comercio y una parte de la población especialmente los hombres han migrado a las grandes

ciudades como Quito, Guayaquil y hacia otros países como España y Estados Unidos.

Transporte y vías:

El acceso al cantón Guamote cuenta con medios de transporte tales como Cooperativa de Transportes Guamote, Ñuca Llacta, LlinllinAlausía entre otros , en época escolares se cuenta con busetas que transita en varias frecuencias, a esto se le suma una importante estación de ferrocarril que contribuye al desarrollo turístico de la ciudad.

Servicios Básicos:

- Energía Eléctrica
- Recolección de Basura
- Agua potable
- Agua para regadíos
- Obras de ingeniería civil
- Pozos sépticos

UBICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

Están localizados entre los 2600 y los 4500 metros, con una temperatura media de 13.7 grados centígrados.

Si bien, debido a los cambios climáticos, ha ido variado la duración de las estaciones climáticas, de octubre a mayo predomina el clima propio del invierno húmedo y frío y de junio a septiembre predomina el verano cálido, seco y ventoso.

Se distingue un tipo de paisaje que comprende el páramo, dentro de su fauna encontramos, llama, ganado vacuno y ovino, conejo, cuyes.

El relieve que presenta el cantón Guamote pamba es irregular, debido a la fuerte precipitación fluvial, encostrándose quebradas que limitan algunas comunidades, la mayor parte del suelo es de tierra negra.

Dentro de la comunidad se observa a las cordilleras de los andes, cordillera oriental, se observa además los cerros volcánicos de Tungurahua, el nevado de Chimborazo.

La mayor parte de los territorios del sector presentan pendientes pronunciadas, que en algunos casos sobrepasan el 50%. Los territorios de las comunidades tienen pendientes superiores al 15%, lo que constituye una de las principales causas de la erosión junto a la acción fluvial.

CARACTERÍSTICA SOCIO-DEMOGRÁFICA

Una característica Socio-Demográfica del sector es la existencia de los grupos poblacionales pertenecientes a la Nacionalidad Kichwa descendiente del pueblo Puruha con la población blanco-mestiza.

El primer grupo abarca aproximadamente el 90% de la población total y en su mayoría es bilingüe (quichua-castellano) y el restante porcentaje corresponde a la blanco-mestiza asentada en gran medida, en la cabecera cantonal.

El 75% de moradores entre hombres y mujeres salen de la comunidad hacia las ciudades de Machachi, Quito, Guayaquil, el 50% los hombres se dedican al trabajo de albañilería y las mujeres al trabajo domestico

CARACTERÍSTICAS SOCIO - ECONÓMICO - CULTURALES.

Los Habitantes del sector en un 100 % son de raza indígena, el idioma predominante es el kichwa especialmente en las mujeres, los jóvenes y adultos son bilingües. Existe diversidad de cultos religiosos así tenemos en un 90% católica, evangélica en un 10%. La vestimenta utilizada por los hombres es sombrero, poncho y en algunas ocasiones zamarros; las mujeres utilizan sombreros, anacos, bayetas, fajas, collares, cintas todos estos de multicolores.

La población es eminentemente agrícola, el monocultivo con bajo rendimiento en la mayoría de los productivos, la intermediación de la producción, la insuficiencia de créditos y organización de los productos. Bajo estas condiciones se desarrolla la producción agrícola según la zona de cultivo se destaca la cebolla, blanca, papas, habas, cebada, trigo, quinua, maíz, etc.

En las labores agrícolas participan los miembros de la familia tanto para el cultivo como para la cosecha, la actividad agrícola es de subsistencia y para el mercado siendo las legumbres y hortalizas los productos tradicionales comercializados especialmente en la feria de los días jueves en Guamote. Además la agricultura otra fuente de ingreso es la ganadería tradicional, la mayoría de las familias posee ganado bovino para la producción de leche que abastece el consumo de la población y posibilita la producción de queso para la venta, la porcicultura es evidente especialmente para la comercialización.

La vivienda generalmente es fabricada con ladrillo y bloque, también existe viviendas de adobe y suelen tener cuartos conjuntos destinados a sus animales esto constituye un factor de riesgo pues existe animales introducidos que predisponen enfermedades.

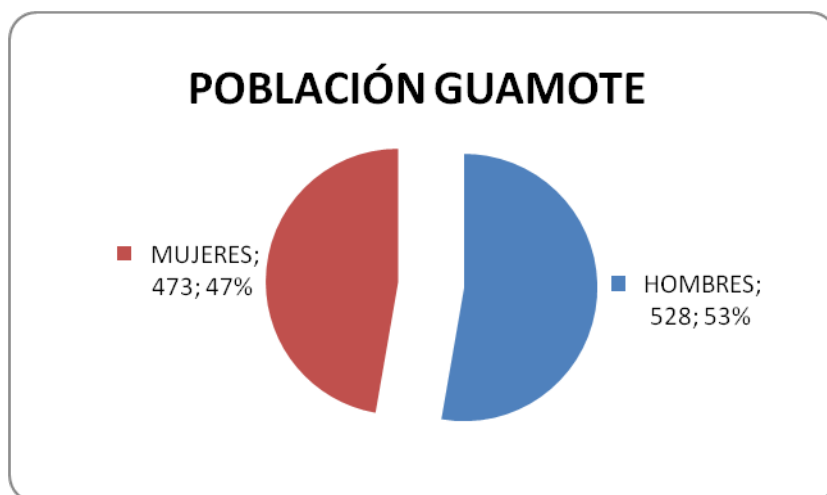
Existe alumbrado público, hay energía eléctrica dentro de las viviendas, existe alcantarillado, y también se usa letrinas con pozos sépticos que son fuente de contaminación si se da un mal manejo.

El agua no tiene planta de tratamiento y no clorificada, esto predispone las parasitosis y las fluorosis de la población especialmente infantil; la basura se quema o se entierra predisponiendo a infecciones por el manejo de la misma antes de ser procesada.

POBLACIÓN.

De acuerdo al informe presentado para el segundo semestre del año 2009 tenemos un total de población de habitantes distribuidos de la siguiente forma 528 hombres y 475 mujeres con un número total de 181 fichas familiares .

GRÁFICO # 1



Fuente: Hospital Docente de Guamote Junio 2009.

Realizado por: Lic. Karina Inca

HOSPITAL DE GUAMOTE

El Hospital de Guamote fue uno de los tantos clamores que la sociedad Guamoteña pedía a gritos debido a el alto índice de problemas de salud que adolecía la comunidad desde sus inicios y es por ello que fue fundado a inicios de los años 80 pero en condiciones básicas para suplir las necesidades de la población urbano no así la rural que aún seguían en aumento sus problemas sanitarios como altos índices de morbi – mortalidad.

MISIÓN DEL HOSPITAL DE GUAMOTE

Contribuir a mejorar el nivel de salud de la población promoviendo acciones de promoción y la creación de espacios de análisis y concertación con la comunidad, instituciones públicas y privadas, gobiernos seccionales, ONG, sociedad civil, para la

inserción de procesos de promoción, comunicación y educación para la salud, en diferentes ámbitos y en los planes de desarrollo de los gobiernos locales.

VISIÓN DEL HOSPITAL DE GUAMOTE

Mejorar la calidad de vida de la comunidad en general, a través de la construcción de una cultura de salud para la adopción de estilos de vida saludables, prevención, acceso a los servicios de salud, creación de entornos saludables con enfoque de derechos, interculturalidad y género, con la más amplia participación comunitaria.

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL HOSPITAL DE GUAMOTE



SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL DE GUAMOTE

El puesto de salud ofrece servicios de atención como:

CONSULTA EXTERNA: CONSULTA MÉDICA GENERAL Se presta el servicio de consulta médica general personalizada que comprende: entrevista inicial y examen clínico; informando al paciente sobre el diagnóstico y tratamiento. Horario de atención: Lunes a Viernes: 7:00 am a 12:00 m 1:00 pm a 4:00 pm.

DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN El puesto de salud desarrolla los siguientes programas: Salud Infantil, Cuidado materno. Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años Detección temprana de las alteraciones del desarrollo. Control de Enfermedades de Interés en Salud Pública Planificación Familiar Control Prenatal Atención del Recién Nacido Se realizan talleres y charlas con la comunidad referente Estilos de Vida Saludables, Plan Nacional de Alimentación y Nutrición y otras referentes al mejoramiento de la salud. Según cronograma mensual de Actividades. Vacunación: Todos los días del año.

ATENCIÓN DE URGENCIAS. EL Hospital Docente de Guamote, realiza la atención de patologías de urgencias, dicho servicio comprende La estabilización del paciente y si se requiere la referencia del mismo a otra Institución de mayor nivel de complejidad como: el Hospital General Docente ubicado en la ciudad de Riobamba. Para ello se cuenta con el servicio ambulancia disponible las 24 horas,. Horario de Atención: 24 horas.

SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO.

FARMACIA Se entregan medicamentos Esenciales de tipo genérico contemplados en el Plan Gubernamental de Salud, bajo el lema “La salud ya es de todos” con programas como Mi Papilla, Alimentación y nutrición a la madre gestante. Disponibilidad 24 horas.

CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Docente de Guamote cuenta con una amplia infraestructura en donde existe sala de espera, una sala de enfermería, farmacia, consultorios médicos equipado de forma básica y equipos odontológicos que se encuentran frecuentemente en uso y de servicio a la comunidad

Entre los servicios que brinda esta:

- Atención integral de la mujer
- Atención pre – natal y post - natal
- Planificación familiar
- Aplicación de PAI
- Consulta Externa
- Programa de vacunación infantil
- Atención integral del niño.
- Entrega de Micronutrientes (Hierro, Acido Fólico)
- Entrega de PANN 2000 (Programa Nacional de Nutrición y Alimentación)
- Atención de Morbilidades
- Entrega de Medicación Gratuita
- Visitas Domiciliarias
- Control preescolar
- Control de escuelas saludables

POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

Entre las políticas del Hospital de Guamote están:

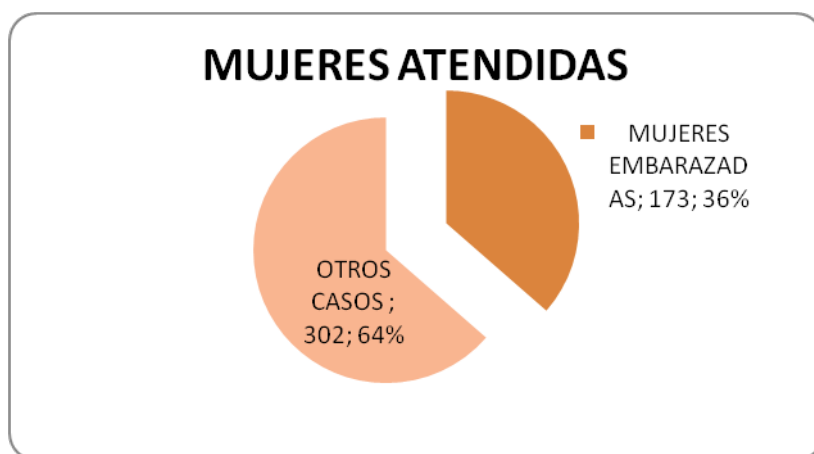
- Propiciar la elaboración de políticas públicas que promuevan el mejoramiento de la salud individual, colectiva y preservación del ambiente.
- Lograr la construcción dinámica de ciudadanía en salud, a través de la inclusión de la Promoción de la Salud en las instancias institucionales y comunitarias públicas y privadas.

- Promover la preservación y mejoramiento de ambientes que garanticen el desarrollo saludable de la población.
- Fortalecer prácticas y estilos de vida saludables mediante el desarrollo de procesos de comunicación y educación en salud y medio ambiente .
- Desarrollar la gestión local para la Promoción de la Salud con participación social

ATENCIÓN EN EMBARAZO, PARTO Y POST PARTO DEL HOSPITAL DE GUAMOTE

GRÁFICO # 2

De las 475 mujeres 173 mujeres acuden al control prenatal.



- **Fuente:** Hospital Docente de Guamote Junio 2009.
- Realizado por: Lic. Karina Inca



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COBERTURAS ALCANZADAS
POR UNIDADES OPERATIVAS, AREA DE SALUD NO. 3 GUAMOTE
AÑO 2010

COMPONENTE: PRENATAL
CUADRO # 1

UNIDAD OPERATIVA	POBLACION	PRIMERA CONSULTA	CONSULTA SUBSECUENTE	TOTAL CONSULTAS	COBERTURA	CONCENTRACION
GUAMOTE	410	729	933	1662	178%	2
CEBADAS	224	188	234	422	84%	2
PALMIRA	476	209	223	432	44%	2
CHISMAUTE	32	30	33	63	94%	2
SANANCAHUAN	58	30	59	89	52%	3
JATUMPAMBA	52	31	28	59	60%	2
S.M. POMACHACA	32	25	40	65	78%	3

S.V. TIPIN	16	8	4	12	50%	2
TOTAL AREA	1300	1250	1554	2804	96%	2



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
COBERTURAS ALCANZADAS
POR UNIDADES OPERATIVAS, AREA DE SALUD NO. 3 GUAMOTE
AÑO 2010

COMPONENTE: PARTO

CUADRO #

2

UNIDAD OPERATIVA	POBLACION	PRIMERA CONSULTA	CONSULTA SUBSECUENTE	TOTAL CONSULTAS	COBERTURA	CONCENTRACION
GUAMOTE	410	216		216	53%	
CEBADAS	224	5		5	2%	
PALMIRA	476	1		1	0%	
CHISMAUTE	32	0			0%	
SANANCAHUAN	58	0			0%	
JATUMPAMBA	52	1		1	2%	

S.M. POMACHACA	32	0			0%	
S.V. TIPIN	16	0			0%	
TOTAL AREA	1300	223		223	17%	



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
COBERTURAS ALCANZADAS
POR UNIDADES OPERATIVAS, AREA DE SALUD NO. 3 GUAMOTE
AÑO 2010

COMPONENTE: POSTPARTO

CUADRO #

3

UNIDAD OPERATIVA	POBLACION	PRIMERA CONSULTA	CONSULTA SUBSECUENTE	TOTAL CONSULTAS	COBERTURA	CONCENTRACION
GUAMOTE	410	163		163	40%	
CEBADAS	224	133		133	59%	
PALMIRA	476	131		131	28%	
CHISMAUTE	32	17		17	53%	
SANANCAHUAN	58	45		45	78%	
JATUMPAMBA	52	26		26	50%	

S.M. POMACHACA	32	25		25	78%	
S.V. TIPIN	16	1		1	6%	
TOTAL AREA	1300	541		541	42%	

EL ROL DE LAS PARTERAS EN GUAMOTE

Guamote por caracterizarse como una población netamente indígena existe un número considerable de parteras que colaboran de forma voluntaria con la comunidad en la evolución del parto y asistencia del mismo. En los últimos años las condiciones tanto físicas como ambientales en el cantón Guamote han dado paso a la modernidad por lo que su trabajo se ha visto relegado al personal médico existente en la localidad. La investigación muestra en apartados posteriores que un buen número de personas se considera como partera. Este trabajo se ha desarrollado mediante la transmisión de conocimientos ya que la totalidad de personas identifica que el trabajo lo aprendió con su madre que también era partera.

El Gobierno nacional desde la presentación del Plan del Buen Vivir, ha demostrado su interés por respetar el Sumak Kawsay, en tal virtud ha realizado la incorporación de mujeres consideradas parteras para que asistan a las mujeres y colaboren con la gestante en el control del embarazo, atención del parto culturalmente adecuado, el control post-parto, y control del recién nacido.

INFORME CONSOLIDADO 2010 HASTA EL MES DE DICIEMBRE 2010 DE LAS ATENCIONES DE LAS PARTERAS COMUNITARIAS

CUADRO # 4

NOMBRES Y APELLIDOS	CONTROL DEL EMBARAZO	ATENCIÓN DEL PARTO	CONTROL DEL POST PARTO	CONTROL DEL RECIÉN NACIDO
María Guamán	15	12	7	4
María Paca	10	8	6	4
Francisca Quishpe	8	10	5	4

FUENTE: Registros del Hospital de Guamote 2010.

REALIZADO POR: Lic. Karina Inca

7.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

CULTURA

El Ecuador es un Estado Pluricultural y Multiétnico, que debe respetar y estimular el desarrollo de todas las lenguas existentes en su territorio así como la identidad cultural de las nacionalidades que existen a su interior, como las nacionalidades: Kichwa, Shuar, Achuar, Chachi, Epera, Huaorani, Siona, Secoya, Awa, Tsáchila y Cofán, Zápara,.

Con una población aproximada de 14,483,499 habitantes, Ecuador posee una impresionante diversidad cultural y social al interior de sus fronteras. Actualmente, según el último censo poblacional del 2010, el Ecuador tiene una población con la siguiente mezcla étnica: 71,9% mestizos (indígenas/caucásicos), 7% indígenas, 6,1% caucásicos, 7,2% afroecuatorianos y 7,4% montubios. También existen marcadas fronteras culturales entre las tres regiones geográficas predominantes: Andes, Costa y Amazonía. La densidad poblacional se divide equitativamente entre los Andes y la Costa, pero apenas el 3% reside en la Amazonía.

Ecuador se localiza en el área que conformaba el extremo norte del Imperio Inca antes de la conquista española de 1533. Las raíces indígenas de la región y las influencias de sus diversas civilizaciones preincaicas aún resultan evidentes en la sociedad actual, tanto en los hábitos alimenticios como en las costumbres religiosas, en la música y en la forma de vestir. La mezcla de culturas en el Ecuador también fue influenciada por la posterior llegada de uno de los grupos culturales más vibrantes y dinámicos del país, los afroecuatorianos, actuales descendientes de esclavos africanos que fueron traídos en el siglo XVI para trabajar en las plantaciones de caña de azúcar. Con una población aproximada de 500,000 habitantes localizados fundamentalmente en la provincia de Esmeraldas, la población afroecuatoriana ejerce una fuerte influencia cultural sobre gran parte de la sociedad ecuatoriana, especialmente con su ritmo de marimba, su música salsa, sus festivales de danza y la fama internacional en la práctica del fútbol.

El mayor grupo étnico de Ecuador, estimados en aproximadamente 2 millones, es el de los Quechuas andinos. Estos han preservado ostensiblemente su lengua y tradiciones culturales. Actualmente representan una poderosa fuerza política y social

dentro del conjunto de la sociedad ecuatoriana. La peculiar música de la flauta andina, actualmente conocida en todo el mundo; alimentos como la quinua y el cuy; los coloridos ponchos de lana y las elaboradas blusas bordadas son todos elementos inconfundibles de la cultura Quechua. Otros grupos étnicos andinos menos numerosos son los Saraguros, Cayambis, Pichinchas, Panzaleos, Chimbuelos, Salasacas, Tungurahuas, Warankas, Puruhaes y Cañaris.

INTERCULTURALIDAD

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

La interculturalidad exige reconocer al otro “ser cultural” como persona, digno de su ser, útil para sí mismo y para los demás. Entonces la valoración del otro como persona implica que quien valora al otro se valore primero así mismo. El énfasis de esta corriente de interculturalidad se centra en la estructuración de una escala de valores en donde se dejen a un lado estereotipos como complejos de inferioridad, de superioridad y actitudes racistas o etnocentristas.

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

En la vida diaria comúnmente usamos el término cultura para referirnos al nivel de instrucción de las personas, al grado de conocimientos que pueden tener, o a ciertos comportamientos que consideramos ideales en nuestra sociedad. De igual forma, cuando comparamos a un país con otro, utilizamos el término cultura como sinónimo

de civilización, entendiendo ésta como desarrollo científico, tecnológico, e incluso artístico.

Sin embargo, la cultura vista ya no desde su uso común, sino 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 producto histórico... desde este punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.”

Debido a las circunstancias históricas que condujeron a la difusión de la civilización occidental, el sistema biomédico moderno se ha institucionalizado, por encima de todas las posibilidades, como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones. El conocimiento científico se ha oficializado como la única forma permitida de conocimiento, excluyendo a otras formas por considerarlas “empíricas”, “míticas”, “primitivas”. Inclusive el sistema de medicina indígena, de otras culturas y/o alternativas (homeopatía, acupuntura, etc.), subsisten de forma marginada. La sabiduría y los saberes de los pueblos y nacionalidades indígenas, “han sido históricamente desautorizado desde la oficialidad asociándolo con hechicería, brujería y charlatanería...”

Sin embargo, ello no ha implicado de ninguna manera su desaparición, pero sí ha negado algunas posibilidades de su potenciación. Desde siempre, la medicina tradicional ha prevalecido en el uso constante, y con frecuencia clandestino, tanto entre los indígenas como en la sociedad no indígena.” En contextos multiculturales el sistema biomédico no ha logrado articularse con la medicina indígena y otros saberes médicos tradicionales.

Ello se explica primordialmente porque los estados nacionales no han orientado sus planes de desarrollo hacia estos sectores sociales históricamente marginados, social y culturalmente, debido a un etnocentrismo generalizado.

El etnocentrismo es la tendencia a juzgar a las personas de otras culturas desde el punto de vista de nuestros propios patrones culturales, a pensar que nuestras costumbres son mejores, que nuestra cultura es superior a las otras, y por tanto considerar a las personas de otras culturas como seres inferiores, menos civilizados,

y en algunos casos hasta menos humanos. El etnocentrismo evita construir puentes entre las culturas, aún más cuando del etnocentrismo al racismo hay un corto paso y, en ese punto, las brechas entre las culturas se vuelven abismales. Sin embargo, como alternativa al etnocentrismo se presenta la interculturalidad o pluralismo cultural. Este principio promueve el diálogo cultural entre diferentes grupos, en un marco de respeto mutuo e igualdad. En el ámbito de la salud, además la interculturalidad es una toma de posición con el objeto de promover el diálogo cultural entre diferentes grupos, en un marco de respeto e igualdad tendiendo hacia la inclusión, la simetría, la equidad.

Además el principio de interculturalidad implica, en primera instancia, un cuestionamiento del modelo social y cultural desde el cual se ejerce la medicina occidental, caracterizada por una tendencia hacia la exclusión de otros saberes en salud.

EMBARAZO

El signo más evidente de embarazo es la falta de la regla o menstruación. Si Ud. conoce sus ciclos menstruales le será más fácil darse cuenta del retraso. Además puede tener la sensación de hinchazón, hormigueo, e incluso molestias, en el pecho. También puede notar ligeras molestias en la parte baja del vientre, y en algunas ocasiones náuseas. Es importante saber, lo antes posible, si esta embarazada. El test de embarazo lo puede confirmar en los primeros días de falta en la regla o menstruación y puede realizarlo acudiendo a su Centro Sanitario o Puesto de salud.

FECUNDACIÓN

Se denomina fecundación a la unión de un espermatozoide (que se encuentra en el semen masculino) con un óvulo de la mujer. La unión del óvulo y el espermatozoide forman el “óvulo fecundado”, que irá cambiando y desarrollándose hasta llegar a ser su hijo o hija. En este pequeño organismo se encuentran ya determinadas algunas características, como el sexo, color del pelo, color de los ojos,.

Desarrollo de su hijo o hija antes de nacer

El desarrollo dentro del útero del nuevo ser pasa por dos fases:

1. La primera constituye el “Período Embrionario”, que comprende aproximadamente los primeros dos meses y medio.
2. La segunda se denomina “Período Fetal” y se inicia al terminar la anterior y comprende el resto del embarazo.

Las revisiones sanitarias durante el embarazo

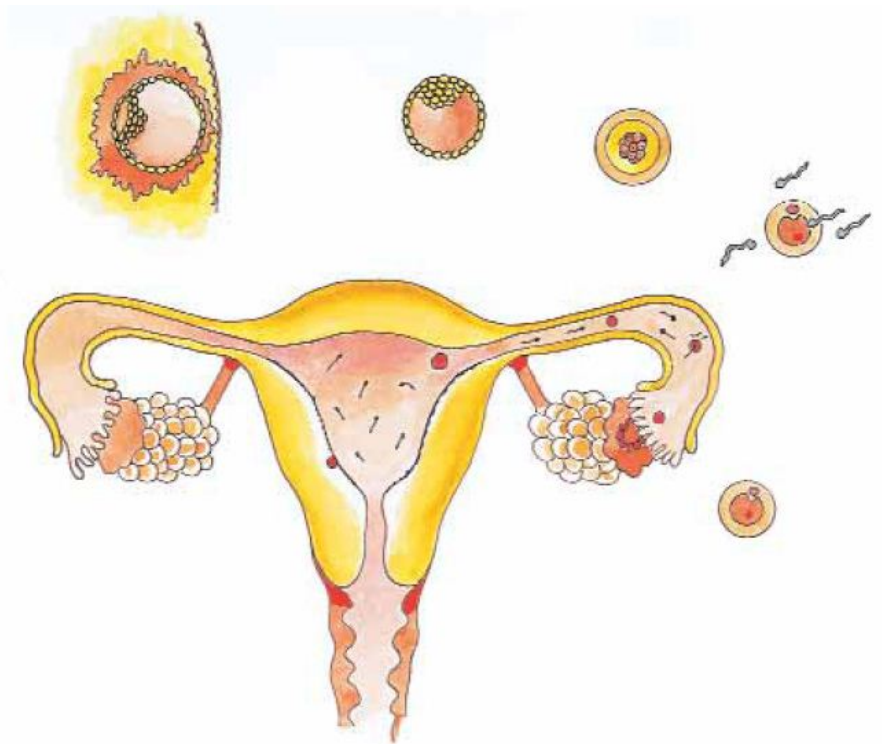
En las revisiones te orientarán sobre los pasos que debe seguir para que se atienda adecuadamente su embarazo.

Esto es especialmente importante si:

Padece alguna enfermedad importante.

Toma alguna medicación de forma habitual.

Ha tenido problemas en embarazos anteriores.



Existen antecedentes en su familia o en la de su pareja de enfermedades hereditarias, que son aquéllas que pueden transmitir madres y padres a sus descendientes.

En cada centro de salud se desarrolla el “Proceso de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio” en el que se determina el número y frecuencia de las consultas, las pruebas o exploraciones que se realizan a las embarazadas, así como las actividades educativas que se llevan a cabo.

Este proceso ofrece cuatro actividades principales, que son:

1. Consulta preconcepcional.
2. Seguimiento del Embarazo.
3. Educación Maternal.
4. Visita Puerperal o Post-Parto.

LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL

Es importante que acuda a su médico o partera cuando quiera quedarse embarazada, para identificar posibles riesgos y administrar ácido fólico, que es una vitamina necesaria para evitar de forma precoz algunas malformaciones.

EL SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

Las consultas de seguimiento del embarazo se llevan a cabo por el personal sanitario de atención primaria y atención especializada. Los equipos de atención a la embarazada están formados por médico/a de familia, especialistas en ginecología, partero/a y enfermero/a.

Dentro del “Seguimiento del Embarazo” el personal sanitario realiza una serie de actividades que, de forma general, son las siguientes:

- Actualizar su Historia Clínica y apertura del Documento de Salud de la Embarazada o Cartilla Maternal.
- Petición de Analíticas Generales y/o Especiales (suelen solicitarse dos o tres analíticas).
- Exploración General que incluye toma de tensión arterial, peso y talla, y una exploración de los principales órganos del cuerpo.
- Exploración del aparato genital, las mamas y toma de una muestra para Citología, si es necesario
- Prueba de tolerancia a la glucosa, que en la mayoría de los casos suele hacerse entre el sexto y séptimo mes.

Otras pruebas, como la medición del tamaño del útero, para valorar como va creciendo, o escuchar el latido fetal.

- Ecografía: abdominal y/o vaginal.

En general suelen ser cuatro, una por cada trimestre, aunque pueden ser menos o más, en función de cómo discurra su embarazo.

- A veces es necesario que se realicen otras pruebas o consultas a otros especialistas en función de sus antecedentes o por enfermedades

previas o actuales.

Durante las visitas podrás estar acompañada por tu pareja o cualquier otra persona de tu confianza.

Además en cada una de ellas, debe preguntar y plantear las dudas que tenga. Una buena relación con el personal sanitario que atiende tu embarazo aumenta su seguridad y tu tranquilidad durante el mismo.

El número de visitas suele oscilar entre 8 y 10 (una por mes), pero puede variar en función sobre todo de las necesidades de tu embarazo. La frecuencia de las visitas suele ser mayor al final del mismo.

En este proceso se vigilan los denominados “embarazos de bajo riesgo”, es decir los embarazos sin complicaciones o aquellos que se presentan acompañados de trastornos o enfermedades leves.

En ocasiones un embarazo puede necesitar ser más vigilado o realizar pruebas especiales. Estos casos serán atendidos en las consultas de vigilancia del embarazo del hospital de referencia.

SEÑALES DE ALERTA DURANTE EL EMBARAZO

Si durante el embarazo observas o notas algunos de los síntomas que se describen a continuación, debes comunicarlo inmediatamente a tu médico o médica de familia o al personal sanitario que vigila tu embarazo.

1. Pérdida de sangre por vagina, por pequeña que sea.
2. Dolor abdominal intenso y continuo.
3. Nauseas y vómitos intensos.
4. Fiebre mayor de 38 grados.
5. Disminución repentina y acusada de la cantidad de orina.
6. Dolor y escozor al orinar
7. Hinchazón repentina de pies, manos y cara.

8. Mareos intensos o trastornos de la visión como aparición de manchas, destellos de luz, etc.
9. Dolor de cabeza fuerte y persistente.
10. Pérdida de líquido por vagina, acompañado o no, de escozor o picor genital.
11. Cambio brusco del tamaño del útero.
12. Ausencia de movimientos fetales, a partir del 5º mes.
13. Presencia de contracciones fuertes e intensas, o muy frecuentes.

Estos signos no tienen por qué indicar necesariamente problemas graves para su salud o la del bebé pero, ante la duda, acude rápidamente a tu centro sanitario.

CAMBIOS DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo produce cambios que afectan a su cuerpo, a sus emociones y a su entorno familiar y social.

CAMBIOS EN EL CUERPO

La gran mayoría de cambios que experimentas se deben a la influencia de las hormonas que harán que tu cuerpo se adapte a este nuevo estado.

Su peso aumentará de forma gradual a lo largo de estos nueve meses de gestación. Si antes de quedarte embarazada no tenías el peso adecuado, debes vigilar aún más el aumento del mismo.

Sus mamas se preparan durante el embarazo para la lactancia.

Aumentan de tamaño, se vuelven más sensibles y las venas superficiales son más visibles.

Observarás además que los pezones y las areolas se ponen más oscuros y a partir del quinto mes puedes segregar por el pezón un líquido amarillo que se llama calostro.

El útero va a crecer para albergar al feto hasta que esté preparado para salir.

Puedes notar que a veces el útero se contrae, y esto es totalmente normal ya que es un músculo y lo hace como entrenamiento para el parto.

Tu vagina durante el embarazo se adapta para el parto, se vuelve más elástica, la mucosa se oscurece y aumenta el flujo vaginal.

Puede notar un aumento de las ganas de orinar debido a la presión que el útero ejerce sobre la vejiga.

CÓMO CUIDARSE DURANTE EL EMBARAZO

ALIMENTACIÓN

El bebé se desarrolla gracias a los alimentos que recibe de la madre a través de la placenta, por ello la calidad de tu alimentación influye tanto en su desarrollo.

GRUPOS DE ALIMENTOS



A. CARNE, PESCADO, HUEVOS, LEGUMBRES

Alimentos ricos en proteínas, indispensables para el crecimiento del cuerpo. Carne, huevos y pescado son los más completos; conviene tomar las legumbres mezcladas con alimentos del grupo D.



B. FRUTAS Y VERDURAS

Ricas en vitaminas y minerales. Favorecen el desarrollo. Evitan el estreñimiento. Las espinacas y otras verduras de hoja son especialmente recomendables.



C. LECHE, YOGUR, QUESO

Los productos derivados de la leche son ricos en calcio y necesarios para formar los huesos y dientes del bebé, y para evitar la falta de calcio en la madre.



D. PAN, PATATAS, ARROZ, PASTAS

Alimentos que dan energía. El pan integral es más aconsejable que el blanco.

La mejor forma de garantizar una alimentación adecuada será incluir en su dieta alimentos que contengan todos los elementos básicos. A lo largo del día trate de comer por lo menos un alimento de cada uno de estos cuatro grupos para conseguir que tu alimentación sea variada y equilibrada.

PARTO

En las últimas semanas del embarazo aparecen una serie de molestias que no debe confundir con el inicio del parto. Estas molestias no son iguales en todas las mujeres, ni tienen la misma duración ni intensidad.

La cabeza del feto se encaja en la pelvis materna y tu vientre puede descender. Esto puedes percibirlo como un aumento de presión o sensación de “pinchazos” en la zona baja del abdomen, o como presión en la vejiga. Es frecuente, que al descender la cabeza, disminuyan los movimientos fetales y que sean más intensos.

Posiblemente notes endurecimientos del vientre, “la barriga se endurece” pero su frecuencia es irregular. Son contracciones uterinas que todavía no son dolorosas (aunque pueden ser molestas) y que te están preparando para el parto. Son más frecuentes por la tarde y por la noche y suelen desaparecer o disminuir con el reposo. No se deben considerar como contracciones de parto. Podrían denominarse “contracciones de entrenamiento” porque no producen dilatación pero sí mejoran las condiciones del cuello del útero, preparándolo para el parto.

También puede aumentar la secreción vaginal o flujo lo que, a veces, puede confundirse con la rotura de la bolsa de las aguas.

Algunas mujeres durante este período se sienten más activas, con ganas de hacer muchas cosas y en ocasiones va unido a un cierto desasosiego o intranquilidad.

SEÑALES PARA TENER EN CUENTA

Es normal que tengas muchas dudas sobre si su parto se está iniciando, sobre todo si es tu primer embarazo. A veces es difícil saber cuándo se debe acudir al centro hospitalario.

Determinadas circunstancias acompañan al inicio del parto. Si concurren alguna o varias de ellas puedes sospechar que el parto se está iniciando:

Cuando tenga contracciones intensas, algo más dolorosas y que siguen un ritmo regular, aumentando progresivamente en duración, intensidad y frecuencia. Las notarás como una oleada de malestar general que alcanza un punto máximo y luego disminuye, acompañadas de un endurecimiento de la barriga y a veces de dolores de espalda. Estas contracciones de parto no desaparecen con el reposo y prácticamente no se alivian con el cambio de postura.

Cuando expulse el tapón mucoso.

Al comenzar la dilatación puede desprenderse el tapón de moco que cerraba el cuello del útero. Se trata de una sustancia espesa, más densa que el flujo habitual y que suele estar teñida de sangre. No debe asustarte, la expulsión del tapón puede ocurrir horas o incluso días antes del parto.

Cuando rompa la bolsa de las aguas, el líquido amniótico puede salir de golpe o poco a poco. Siempre que se rompe la bolsa de las aguas se debe acudir al hospital, con mayor rapidez si el color de este líquido no es claro o transparente. En las mujeres que rompen la bolsa antes de iniciarse el parto, éste suele comenzar espontáneamente a las 12-24 horas de la rotura.

CUANDO ACUDIR AL HOSPITAL

En general y siempre que tu embarazo haya discurrido de forma normal, no debes precipitarte en ir al hospital hasta que no estés segura de que el parto ha comenzado. Los partos suelen ser lentos, especialmente en las primerizas y salvo que tengas que recorrer grandes distancias siempre llegarás a tiempo.

Debe acudir al Hospital:

■ Situaciones normales

- a) Cuando las contracciones comienzan a ser rítmicas y fuertes y se producen cada cinco minutos, si es tu primer parto, o cada diez minutos, si ya has tenido otro. Si el hospital está lejos de donde vives tendrás que salir antes de tu casa.
- b) Si has roto la bolsa de las aguas debes también acudir al hospital, aunque no tengas contracciones.

■ Situaciones de alerta

1. Si tras la rotura de la bolsa de las aguas comienzas a expulsar un líquido verdoso o amarillento, o comienzas a sangrar.
2. Si comienzas a sangrar espontáneamente, hayas o no roto la bolsa de las aguas. No debes alarmarte con el ligero sangrado o “manchado” que ocurre con la expulsión del tapón mucoso o con las primeras contracciones.
3. Si notas un dolor abdominal intenso, similar a una contracción muy fuerte, dolorosa y duradera, que no disminuye de intensidad y que no desaparece.
4. Si dejas de percibir movimientos fetales.
5. Si aparece fiebre (superior a 38°) de causa desconocida.

EN EL HOSPITAL

Una vez en el hospital será recibida por el personal sanitario que determinará si estás o no de parto.

Es muy importante que lleves el “Documento de Salud de la Embarazada”, el Documento de Consentimiento

Informado y la última analítica para la analgesia.

En la sala de exploración, te harán un reconocimiento, es decir, una exploración vaginal para conocer el estado del cuello del útero y si existe dilatación. También se escucharán los latidos cardíacos fetales y puede que te hagan un control de las contracciones uterinas. Esta prueba se llama monitorización, es totalmente indolora y suele durar entre veinte y sesenta minutos.

Si se comprueba que aún no estás de parto, serás dada de alta. Deberás acudir al hospital de nuevo cuando vuelvas a sentir los síntomas de inicio del parto o cuando percibas alguno de los signos de alarma.

Si por el contrario el parto se ha iniciado, quedará ingresada y debes manifestar tu deseo de recibir algún tipo de tratamiento para el dolor.

El personal sanitario se encargará de explicarte en qué etapa del parto te encuentras y cuál va a ser el proceso que se siga a continuación. No dudes en plantearle todas tus dudas y preocupaciones y sigue sus consejos.

A continuación le pasarán a la “Sala de Dilatación” y allí permanecerás hasta que se complete esta fase del parto. Si no hay motivos que lo impidan podrá estar acompañada por un familiar o por una persona de tu entorno que tú elijas.

Te realizarán exploraciones vaginales para comprobar cómo evoluciona la dilatación y también te pueden realizar nuevas monitorizaciones. Estas pruebas no se realizan a todas las mujeres de la misma forma, ni en los mismos períodos de tiempo.

FASES DEL PARTO

El parto se produce alrededor de cuarenta semanas después de la última regla. La mayoría de las mujeres inician su parto en los días previos o inmediatamente posteriores a esta fecha. Sin embargo, en un pequeño grupo de mujeres, el parto puede adelantarse incluso tres semanas o retrasarse casi dos, considerándose normales estas dos situaciones.

PERÍODO DE DILATACIÓN

La dilatación se consigue mediante las contracciones del útero. La frecuencia, intensidad y duración de estas contracciones son variables.

Ésta es la fase más larga del parto y la que puede resultar más pesada a la mujer. En las primerizas, puede durar desde 4 a 5 horas, hasta más de 12, y en las mujeres que ya han tenido un parto o más, desde 2 a 3 horas, hasta más de 8.

PERÍODO EXPULSIVO

El período expulsivo comienza cuando se alcanza la dilatación completa y termina con la salida del bebé. Habitualmente este período se desarrolla en un paritorio. Su duración es muy variable, y depende de muchos factores. Se considera normal una duración de una hora en primerizas y 30 minutos en mujeres que ya han tenido otro/s parto/s. Pero este período se puede prolongar, considerándose normal.

Las contracciones son ahora más largas e intensas pero efectivas. Tendrás grandes deseos de empujar y deberás utilizar la “técnica de empuje” que ya conoces.

Con estas últimas contracciones tu bebé desciende poco a poco a través del canal del parto girando sobre sí mismo para facilitarse el paso. Cuando la cabeza sea visible y asome a través de la abertura de la vulva, el personal sanitario que te atiende puede hacerte un pequeño corte o episiotomía para ensanchar dicha abertura.

A continuación saldrá la cabeza del bebé e inmediatamente el resto del cuerpo. Te pedirán que no empujes; para no hacerlo, sopla o jadea. Posteriormente se pinza y corta el cordón umbilical.

Enseguida oírás su llanto y tendrá la oportunidad de verlo tras nueve largos meses de espera.

PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

Este período comienza cuando termina la expulsión del feto y se corta el cordón umbilical y termina cuando se expulsa la placenta.

Después de una breve pausa las contracciones reaparecen, aunque ahora son suaves y escasamente dolorosas.

Generalmente la placenta se desprende de las paredes del útero y sale espontáneamente, aunque a veces requiere una ligera presión o masaje sobre el vientre de la madre.

Una vez expulsada la placenta se cose la episiotomía, si esta se ha realizado. Con esto termina el Parto.

INICIO A LA LACTANCIA

El mejor momento para iniciar la lactancia materna es en la primera hora de vida. Si ha nacido mediante cesárea, en cuanto la madre se despierte.

Tras el primer contacto piel con piel nada más nacer, conviene secar al bebé y dejarlo junto a su madre. Las rutinas habituales (pesar, dar vitamina K, identificar) se pueden posponer un poco.

En ese momento el bebé suele mostrarse activo interesado en mamar. Dispone de dos reflejos innatos que lo facilitan: de búsqueda y de succión.

A veces suele ser necesario un poco de ayuda para que el bebé coja el pecho (especialmente si la madre ha estado sedada o si es su primera experiencia de crianza).

El calostro, un líquido amarillento y espeso, muy rico en proteínas y en defensas, alimenta bien al bebé durante los primeros días, aunque sea en pequeñas cantidades. Las primeras dos semanas es deseable garantizar un mínimo de 10 – 12 tomas al día, para que se produzca la “subida de la leche” y el bebé pierda poco peso.

POST PARTO

LA MADRE CAMBIOS Y CUIDADOS

SU CUERPO

Su cuerpo inicia su recuperación. Una serie de cambios se ponen en marcha con la finalidad de volver a la normalidad. A este período se le llama cuarentena o puerperio.

ESTADO GENERAL

Es normal que te sientas débil y cansada ya que el parto supone un gran esfuerzo. Después del parto, puedes tomar algún zumo, yogur o batido y descansar. Este estado no te impedirá levantarte desde las primeras horas acompañada por alguien, lo que además de animarte favorece tu recuperación. Procure, mientras estés en el hospital, alternar los paseos con el reposo y que familiares y amistades respeten tu descanso y el de tu bebé.

PÉRDIDA DE PESO

Después del parto se produce una pérdida de peso variable relacionada con el peso del recién nacido, de la placenta, del líquido amniótico y de la pérdida de sangre. Debes poner atención en tu alimentación, ya que la lactancia y la recuperación suponen un mayor gasto de energía.

EL ÚTERO

El útero tiene que volver al tamaño y peso que tenía inicialmente. Esto no es doloroso aunque algunas mujeres, con mayor frecuencia aquéllas que han tenido más partos, notan “retortijones” llamados entuertos que pueden durar varios días. A veces es necesario el uso de un analgésico o calmante.

Al mismo tiempo, expulsarás por la vagina los loquios, que son secreciones de flujo y sangre, que duran alrededor de unas dos o tres semanas. Los primeros días son más abundantes y de color rojizo, disminuyendo poco a poco y adquiriendo color marrón achocolatado, hasta tener un aspecto de flujo normal.

LAS MAMAS

Después del parto notarás la salida de líquido amarillento por el pezón. Este líquido se llama calostro, y es el primer alimento que va a recibir tu bebé. Pasados unos días notarás un aumento y endurecimiento del pecho que es producido por la subida de la leche.

• LOS GENITALES

Durante los primeros días sentirá molestias, bien porque le hayan dado puntos, bien por el estiramiento producido en esa zona por el parto.

Notará alivio lavándose con agua tibia. Es importante que cambie de compresa frecuentemente y que éstas sean de algodón. No uses flotadores para sentarte ya que pueden favorecer que la herida (episiotomía) se abra, es preferible usar cojines blandos.

El reposo ayudará a tu recuperación.

• OTRAS ALTERACIONES

Es normal que tengas cierta dificultad para orinar. Use los métodos tradicionales (abrir el grifo, mojarse las manos...), y si lo necesitas pide consejo.

Puedes sentirte molesta si tienes hemorroides pero sólo durarán unos días. Para aliviarlas puede aplicar frío indirecto en la zona (pañes fríos y/o hielo picado en una bolsa de plástico) y reposar

PARA CUIDARSE RECUERDE:

- Expresar tus deseos o necesidades al personal que te atiende.
- Descansar siempre que puedas (cuando el bebé duerme...).
- Evitar situaciones que Le agobien.
- Buscar y aceptar ayuda.
- No sobrecargarte de trabajo.
- Compartir las tareas con su pareja.
- Reservar tiempo para ti.
- Seguir una alimentación equilibrada para recuperar antes tus energías.
- Hacer ejercicio físico lo antes posible, siempre que no exista contraindicación.

LAS CONSULTAS MEDICAS DESPUÉS DEL PARTO

En los primeros días “después del parto”, debes concertar la visita puerperal con la partera que te ha llevado el embarazo. En esta visita se realizará una valoración de tu estado general y del estado de tu bebé. Puede consultarle todas aquellas dudas sobre tus cuidados, los de tu bebé, lactancia materna, cordón umbilical, anticonceptivos, etc. En esta visita te conectarán con la Consulta de Seguimiento de Salud Infantil y también con el Programa de Planificación Familiar, al que puede acudir para que le informen sobre los métodos anticonceptivos y te hagan un seguimiento.

EL RECIÉN NACIDO

En este apartado se recogen las recomendaciones para los cuidados de tu bebé, así como las señales de alerta a las que debe estar atentos, sobre todo durante los primeros días de vida.

RECOMENDACIONES PARA SU CUIDADO

Posición para dormir: Se aconseja, para evitar riesgos, que la postura del bebé sea boca arriba.

El chupón: No se aconseja su uso. La utilización de chupones modifica la posición de la boca y la lengua del bebé al realizar la succión lo que puede ocasionar problemas con la lactancia materna.

En el caso de utilizarse, tener presente los siguientes consejos:

- Que sea de una sola pieza.
- Hervirlo, al menos, una vez al día.
- No usar imperdibles ni se los cuelgues al cuello.
- Nunca una persona adulta debe introducirse en su boca para limpiarlo.
- No se debe embadurnar de azúcar, miel u otras sustancias.

El baño debe ser diario. Procura buscar una hora del día agradable para ambos y a ser posible en la que puedas contar con la presencia de tu pareja y hermanos o hermanas. Generalmente es preferible por la noche.

La habitación del baño debe mantenerse a una temperatura agradable y con un ambiente tranquilo.

Compruebe la temperatura del agua con el codo. Ésta debe estar caliente pero sin que notes sensación de quemazón en el codo. No llene la bañera más de 10-15 cm.

No se deben utilizar bastoncillos para limpiar orificios (nariz, oídos,...). Una vez bañado, sécalo con una toalla templada masajeándolo suavemente. El resto del cordón umbilical (ombligo) debes lavarlo diariamente con agua y jabón coincidiendo con el baño, hasta su caída que suele ocurrir antes de los 15 primeros días de vida.

No debes usar polvos ni antisépticos yodados para su cuidado. Debes secarlo tras el baño y luego cubrirlo con una gasa empapada en alcohol de 70º, repitiéndolo en cada cambio de pañal.

Una vez que se haya caído, deberá seguir limpiando la herida y cubriéndola con una gasa hasta que esté totalmente seca.

LAS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO DE SALUD INFANTIL

Después del parto debe ponerse en contacto con el personal de tu centro sanitario para que le hagan a su bebé la prueba del talón (metabolopatías) entre el 4º y 5º día,

ya que esta prueba es muy importante para la prevención de la deficiencia mental por causa de alteración del metabolismo de los alimentos.

El Sistema de Salud Ecuatoriano tiene en funcionamiento el programa de Seguimiento de Salud Infantil en el que se hace el seguimiento del desarrollo físico y psicomotor de tu bebé, y se llevan a cabo tareas preventivas, educativas, de detección precoz de anomalías y de tratamiento cuando es necesario. Es importante que acudas con tu bebé a la primera consulta antes de que cumpla su primer mes de vida.

SALUD REPRODUCTIVA EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS DEL ECUADOR

La salud sexual de una comunidad solamente puede ser conseguida y mantenida a través de articulación de esfuerzos de los individuos, familias y grupos que la conforman con las acciones que realizan otros sectores, como por ejemplo el sector gubernamental. Las iniciativas y programas emprendidos por grupos religiosos, el sector privado, las asociaciones profesionales y entes gubernamentales entre otros pueden ser muy exitosas si se diseñan y ejecutan de manera coordinada y organizada y con la completa participación de la comunidad. Para lograr coordinación, organización y participación es necesario contar con una conducción basada en experiencia, capacidad y credibilidad pública. En este sentido, el rol del sector salud es indiscutible, no sólo porque en la sociedad se la ha asignado una función normativa y de orientación de las acciones de promoción de la salud y de la provisión de servicios de atención integral, sino también porque tiene la responsabilidad primaria por la implementación de dichas acciones, aún cuando exista el concurso de otros muy variados sectores y actores. Además el sector salud es el custodio de información crítica con la que se construyen argumentos contundentes para persuadir, definir líneas de acción y evaluar las repercusiones de la acción o la omisión.

LAS PARTERAS TRADICIONALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las parteras tradicionales como:

...una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales; sin embargo se debe incluir, la prestación de cuidados básicos a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, inclusive la identificación y envío de pacientes de elevado riesgo.

Las parteras tradicionales cumplen tres funciones básicas, éstas se centran en el rol que desempeñan dentro de su comunidad.

La primera de ellas está basada en la relación afectiva que la partera establece con las mujeres embarazadas, lo que genera confianza en estas últimas ya que la perciben cercana y familiar, esto hace que se reduzca la ansiedad en la parturienta, a diferencia de la que se provoca cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados.

La segunda función se deriva del conocimiento que tiene la partera de las necesidades y carencias económicas de las mujeres que requieren su servicio, aunado a las propias tradiciones de la práctica, lo que conlleva a una reducción importante de costos para la usuaria.

La tercera función se basa en el apoyo que se recibe de las parteras para las labores domésticas y el cuidado de los hijos. Estas tres funciones sumadas a la falta de otros servicios, hacen de las parteras tradicionales un recurso humano altamente demandado, sobre todo en las comunidades rurales.

Huele a campo fresco, a hierba luisa, a eucalipto y manzanilla hervida. El fuego arde y una mujer de la comunidad de Columbe está a punto de dar a luz. Mientras tanto,

la partera barre el piso con hojas de pichana y se desinfecta las manos con agua de chukri yuyo. Fuma el tabaco y revisa la posición del guagua.

En el techo cuelga una sogá natural para que la parturienta se sostenga. La carahuasca está lista para recibir al recién nacido; y el cordón umbilical se cortará con la cáscara de guadúa. El niño vendrá al mundo con una melodía alegre de rondador y recibirá una ashanga con todos los implementos que se le designen de acuerdo al sexo. Luego del parto, el padre se encargará de enterrar la placenta para proteger a la madre de los cólicos del posparto y para que el niño tenga buena dentadura.

Mientras tanto, la partera permanece junto a la madre durante un par de horas para seguir su recuperación. La mujer recién dada a luz debe acostarse con una almohada en la cabeza, buscando la posición en que se sienta más cómoda. El reposo recomendado por la partera es de ocho días, en los cuales la mujer no debe levantarse; sin embargo, las parteras mayores dicen que debe reposar un mes para que el cuerpo recupere las energías perdidas.

La bebida preparada con guayusa, palta panga y manduro panga servirá para el aseo personal durante el reposo, y el té medicinal preparado de chicta, payanshi cara, cruz caspi, amarun caspi, pinlla cara, aya cara y animi cara¹ para que la mujer conserve la salud.

Mientras revisa a su paciente, la partera le advierte que durante los ocho días de descanso el esposo también debe ingerir la medicina y no debe dormir al lado de ella, porque todavía está sangrando. Durante este lapso, el esposo tampoco puede matar animales. La mujer escucha con atención, pues todo lo que le dice la partera es muy importante para su recuperación.

Todo esto es parte de la medicina tradicional indígena que, según instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “la suma de conocimientos, habilidades, y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias, originaria de distintas culturas, sea explicable o no, utilizada para el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejoramiento y tratamiento de enfermedades físicas y mentales”.

Apenas nace, la partera baña al niño con agua de verbena, condición panka u hojas mentoladas (hierba luisa, verbena, jengibre, maria panga, menta panga). Luego, le coloca las vacunas: un collar de tallo de wanto o la cera de miel de abejas negras, para prevenir enfermedades como el sarampión o la gripe.

Con la sangre del cordón umbilical, la partera o un familiar pinta las mejillas y los labios del recién nacido, para que tenga un color rosado y sea fuerte. Si es varón, una de las abuelas le sopla tabaco en la cabeza o le pone ají en los ojos para que se convierta en un hombre trabajador.

7.3. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR 2008

La nueva Constitución desarrolla el contenido de muchos derechos establecidos ya en la Carta Política de 1998, agregando otros nuevos. En primer lugar, vincula y relaciona los derechos sociales a la noción andina de *sumak kawsay* o Buen Vivir, así como al modelo de desarrollo asumido oficialmente. Sin pretender ser exhaustivo se puede enunciar algunas de las innovaciones importantes al respecto.

Entre los derechos nuevos o de mayor desarrollo pueden destacarse especialmente los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria (art. 35). Allí se incluyen los derechos de adultos mayores, migrantes, mujeres embarazadas, jóvenes, personas con discapacidad, personas con enfermedades catastróficas, privadas de la libertad, usuarias y consumidoras. En estos casos, la Constitución desarrolla derechos que atienden a las diferencias y especial condición de los miembros de cada uno de esos grupos.

Por otra parte, sin dejar de reconocer los derechos civiles, la Constitución de 2008 desarrolla los derechos sociales y ambientales. Por ejemplo, el derecho al agua (art. 12), a la alimentación y soberanía alimentaria (art. 13), la universalización del

derecho a la seguridad social (art. 34), el derecho a la salud (art. 32)... Se incluye, además, como una innovación importante los derechos de la naturaleza (art. 71). También los derechos a la participación y los de los pueblos indígenas que adquieren un alcance mayor, lo cual se expone en las secciones sobre economía y plurinacionalidad.

Entre los cambios que han sido señalados como retrocesos respecto a 1998 puede incluirse la definición del matrimonio como unión exclusivamente de un hombre con una mujer (arts. 67-68), una limitación expresa que la Constitución de 1998 no contenía. Por otra parte, si bien la nueva Constitución establece mayores derechos para el trabajo autónomo e informal, amplía -en cambio- la posibilidad de excepciones a la contratación y negociación colectiva (art. 326-13).

La Constitución del 2008 elimina la clasificación tradicional de los derechos. Lo hace con el propósito de enfatizar el carácter complementario y la igual jerarquía de todos los derechos constitucionales. En lugar de la ordenación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, la Constitución de 2008 utiliza una división temática: derechos del buen vivir, de participación, de libertad, etc. Incluso al referirse a los derechos colectivos, los denomina “derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades”, para destacar así que también otros derechos pueden exigirse eventualmente de forma colectiva. Según el artículo 10, son titulares de esos derechos las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos; por tanto, todos los derechos pueden exigirse de forma individual o colectiva (art. 11).

Esta universalización de la capacidad para reclamar derechos se corrobora también con la ampliación y desarrollo de las garantías constitucionales. Las garantías -en sentido amplio- son los medios que disponen las personas o los colectivos para hacer efectivos sus derechos constitucionales. La Constitución de 2008 amplía y fortalece esas garantías.

Se ha observado que al establecer la Constitución del 2008 un amplio catálogo de derechos, especialmente de carácter social, y al fortalecer las garantías a fin de poder exigirlos, se ha colocado sobre el Estado una potencial presión o demanda inmanejable en términos presupuestarios y burocráticos. Efectivamente, la nueva Constitución posibilita interponer acción de protección incluso contra políticas públicas cuando estas violan los derechos constitucionales (art. 88). De esta forma

se relativiza la división de los poderes y se abre la posibilidad de judicializar las políticas públicas si éstas no responden a los derechos de los ciudadanos, o los violan.

Esta crítica es relativa pues el hacer efectivo los derechos sociales es un objetivo básico del Estado Social, aunque ello se realice progresivamente, atendiendo de ese modo a la realidad presupuestaria. En aquellos casos en que las actuaciones o políticas estatales atenten contra estos derechos es imprescindible que las personas cuenten con la posibilidad de reclamarlos ante los jueces.

PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR

Art. 280.- El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores.

En el plano nacional, en la segunda mitad del siglo XX, la esperanza de vida dio un gran salto, una mujer nacida en 1950 tenía una expectativa de vida de 47 años; hoy supera los 77 años. Del mismo modo, en 1978 casi 6 de cada 100 nacidos vivos morían antes de cumplir el año de edad, actualmente, esta probabilidad ha disminuido más de 2.5 veces. En términos generales, las mujeres ecuatorianas tienen menos probabilidades de morir de tuberculosis, o en un parto durante su edad fértil o de cáncer en su edad madura. Concomitantemente, la tasa de fecundidad de las mujeres se redujo de 5,3 niños en el 82 a 3,28 en el 2001, de acuerdo a las estadísticas vitales y demográficas del INEC.

La tasa de mortalidad infantil se mantuvo estable durante el período 1994-2004 (30 por mil nacidos vivos), después de un período de rápida reducción observada en la década anterior y continúa siendo significativamente superior al promedio de Sudamérica (23 por mil nacidos vivos).

La tendencia de la mortalidad materna es descendente. Se puede apreciar que la magnitud del descenso en el período 2001-2004 sufre una desaceleración en comparación con las décadas pasadas, comprometiendo grandemente el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En cuanto a mortalidad infantil, la tendencia al descenso es más clara pero, en los dos últimos años tiende a formar una meseta, muy probablemente debido al componente neonatal y peri natal de la muerte infantil que depende de infraestructura y tecnología costosa y de alta complejidad en los servicios de salud.

Los indicadores de salud muestran importantes inequidades relacionadas al nivel de ingreso, grado de instrucción, grupo étnico y ámbito geográfico. La mortalidad infantil de niños nacidos de madres indígenas (41 por mil) es 50% más elevada que la de madres mestizas (28 por mil). En áreas rurales, el parto institucional apenas supera la mitad de los nacidos. Más aún, para madres sin instrucción y mujeres indígenas, el parto institucional representa solamente el 36,7% y 30,1% respectivamente.

Relacionado con lo anterior está la atención calificada del parto, su evolución nos indica un incremento entre 1999 y el 2006, manteniéndose una brecha de necesidad del 14% a nivel nacional, pero que se concentra en el área rural, donde es más de 8 veces la urbana (34% vs. 4%). Si desagregamos este indicador por grupo étnico, podemos apreciar que las mujeres indígenas casi septuplican la tasa de atención no profesional del parto de las mujeres mestizas.

Casi el 9% del total de adolescentes se embarazan entre los 15 y los 19 años, según fuentes oficiales (INEC, ENDEMAIN) para el año 2004. Si tomamos en cuenta que el número de adolescentes, por la tendencia demográfica, es el más numeroso de la historia del país, es claramente un problema de salud pública que requiere atención particular.

Si bien la cobertura de seguro de salud aumenta de 1.4% en 1999 a 21% en el año 2005, existe un gran porcentaje de población (casi el 80%) que requiere ser cubierta. La desnutrición crónica es el problema de mayor importancia del país, sus niveles no corresponden al desarrollo social y económico del Ecuador. Su tendencia es descendente, pero su progreso es lento. Así, en 1998 se ubicó en 27% y en el 2006 alcanzó el 18.1%, con un promedio de disminución de un punto porcentual por cada año, lo cual es insuficiente para alcanzar la meta del 2015 de reducir en un 50% la desnutrición y el hambre.

La desnutrición crónica por provincia, revela la inequidad en su distribución en el territorio nacional, destacando las provincias de la sierra central como las de mayor afectación, provincias con alto porcentaje de población indígena y rural, así como con dificultades en el acceso al agua y saneamiento básico y a una canasta alimentaria adecuada.

Si bien en los últimos treinta años se han observado progresos en la situación de salud de la población ecuatoriana, sus actuales niveles corresponden a los más bajos de América Latina, lo que habla de un problema estructural –la desigualdad e inequidad en salud y condiciones de vida- de larga data aún no corregido, pues otros países con similares niveles de desarrollo presentan mejores indicadores de salud (E. Miranda, 1994).

LEY ORGANICA DE SALUD

La ley orgánica de salud en su espíritu rector manifiesta la solidaridad que debemos tener los ecuatorianos unos a otros, manifestando en sus principios que todos en algún momento podemos ser potenciales donantes para personas que padecen enfermedades crónicas.

La ley garantiza el derecho a la salud en materia de trasplantes, a través de la regulación de las actividades relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos, tejidos, células de humanos, además de los productos derivados de ellos,

incluyendo la promoción, donación, extracción, preparación, almacenamiento, transporte, distribución y trasplante.

Se crea el Sistema Nacional de Salud que tendrá como finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable; reconoce la diversidad social y cultural y fomenta prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

Los ecuatorianos y extranjeros residentes legales en el país, mayores de 18 años, al fallecer se convertirán en donantes, a menos que en vida hubieren manifestado en forma expresa su voluntad en contrario. La negativa de las personas a ser donantes no generará discriminación alguna. La extracción de órganos de donantes vivos se limitará a situaciones en las que se prevean grandes posibilidades de éxito del trasplante. En ningún caso se facilitarán ni divulgarán informaciones que permitan identificar a los donantes o a los receptores.

En lo que se refiere a materia de maternidad se mantienen los programas de Maternidad Gratuita, programas de atención materno – infantil, además las misiones emprendidas por la Vicepresidencia de la república incrementa planes y proyectos en beneficio de la madre y el recién nacido, como es el programa “Mi primera huella”, plan que en espíritu identificará potenciales problemas en el desarrollo del infante.

MODELOS INTERCULTURALES EN SALUD

LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos están basados en los principios de dignidad, libertad e igualdad, propios de cada persona, únicos, que no se pueden transferir a otra persona, que no se reducen, a los cuales no se puede renunciar.

Los derechos humanos son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna, sin

distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual

Este derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

El derecho a la privacidad sexual

Consiste en el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.

El derecho a la equidad sexual

Se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación o exclusión, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.

El derecho al placer sexual

Es el derecho a disfrutar del sexo, incluyendo la autosatisfacción, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

El derecho a la expresión sexual emocional

Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

El derecho a la libre asociación sexual

Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.

El derecho a hacer opciones reproductivas, libres y responsables

Esto abarca el derecho para decidir sobre tener niños o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.

El derecho a la información basada en el conocimiento científico

La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.

El derecho a la educación sexual comprensiva

Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.

El derecho al cuidado de la salud sexual

El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

PROPUESTA

PROTOCOLOS DE ATENCION CULTURAMENTE ADECUADOS DURANTE EL PARTO

ATENCION DE LA PARTURIENTA EN TRABAJO DE PARTO

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 (El trato a la paciente debe ser 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 egreso 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.

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 a 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 que consiste el examen y para que sirve, tener su permiso y dejar que su familia le acompañe si la parturienta así lo desea.

Tenemos que realizar la anamnesia 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 cardiaca 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 que 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.

Se debe realizar el examen clínico general, pero se puede postergar si la parturienta llega con trabajo de parto avanzado.

Luego se debe 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.

ASPECTOS A CONSIDERAR ANTES DEL PARTO:

PREPARACION DEL ESPACIO DEL INSTRUMENTAL Y DE LA PARTURIENTA

Se debe 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).

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)

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 si misma).

Como personal de salud se puede ofrecer 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 este 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.

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.

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.

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.

El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal.

El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.

La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino, haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.

La única excepción que apoya la posición supina durante el 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 que se lo realiza y para que 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 cardiaca 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 cardiaca) 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 se debe 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.

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;

- Posición de cuclillas. Variedad anterior
- Posición de cuclillas: variedad posterior
- Posición de rodillas
- Posición sentada
- Posición semi sentada
- Posición cogida de la soga
- Posición pies y manos (4 puntos de apoyo)
- 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.



POSICION 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.



POSICION 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.



Foto: Dirección Provincial De Salud De Chimborazo

POSICION 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 semi sentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

POSICION 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



Foto: Dirección Provincial de Salud de Orellana



Foto: Dirección Provincial de Salud de Orellana

POSICION 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 asclintismo 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:
- Calor producido por calefactores, estufas o chimeneas (tomando en cuenta las regiones del país)
- Camilla o silla adecuada para el parto vertical
- Soga colgada de una viga
- Una colchoneta o estera en el piso, cubierta con campos sobre los cuáles nacerá el bebé.
- 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.
- Se debe procurar que todo el parto propiamente dicho sea en el mismo ambiente. La sala culturalmente adecuada permite que esto sea así.

En lo posible, se debe 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 se debe controlar que los pujos sean espontáneos y cortos. Debemos permitir que la parturienta puje en la posición que le sea más cómoda: Semi sentada, 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).

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:

- Provocarse nauseas estimulando la úvula con el objeto de provocar un esfuerzo
- Soplar una botella
- 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.



Foto: Dirección Provincial de Pichincha

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,

PROTOCOLOS DE ATENCION CULTURALMENTE ADECUADOS DURANTE EL PURPERIO

ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

Para la atención del recién nacido, el personal de salud deberá aplicar la norma del Ministerio de salud Pública.

ATENCION CULTURALMENTE ADECUADA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

ATENCION DEL PUERPERIO INMEDIATO

En este periodo el personal de salud debe aplicar la norma de SSYR vigente del MSP

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

Controles que se debe realizar:

- Estimular a la salida de los loquios con la aplicación de masajes, ya que favorece la contracción del útero y así mismo da sensación de bienestar de la madre. Algunas parturientas se fajan el abdomen con bajas preparadas previamente.
- Brindar comodidad a la puérpera ubicándola en una habitación acondicionada expresamente, donde haya calor y poca luz.
- Se usará de presencia sábanas y frazadas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de la zona rural tienen temor y vergüenza de ensuciar las sábanas blancas.
- Permitir que las puérperas usen la faja.

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Se permitirá la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo a las necesidades, posibilidades y costumbres de la mujer, promoviendo una alimentación balanceada utilizando los recursos propios de la zona. El primer alimento luego del parto es un caldo de ave. Esto tiene razones culturales que balancean la relación frío/cálido en el organismo.

Se debe observar que la dieta durante algunos días sea hiperproteica con poco condimento y con abundantes líquidos para favorecer la producción láctea. Igualmente hay razones culturales que ubican cierto tipo de alimentos que favorecen la misma.

Considerar que algunas comunidades andinas y amazónicas no permiten la ingesta de cerdo, cuy, ni pescado durante este periodo, asunto que tiene razones relacionadas con la vitalidad o calidad de energía.

El personal debe permitir que la mujer pueda ingerir algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía como (sopas, agüitas aromáticas, otras) de acuerdo a sus costumbres tradicionales.

CUIDADOS GENERALES

- Se debe controlar el estado general de la madre: pérdida de sangre, signos vitales y retracción uterina.
- Para detectar que no hay desgarros en la madre, hay que examinar el canal de parto (cuello uterino, vagina y periné), pero antes hay que explicarle, tener su permiso y dejar que sus familiares se queden durante el procedimiento, si así ella lo desea.

- De la misma manera, para curar lesiones por desgarros o episiotomía, hay que explicarles, tener su permiso y dejar que sus familiares se queden, si así ella lo desea.
- Tenemos que orientar a la madre sobre la importancia del aseo de los genitales con agua medicinal tibia, (El aseo de los genitales con agua con aguas medicinales como por ejemplo de manzanilla o romero es necesario para evitar infecciones o sobreparto)
- De la misma manera, debemos aconsejar a la madre que la limpieza de las mamas se haga con agua medicinal tibia de acuerdo a cada cultura de su pueblo.
- Es importante que la madre ambule, por que así elimina coágulos de sangre.
- También, tenemos que estimular a la madre a que camine lo más antes posible. Tenemos que ayudarle o dejar que sus familiares lo asistan (ambulación asistida)

ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO

(De 2 a 48 horas después del parto)

El personal de salud debe aplicar la norma vigente del MSP

Se tiene que proporcionar a la madre, sopas, refrescos, coladas, para asegurar su buena hidratación

Se debe observar el estado general de la puérpera

Es importante que informe y oriente sobre signos de complicaciones de la madre y del recién nacido, y recalcar a la madre que tiene que acudir al establecimiento de salud lo más pronto posible, si ella detecta algún signo de complicación.

Es importante que alentar y animar a la madre para que venga a los controles del puerperio, del crecimiento y desarrollo del recién nacido y al cumplimiento del programa de vacunación.

COMPLICACIONES DURANTE LA ATENCION DEL PARTO VERTICAL

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

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

En caso de presentarse alguna de estas complicaciones realizar el manejo adecuado según nivel de complejidad.

ORIENTACION / CONSEJERIA DESPUES DEL PARTO

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

Lactancia materna exclusiva enfatizando sus beneficios y enseñando la técnica.

- Sobre cuidado de mamas
- Alimentación de la madre de acuerdo a su cultura y sus costumbres
- Salud reproductiva y planificación familiar puede ser con métodos naturales de acuerdo a su cultura del pueblo o nacionalidad.
- Higiene de la madre (realizar los lavados vaginales con aguas medicinales de acuerdo a la cultura de cada pueblo o nacionalidad)
- Vacunación del recién nacido.
- Cuidados del recién nacido (baño diario, alimentación, cuidado del cordón, estimulación psicológica.
- Identificación de signos de alarma en el puerperio.
- Identificación de signos de alarma del recién nacido.
- Cuidados del recién nacido.

CRITERIOS DE ALTA

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

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

DEFINICIONES

REFERENCIA

Es el proceso estructurado de envío de la paciente de un nivel de atención a otro superior en tecnicidad y competencia.

Si los familiares o la partera comunitaria identifican alguna complicación en la parturienta o puérpera, realizará la referencia al nivel I o II de acuerdo a la capacidad resolutive del nivel del establecimiento.

CONTRAREFERENCIA

Es el proceso inverso a la referencia, es decir el retorno del paciente del nivel superior en que fue atendida la paciente al nivel de origen para su seguimiento (con información por escrito en la hoja de epicrisis).

La contrarreferencia debe incluir las recomendaciones para el retorno de la madre a su domicilio en coordinación acciones específicas con la partera

TRANSFERENCIA

Es el transporte físico de la paciente de una unidad a otra. Siempre debe realizarse con la paciente estabilizada y en las mejores condiciones que permita la patología por la que se transfiere a otra unidad.

CUADRO # 6

	UNIDAD OPERATIVA.	TIPO DE ATENCION. EQUIPO (E).	UBICACIÓN.
NIVEL I	Puesto de salud	Ambulatoria. E: Auxiliar de enfermería.	Rural. Población <2000 habitantes.
	Subcentro de salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de	Cabeceras parroquiales. Población >2000 habitantes.

		enfermería.	
	Centro de Salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de enfermería. Laboratorio. Imagen.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
NIVEL II	Hospital Básico	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
	Hospital General	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y cabecera cantonal con mayor concentración poblacional.

CUADRO # 7

PROTOCOLO DE MANEJO PARA REALIZAR UNA REFERENCIA MATERNA O PERINATAL.			
PASOS A SEGUIR (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
ANTES DEL TRANSPORTE. Coordine con los responsables del lugar de destino (condición y diagnóstico probable de la paciente, necesidades especiales, hora de salida y hora probable de llegada)	X	X	
Coordine con los responsables de la familia, partera comunitaria brinde información constante a la paciente y a su acompañante y obtenga la autorización para la transferencia.	X	X	
Coordine con los responsables del vehículo de transporte (tipo y acondicionamiento de la transferencia).	X	X	
Coordine con los responsables del cuidado materno y peri natal	X	X	

(estabilización, equipo, personal).			
Preparar a la paciente para el viaje, corrija condiciones agudas (hipoxia, hipoglicemia, hipotensión, apnea, convulsiones, neumotórax).	X	X	
Verifique que la paciente tenga vía endovenosa permeable, temperatura y oxigenación adecuadas a lo largo del transporte.	X	X	
Registrar los signos vitales por última vez en la unidad operativa de referencia y regístrelos en la hoja de referencia.	X	X	
Verifique que todo el material y el equipo estén listos.	X	X	
Coloque a la paciente en la camilla de transporte para trasladarla hasta el vehículo, <i>permitir el acompañamiento elegido por la parturienta (que puede ser la partera o un familiar</i>	X	X	
DURANTE EL TRANSPORTE:	X	X	
Mantenga la temperatura en la paciente.			
Mantenga la ventilación y oxigenación adecuadas.	X	X	
Mantenga la vía endovenosa permeable.	X	X	
Solucione problemas agudos que se presenten y regístrelos en la hoja de referencia.	X	X	
<i>Permitir que el acompañante brinde apoyo emocional a la parturienta (debido a que puede ser una mujer kichwa hablante) y tenga dificultad para comunicarse entre la parturienta y el personal de salud que lo acompaña</i>			
DESPUES DEL TRANSPORTE:	X	X	
Dejar el material y el equipo listos para un nuevo traslado.			

CUADRO#7

PROTOCOLO DE MANEJO PARA REALIZAR UNA RECEPCION MATERNA O PERINATAL.			
PASOS A SEGUIR (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
ANTES DE LA RECEPCION. Coordine con los responsables del lugar de origen (condición y diagnóstico probable de la paciente, necesidades especiales, hora de salida y hora probable de llegada)		X	X
Coordine con los responsables de la recepción los cuidados maternos y perinatales que se ofrecerán para facilitar su acceso.		X	X
Preparar la sala de recepción, equipos, insumos y personal necesario.		X	X
DURANTE LA RECEPCION: Instale conveniente a la paciente en la camilla de la unidad receptora.		X	X
Reciba los documentos de referencia e infórmese de los datos clínicos relevantes		X	X
Coordine con las diferentes áreas de la unidad para la derivación de atención más apropiada.		X	X
Explique a los familiares de la paciente las acciones a seguir, brindando apoyo a todo momento.		X	X
DESPUES DE LA RECEPCION: Brinde tratamiento etiológico adecuado a la paciente hasta que esté en condiciones de alta.		X	X
Mantenga la comunicación con la paciente, partera y sus familiares y entre las unidades referentes y receptoras		X	X
Contrarefiera a la paciente a sus hospital de origen cuando considere oportuno, seguro y conveniente.		X	X
No olvide enviar la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X

CAPÍTULO II

8. DISEÑO METODOLÓGICO

CUADRO # 1
MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPO O INSTITUCIÓN	INTERESES	RECURSOS	PROBLEMAS
1. Sociedad de Guamote	Mejorar la calidad de vida Aplicación del plan del Buen Vivir	Recurso humano capacitado Constitución 2008 Mandato ⁴	Falta de políticas sociales, culturales económicas Desconocimiento de derechos en salud
2. Hospital Docente de Guamote	Equipamiento de los puestos de salud. Mejora de la Infraestructura Personal capacitado y motivado	Salas de parto adecuadas para labor de parto. Compromiso Gubernamental de mejorar casas de salud Talento Humano	Falta de compromiso y gestión Hospital con más de 25 años de infraestructura Personal desmotivado y sin capacitación

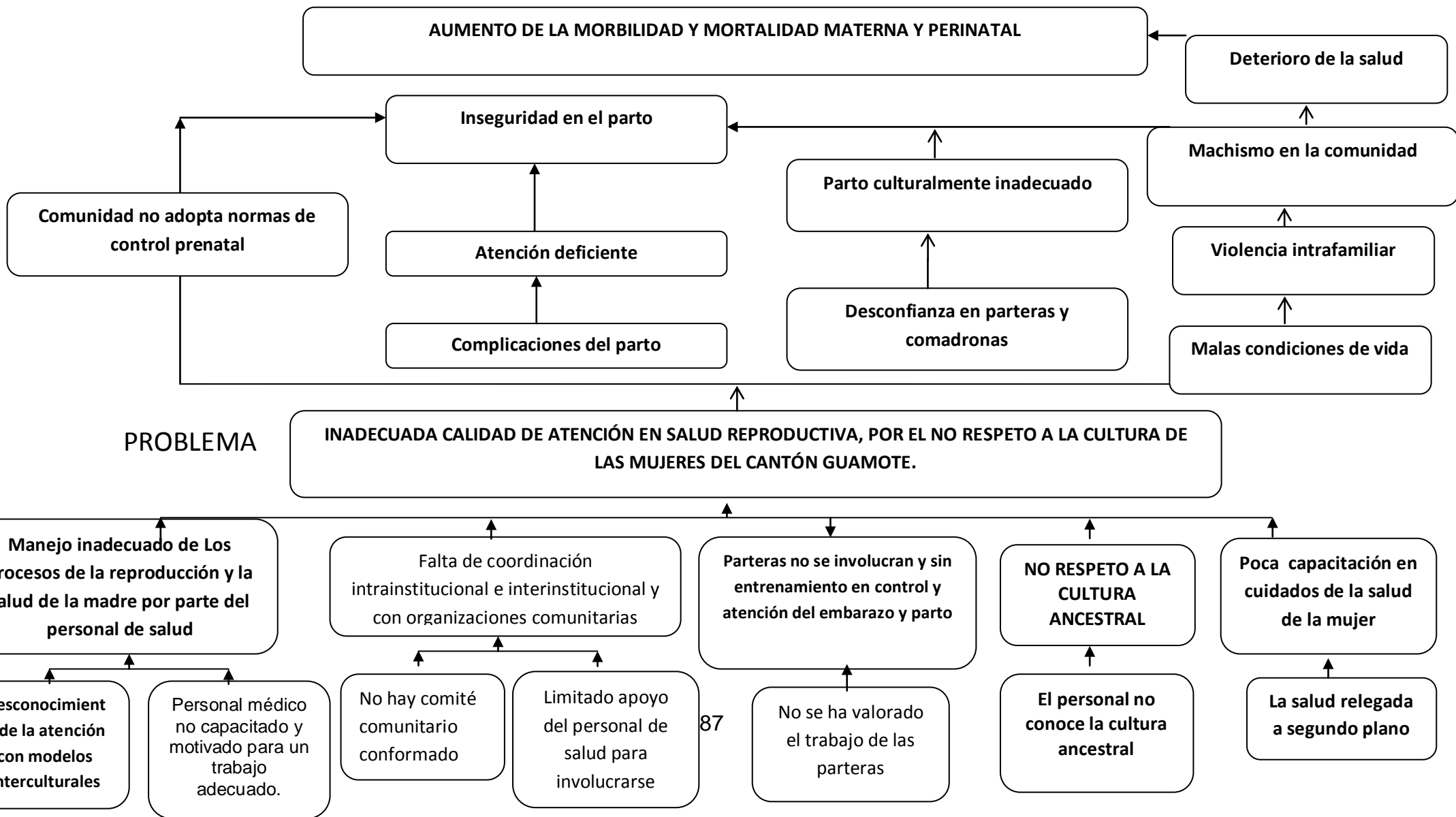
⁴ El **MANDATO** es un **contrato** por el cual una persona (mandante) confía la gestión de uno o más negocios a otra (mandatario), que se hace cargo de ellos por cuenta y riesgo de la primera

<p>3. Plan Internacional Fundación Cari Alemania</p>	<p>Construcción de obras civiles sanitarias básicas.</p> <p>Apoyo a las instituciones presentes para facilitar el acceso de los equipos de salud a la comunidad</p>	<p>Aportes económicos desde Alemania</p> <p>Mandato</p>	<p>Compromiso en la entrega de aportes</p> <p>Falta de gestión y liderazgo.</p>
<p>4. Promotores de salud</p>	<p>Capacitados, acerca de los beneficios del parto culturalmente adecuado.</p>	<p>Material bibliográfico</p> <p>Incentivos económicos</p> <p>Mandato</p>	<p>Nos asisten a capacitaciones</p> <p>Falta de incentivo económico</p>
<p>5. Organización de mujeres.</p>	<p>Mujeres sanas y con controles de salud periódicos.</p>	<p>Recurso humano (médicos, enfermeras dispuestos a brindar mejor atención</p> <p>Aportes económicos gubernamentales</p>	<p>Falta de organización.</p> <p>Falta de liderazgo.</p> <p>No priorizan la salud.</p>

<p>6. Grupo de parteras Guamote</p>	<p>Mujeres capacitadas en la atención del parto. Construcción de infraestructura adecuada para el parto</p>	<p>Recurso humano capacitado Medicinas y equipo médico Salas de parto adecuados equipos y materiales Mandato</p>	<p>Falta de compromiso Capacitación inadecuada Falta de coordinación Falta de infraestructura Equipos dañados</p>
<p>7. Maestrante UTPL</p>	<p>Mejorar la calidad de atención en mujeres embarazadas Conocer el parto culturalmente adecuado Compartir experiencias Dar observaciones y recomendaciones</p>	<p>Humanos Materiales Tecnológicos Conocimientos ancestrales</p>	<p>Falta de liderazgo Tiempo Falta de compromiso Falta de recursos</p>

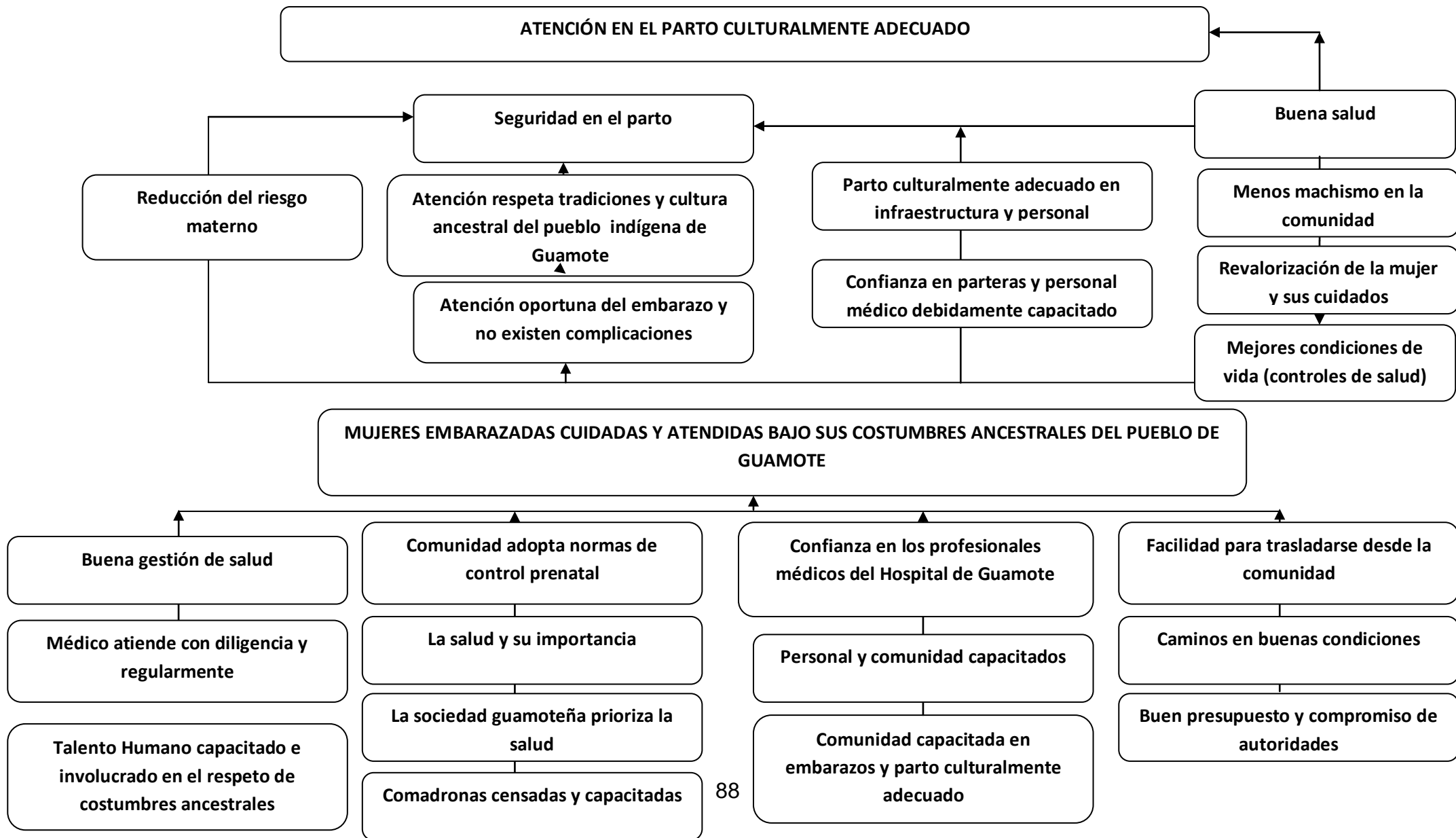
ÁRBOL DE PROBLEMAS

CUADRO # 2



ÁRBOL DE OBJETIVOS

CUADRO # 3



CUADRO # 4
MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<i>Contribuir a disminuir la morbimortalidad materno infantil mediante el respeto y la atención de la paciente bajo normas del parto culturalmente adecuado.</i>	El 100% de la comunidad está informada acerca del proceso del parto culturalmente adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Encuestas • Control de historias clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de comunitaria • Mujeres informadas de los beneficios del parto culturalmente adecuado • Personal médico capacitado.
PROPOSITO <i>Mejorar la calidad de atención en salud reproductiva de las Mujeres que acuden al Hospital del cantón Guamate.</i>	El 100% de mujeres son atendidas hasta Agosto del 2011 con enfoque intercultural	<ul style="list-style-type: none"> • Partes diarios • Entrevistas • Encuestas • Control de historias clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de comunitaria • Mujeres atendidas en control materno • Personal médico atendido.

RESULTADO			
<p>S</p> <p>1.- Manejo adecuado de los procesos de la reproducción de la salud de la mujer</p>	<p>El 100% del personal médico motivado, y capacitado maneja en forma adecuada los procesos reproductivos de la mujer al finalizar el proyecto</p> <p>100% de los involucrados coordinan actividades para ejecutar el proyecto, están comprometidas y sensibilizadas hasta finalizar el proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de capacitación. • Liderazgo comunitario • Documentos de talleres y seminarios. • Normativas escritas • Actas de convenios establecidos Comunidad – Autoridades de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal médico (parteras y médicos) capacitados. • Medicina Ancestral y Medicina Tradicional comparten experiencias y conocimientos .
<p>2.- Coordinación intrainstitucional e interinstitucional</p>	<p>100% de participación comunitaria.</p> <p>Compartir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Encuestas • Informes anuales del Hospital de 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones comprometidas (Gobierno central, Autoridades

<p>al y con organizacione s comunitarias participativa y efectiva</p>	<p>experiencias con organizacione s similares que participan del parto culturalmente adecuado. Gobierno central y autoridades de salud mejoran su gestión y compromiso con el pueblo de Guamote.</p>	<p>Guamote.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoras de presupuesto para salud en Guamote 	<p>locales y personal médico).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de infraestructra • Compartir experiencias con otras casas de salud
<p>3.- Parteras con entrenamiento en control y atención del embarazo, y parto son involucradas al servicio.</p>	<p>Parteras se involucran y cumplen con el 100% de actividades planificadas con los servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Censo de parteras • Informes mensuales y anuales de participación de parteras en la localidad. • Participaciones en partos culturalmente adecuado • Encuestas a mujeres atendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parteras censadas y capacitadas para la atención del parto. • Compartir experiencias y mejorar la calidad de atención a las pacientes • Brindar seguridad y confianza en atención

			médica.
4.- Personal sensibilizado en Interculturalidad respeta la cultura de las mujeres de Guamote	Se cumple con el 100% de actividades en la sensibilización sobre interculturalidad y buen trato al finalizar el proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones periódicas del personal de salud • Respeto a la interculturalidad • Memorias de taller 	<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios de capacitación. • Talento humano motivado y capacitado • Ambiente laboral óptimo en atención al parto. • Compromisos institucionales.
5.- Mujeres capacitadas en el cuidado de su salud reproductiva	Se cumple con la capacitación planificada en el 100% a las mujeres en el cuidado de su salud reproductiva hasta el fin del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Estadísticas de control • Informes mensuales • Informes anuales de atención de salud de la mujer en estado de gravidez • Disminución de la morbimortalidad materno infantil en el cantón 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres capacitadas y con autoestima elevada. • Mejores condiciones de vida • Mejora la calidad reproductiva y sexual del cantón Guamote y sus

		Guamote y sus comunidades	Comunidades <ul style="list-style-type: none">• Compromiso de asistir a controles periódicos materno infantiles.
--	--	---------------------------	--

CUADRO # 5
ACTIVIDADES PLANIFICADAS

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
<p>RESULTADO 1</p> <p>Manejo adecuado de los procesos de la reproducción y la salud de la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las percepciones y perspectivas de varones y mujeres en edad fértil sobre los servicios tradicionales y modernos de la salud sexual y reproductiva. • Identificar el grado de aceptación de los servicios de salud sexual y 	<p>Lic. Karina Inca</p> <p>Autoridades de salud</p> <p>Médicos del Hospital de Guamote</p> <p>Parteras de la comunidad</p>	<p>Enero – febrero 2010</p>	<p>Partida presupuestaria del Hospital de Guamote para capacitación. Valor aproximado. \$500</p>

<p>reproductiva modernos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las percepciones y perspectivas de los "agentes de salud local" (familias, parteras, promotores de salud, MSP) sobre los servicios y atención de la salud sexual y reproductiva. 			
<p>RESULTADO 2</p> <p>Coordinación intrainstitucional e interinstitucional y con organizaciones comunitarias participativa y efectiva</p> <ul style="list-style-type: none"> Compromete 	<p>Lic. Karina Inca</p>	<p>Enero – febrero</p>	<p>Valores entregados por el Gobierno Autónomo</p>

<p>r a las autoridades del Hospital de Guamote en implementar una sala de parto culturalment e adecuado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socializar con las autoridades de la comunidad sobre las ventajas del parto culturalment e adecuado. • Visitar las comunidades cercanas al cantón Guamote y orientar a la mujer en estado de 	<p>Médicos del Hospital de Guamote</p> <p>Parteras de la comunidad</p>	<p>2010</p>	<p>Descentralizado de Guamote Valor \$ 650</p>
---	--	-------------	--

gestación			
<p>RESULTADO 3</p> <p>Parteras con entrenamiento en control y atención del embarazo, y parto son involucradas al servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a las mujeres que en la comunidad que pueden contribuir con sus conocimientos como parteras. • Socializar la idea del parto culturalment 	<p>Parteras con entrenamiento en control y atención del embarazo, y parto son involucradas al servicio.</p>	<p>Enero – febrero 2010</p>	<p>Partida presupuestaria del Hospital de Guamote para implementación del parto culturalmente adecuado. Valor aproximado. \$600</p>

<p>e adecuado con las parteras y sus experiencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal médico y parteras sobre la cultura, interculturalidad en salud y el respeto a las costumbres ancestrales 			
<p>RESULTADO 4</p> <p>Personal sensibilizado en Interculturalidad respeta la cultura de las mujeres de</p>			<p>Partida</p>

<p>Guamote</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los beneficios del parto culturalmente adecuado. • Reconocer del parto ¿Qué hacer, Cómo hacerlo y a Quién recurrir? • Respetar la diversidad étnica y cultural del pueblo guamoteño y conocer las costumbres en el alumbramiento. 	<p>Lic. Karina Inca</p> <p>Autoridades de salud.</p> <p>Médicos del Hospital de Guamote</p> <p>Parteras de la comunidad</p>	<p>Enero – febrero 2010</p>	<p>presupuestaria del Hospital de Guamote para implementación del parto culturalmente adecuado. Valor aproximado. \$500</p>
---	---	-----------------------------	---

<p>RESULTADO 5</p> <p>Mujeres capacitadas en el cuidado de su salud reproductiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seminario sobre salud en edad fértil de la mujer. • Cuidados de la mujer en el embarazo, parto, post parto. • Capacitación de la mujer en la comunidad concientización de los derechos de la mujer 	<p>Lic. Karina Inca Autoridades de salud.</p> <p>Médicos del Hospital de Guamote</p> <p>Parteras de la comunidad</p>	<p>Enero – febrero 2010</p>	<p>Partida presupuestaria del Hospital de Guamote para implementación del parto culturalmente adecuado. Valor aproximado. \$500</p>

CAPITULO III

1. RESULTADOS

RESULTADO 1

- Manejo adecuado de los procesos de la reproducción y la salud de la mujer

INDICADOR

- El 100% del personal médico motivado, y capacitado maneja en forma adecuada los procesos reproductivos de la mujer al finalizar el proyecto

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	TIEMPO	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none">• Identificar las percepciones y perspectivas de varones y mujeres en edad fértil sobre los servicios tradicionales y modernos de la salud sexual y reproductiva.• Identificar el grado de aceptación de los servicios de salud sexual y reproductiva modernos.	<p>Determinación de población en edad fértil.</p> <p>Encuesta</p> <p>Ver apéndice 1.</p> <p>Aceptación y confianza en los servicios de salud</p> <p>Encuesta</p> <p>Ver apéndice 2.</p>	<p>Lic. Karina Inca</p> <p>Autoridades de salud</p> <p>Médicos del Hospital de Guamote</p> <p>Parteras de la comunidad</p>	<p>Enero – febrero 2010</p>	<p>Se realiza tabulación de datos y se grafica mediante hoja de cálculo.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las percepciones y perspectivas de los "agentes de salud local" (familias, parteras, promotores de salud, MSP) sobre los servicios y atención de la salud sexual y reproductiva. 	Familia y personal de salud comprometidos en el bienestar familiar			
--	--	--	--	--

RESULTADO 2

Coordinación intrainstitucional e interinstitucional y con organizaciones comunitarias participativa y efectiva

INDICADOR

- El 100% de autoridades y miembros de la comunidad han tomado concientización de los beneficios de los cuidados de la mujer en el embarazo, parto y post parto. Los beneficios del parto culturalmente adecuado.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	TIEMPO	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Comprometer a las autoridades del Hospital de Guamote en implementar una sala de parto culturalmente adecuado • Socializar con las autoridades de la comunidad sobre las ventajas del parto 	<p>Seminario sobre los beneficios del parto culturalmente adecuado</p> <p>Apéndice 4,5</p> <p>Seminario sobre los beneficios del parto culturalmente adecuado</p>	<p>Lic. Karina Inca</p> <p>Médicos del Hospital de Guamote</p> <p>Parteras de la comunidad</p>	<p>Enero – febrero 2010</p>	<p>Se desarrolla un seminario con la participación activa de las autoridades del Hospital y el Compromiso de la Comunidad.</p>

<p>culturalmente adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitar las comunidades cercanas al cantón Guamote y orientar a la mujer en estado de gestación 	<p>Apéndice 4,5</p> <p>Visitas a la comunidades de Guamote . Visita a puesto de salud Jatumpamba, Columbe Lote 1 y 2.</p>			
--	---	--	--	--

RESULTADO 3

Parteras con entrenamiento en control y atención del embarazo, y parto son involucradas al servicio.

INDICADOR

- Se reconoce la función de la partera, su cultura sus conocimientos y son aplicados a la medicina tradicional.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	TIEMPO	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a las mujeres que en la comunidad que pueden contribuir con sus conocimientos como parteras. • Socializar la idea del parto culturalmente adecuado con las parteras y sus experiencias 	<p>Determinación de parteras o comadronas en la comunidad</p> <p>Encuesta</p> <p>Ver Apéndice 6, 7, 8.</p> <p>Capacitación acerca de los beneficios del parto culturalmente adecuado</p> <p>Ver Apéndice 4.</p> <p>Compartir experiencias</p>	<p>Lic. Karina Inca</p> <p>Médicos del Hospital de Guamote</p> <p>Parteras de la comunidad</p> <p>Sociedad de Guamote y Comunidades.</p>	<p>Enero – febrero 2010</p>	<p>Se observa un poco de recelo entre el personal médico y las parteras.</p> <p>Para romper el hielo se necesitan de dinámicas grupales.</p> <p>Socialización mediante relatos de experiencias en el</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal médico y parteras sobre la cultura, interculturalidad en salud y el respeto a las costumbres ancestrales 	entre el personal médico y las parteras de la comunidad			parto
--	---	--	--	-------

RESULTADO 4

Personal sensibilizado en Interculturalidad respeta la cultura de las mujeres de Guamote

INDICADOR

- El 100% del personal médico motivado, y capacitado maneja en forma adecuada los procesos reproductivos de la mujer al finalizar el proyecto

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	TIEMPO	OBSERVACIONES
Identificar los beneficios del parto culturalmente adecuado. Reconocer problemas del parto ¿Qué hacer, Cómo hacerlo y a Quién recurrir?	100% de asistentes al seminario comprometidos en el fomento del parto culturalmente adecuado Ver Apéndice 4. Compromiso de acudir al personal médico en casos de emergencia para salvar la vida de la madre y del	Lic. Karina Inca Autoridades de salud. Médicos del Hospital de Guamote Parteras de la comunidad	Enero – febrero 2010	Se necesita de capacitación permanente. Se propone la rotación del personal para que se difunda la interculturalidad en

<p>Respetar la diversidad ética y cultural del pueblo guamoteño y conocer las costumbres en el alumbramiento.</p>	<p>niño. Personal médico que respeta la cultura y tradiciones del pueblo indígena.</p>			<p>salud. Trabajas en grupo personal médico – parteras para compartir experiencias.</p>
---	---	--	--	--

RESULTADO 5

Mujeres capacitadas en el cuidado de su salud reproductiva

INDICADOR

- Mujeres comprometidas con su integridad, salud y respeto.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	TIEMPO	OBSERVACIONES
Seminario sobre salud en edad fértil de la mujer. Cuidados de la mujer en el embarazo, parto, post parto. Capacitación de la mujer en la comunidad concientización de los derechos de la mujer	Taller sobre salud sexual y reproductiva. Ver Apéndice 4	Lic. Karina Inca Autoridades de salud Médicos del Hospital de Guamote Parteras de la comunidad	Enero – febrero 2010	Mujeres acuden con interés a las charlas acerca de salud sexual y reproductiva. Mujeres revalorizadas en su función de madres y esposas. Cuidados de la mujer.

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL PROPOSITO Y FIN

RESULTADOS

Con el cumplimiento de los resultados contribuimos al fin en mejorar la calidad de atención del parto culturalmente adecuado en las mujeres del cantón Guamote provincia de Chimborazo.

INDICADOR DEL PRPOSITO ES El 100% de mujeres son atendidas hasta Agosto del 2011 con enfoque intercultural

ANÁLISIS	AL INICIO	AL FIN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
RELACIONES INTERPERSONALES MEDICO – PACIENTE – COMUNIDAD (PADRE DE FAMILIA – PARTERA)	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en español. • Trato frío y en algunos casos recriminatorio. • Esposo o familia no autorizados para estar con ella en la sala de partos. • Rotación del personal (débil vínculo con la madre). • Partera excluida del trabajo de parto. • Corte del cordón umbilical por alguien externo a la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en kichwa. • Trato cálido, protección, ambiente de confianza. • Familia y partera presente durante todo el proceso. • Corte del cordón umbilical por familiar o "madrina". 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Encuesta • Observación • Informes anuales de salud del Hospital de Guamote

<p>PROCEDIMIENTOS</p> <p>TRADICIONAL VS. CULTURALMENTE ADECUADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Internamiento de la mujer • Uso de bata ginecológica. • Enemas y rasurado. • Exámenes físicos y tacto vaginal realizados por un profesional de salud. Ambiente para trabajo de parto iluminado, frío y esterilizado, ruidoso. • Personas ajenas a la madre además del personal de salud presentes en sala de parto. • Posición horizontal (no permite hacer fuerza). • Camilla ginecológica. • Tabletas para ayudar la involución uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto en su casa • Conserva su ropa habitual. • Exámenes físicos mínimos y más bien externos. • Hierbas y bebidas calientes preparadas por el esposo. • Ambiente para trabajo de parto abrigado, oscuro, no medidas de bioseguridad, silencio y tranquilidad. • Sólo esposo, familiares y partera presentes en el parto. • Posición vertical, en cuclillas. • Uso de pellejo para recibir 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Encuesta • Observación <p>Informes anuales de salud del Hospital de Guamote.</p>
---	---	--	--

		<p>al recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esposo o partera dan apoyo físico para hacer fuerza. • Aplicación de cremas y aceites naturales. • Uso de fajas para ayudar la involución uterina. 	
ATENCIÓN INMEDIATA DESPUÉS DEL PARTO	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados centrados en el niño. • Corte del cordón umbilical con herramienta esterilizada. • Placenta desechada. • 72 horas de permanencia en el establecimiento. • Alimentación determinada por el establecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados centrados en la madre. • Corte del cordón umbilical con herramienta no esterilizada • Placenta enterrada para evitar consecuencias en salud de la madre. • Reposo post parto de 10 a 12 días. • Caldos para fortalecerla y evitar deposiciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Encuesta • Observación • Informes anuales de salud del Hospital de Guamote

2. CONCLUSIONES

- La población -mujeres y varones- en edad fértil, que es el universo de la investigación, presenta características de percepción y perspectivas muy homogéneas en relación a las variables consideradas: sexo, grupo generacional, residencia en comunidades o en el centro poblado, educación y religión.
- La población es eminentemente rural y su economía se sustenta en la producción agropecuaria extensiva. La mayor parte de la población tiene primaria incompleta. Su experiencia migratoria – incluyendo el desplazamiento por la violencia - se produce principalmente a nivel distrital y regional. La religión católica predomina frente a la religión evangélica que alcanza aproximadamente un 35% en la población.
- En el pasado, la edad para formar de la pareja en el campo era por encima de los veinte años de edad. En la actualidad, es notoria la tendencia a formar pareja a cada vez menor edad en muchos casos, entre hasta los catorce y quince años de edad. Este cambio es percibido con preocupación por la población, porque consideran que afecta negativamente la relación de pareja y, por ende, la salud sexual y reproductiva.
- El embarazo es considerado como una etapa bajo la responsabilidad de la pareja. Sin embargo, se ha recogido testimonios que indican que los esposos incumplen asumir esta responsabilidad. Los cuidados preventivos durante el embarazo están relacionados principalmente a evitar problemas relacionados a la posición del feto (molestias), y complicaciones causadas por síndromes culturales. La atención de estas complicaciones en las comunidades ha estado a cargo desde tiempo atrás de parteras mujeres (comadronas). La población tiende a restar importancia a los controles prenatales establecidos por MSP.

- El parto es considerado como un proceso normal y la forma de atención tradicional es vista con confianza. En la actualidad, dentro del ámbito de la investigación, casi la totalidad de partos son domiciliarios y son atendidos por parteras y el esposo. Sólo en casos de complicaciones que exceden la capacidad local, se recurre a la referencia al establecimiento de salud.
- El obstáculo más importante son las barreras culturales, lo que implica la necesidad de capacitar al personal de salud en estos temas como condición previa para mejorar la calidad de la atención y la cobertura del control prenatal y el parto, además de una mejor y mayor información a las parejas en edad fértil.
- De todo el proceso reproductivo, el momento que merece mayor cuidado, incluyendo la participación del esposo, son los primeros días del puerperio, período que encierra una serie de concepciones y prácticas culturales. La dieta también es muy importante en esta etapa. La atención del recién nacido está mejorando paulatinamente; los parteros que asisten los partos muestran cambios dirigidos a la atención inmediata del recién nacido.
- En cuanto al programa de planificación familiar del MSP, la población reconoce que estos servicios son ofertados desde hace poco tiempo, “antes no había”. En cuanto a los métodos anticonceptivos, es contradictorio el apreciable nivel de uso con algunos testimonios recogidos de la población manifestando que “hacen daño” o “la religión no me permite”. Los resultados de la encuesta aplicada y la revisión del registro del programa de planificación familiar de los establecimientos de salud de la zona muestran que existe un número significativo de usuarias y usuarios de métodos anticonceptivos modernos. El método de mayor aceptación es el condón.

- La población declaró utilizar el método natural, el ritmo. Sin embargo, este método es entendido de manera errónea en lo que se refiere a los períodos de fertilidad.
- Se ha identificado un segmento de la población en condiciones de acceder al programa que requiere información al respecto. Cabe señalar también que hay preocupación por limitar el número de hijos, siendo considerado por ellos mismos como recomendable tener no más de tres o cuatro hijos; que les permita educar a los suyos.
- La población en estudio maneja poca información sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Consideran que son propias de las sociedades urbanas y que son ajenas a su realidad. Hablar de estos temas en las entrevistas en profundidad fue difícil ya que no había apertura al diálogo; parece ser un tabú en las comunidades, principalmente para las mujeres adultas.
- La forma en la que la población en estudio entiende la salud sexual y reproductiva está fuertemente vinculada a una gama de creencias y prácticas. Desde esta perspectiva, estructuran y configuran formas de atención y solución de sus problemas de salud; sin embargo, se ha encontrado que hay niveles de incorporación de conocimientos y prácticas modernas enmarcadas en una adaptación en resistencia porque muchas de sus creencias y prácticas tradicionales son ignoradas por los prestadores de servicios modernos de salud.

3. RECOMENDACIONES

- Al reconocer la interculturalidad ancestral de nuestro Ecuador es importante recalcar como recomendaciones:
- La mujer en estado de gravidez, sea esta mestiza o indígena se le debe permitir la elección de la posición en que desea dar el alumbramiento, los profesionales médicos deben observar y brindar la información adecuada y completa con sus ventajas y desventajas, la cual se debe iniciar desde los niveles de atención primaria hasta los niveles más altos.
- Es importante revisar el Modelo de Atención de Salud interculturalmente adecuado y ser socializado por el personal de salud, a fin de involucrarse en los nuevos paradigmas para conducir a las madres a un parto exitoso, alcanzando el objetivo de una mamá y un bebé sanos, así disminuir los altos índices de morbi-mortalidad presente en la provincia de Chimborazo
- El parto culturalmente adecuado permite tener una interacción con varios actores, la responsabilidad del padre en acompañar a la madre en esos momentos incrementan los lazos afectivos entre el recién nacido y sus padres.
- Debe existir un programa de actualización constante de conocimientos, tanto al personal de salud como a las parteras, que permitan conocer nuevos modelos y afianzar los anteriores ya que la experiencia irá dilucidando nuevos enfoques que permitan mejorar la atención de calidad y calidez.
- El Hospital de Guamote es un pionero en la provincia de Chimborazo en adoptar y respetar la interculturalidad del parto de libre posición, el mismo que debe ser ofrecido como alternativa, por los beneficios mencionados, como una estrategia para que las mujeres opten por tener

parto que disminuya el índice de mortalidad materna mediante la presentación continua de Seminarios y conferencias, así como también mediante la creación de nuevos afiches y trípticos que den mensajes más claros y socializables para la comunidad.

- Es importante también reconocer el beneficio de la plantas ancestrales utilizadas en la labor de parto, su taxonomía, aceites esenciales, beneficios, indicaciones y contraindicaciones que permitan observar sus potenciales usos en la medicina moderna y tal vez con una forma adecuada disminuir el uso de fármacos .
- Entre las recomendaciones también están el compartir experiencias, pasantías del personal médico con otros centros adecuados en el parto ancestral culturalmente adecuado, como son el caso de Otavalo, Puyo en la Amazonía y mejorar la atención.
- El idioma es otro de los limitantes del personal de salud que recibe a las futuras madres, debería existir capacitaciones permanentes en el aprendizaje del idioma kichwa, para de esta forma brindar sentimientos de seguridad y confianza a las pacientes, en especial al personal médico que atiende de forma permanente en centros de salud en donde su población es en su gran mayoría indígena.
- Es necesario que todo el personal profesional responsable de la atención de partos sea capacitado en esta alternativa de atención por los beneficios conocidos y porque la exigencia de esta tendencia a nivel mundial lo obliga; ya que no se puede eludir esa responsabilidad si la gestante se lo solicita.
- Es importante también realizar alianzas estratégicas con los Gobiernos de la Comunidad, Asociaciones y demás grupos sociales para mantener ciclos de información, capacitación y rendición de cuentas para conocer el estado y avance de proyectos para en el mejor de los casos

mantenerlos o en su defectos luego de una retroalimentación observar sus falencias y potencializar sus fortalezas y oportunidades.

- Una de las recomendaciones primordiales observadas en el trato con las comunidades es el LIDERAZGO, en donde se conjugan las palabras con las acciones y así conseguir un efecto positivo en la comunidad, nuestro indígena por su condición de abandono es desconfiado a lo cual se debe combatir con trabajo y perseverancia.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Werner, Claudia. Comunicación personal.
- Asociación Argentina Dando a Luz. [Http://www.dandoaluz.org.ar/](http://www.dandoaluz.org.ar/)
- Arsuaga, Juan Luis e Ignacio Martinez. (1998) *La especie elegida: la larga marcha de la evolucion humana: del Proyecto Atapuerca*, Madrid: Editorial Temas de Hoy,
- Borda Villegas, Catalina. (May 2001). "*Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C.*" Revista de Salud Pública 3.2
- Brunelli, Gilio. De los espíritus a los microbios. Salud y sociedad en transformación entre los Zoró de la Amazonía Brasileña, (edic. en castellano, 1989), Quito, Abya-Yala/MLAL, Colección 500 Años (10), 1987, 434 págs.
- Buitrón, Myriam. *La sabiduría y arte de las parteras*, Italia: Edizione a cura di, 2002, 207 págs.
- Caldeyro-Barcia, R. "*Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*", en: Simposio sobre Recientes adelantos en Medicina Perinatal, Tokio 1979, CLAP, 39 págs.
- Cárdenas, Oswaldo, Xavier Molina y Jorge Narváez. *Diseño y construcción del equipo médico para la atención del parto en posición vertical materna*, Cuenca: Universidad Estatal de Cuenca-BID-FUNDACYT, 2005.
- CEPAR, UNFPA, MINGA POR CHIMBORAZO. *Encuesta de satisfacción de la usuaria en la atención del embarazo, parto y posparto*: Informe de resultados, Octubre 2007.
- Estrella, Eduardo, y Crespo Antonio. *Legislación relativa a la articulación de las medicinas tradicionales con la medicina oficial- Papel legal o informal de los agentes de la medicina tradicional en la atención primaria de salud*, Museo Nacional de Medicina, Quito, 1995.
- Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Central del Ecuador – INEC. "*Proyecto: Estudios demográficos en profundidad*", 2006, 60 págs, copia magnética.

- Leboyer, Frédérick. (1996) *El parto: crónica de un viaje*, Barcelona: Editorial Alta Fulla.
- Family Care Internacional y QAP.(2005) *Manual para la humanización – adecuación cultural de la atención del parto*.
- Harner, Michael. *Shuar. Pueblo de las cascadas sagradas*, tercera edición, Quito, Abya-Yala, colección biblioteca Abya-Yala nº 8, 1994 [1967].
- Herrera, Doris. Informe de observación para el proyecto: "*Biodiversidad y salud en las poblaciones indígenas de la Amazonía: Situación actual y perspectivas*" el caso de los quichuas de la Comuna San Carlos, Centro de Estudios José Mejía, Quito, 1994.
- Johnson, K.C., and B. Daviss. A Prospective Study of Planned Home Births by Certified Professional Midwives in North America. *BMJ* 330(7505): 1416–19, 2005.
- Kitzinger, Sheila, *Nacimiento en casa*, Barcelona, Icaria Ediciones, 1996, 215 págs.
- López, Francisco y S. Cevallos *Puerta a la vida, por un nacimiento en libertad*, Quito: AH/Editorial, 2007, 286 págs.
- MacDorman, M., and G. Singh. Midwifery Care, Social and Medical Risk Factors, and Birth Outcomes in the USA. *J Epidemiol and Community Health* 52(5): 310–17, 1998.
- Mideros, Raúl. "Medicalización e industria del nacimiento", en: *el Simpósio de Pluralismo médico, trabajo y bioética*, Congreso Latinoamericano y del Caribe de Ciencias Sociales, FLACSO, Quito, Octubre de 2007.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. *Manual de estándares, indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno infantil*, Quito: Dirección Nacional de Normalización, Septiembre 2006, 82 págs.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador "Matriz de brechas, expectativas por provincias¹, taller Riobamba 2007", Subproceso Intercultural, Proceso de Normalización.

- OMS “Declaración de Fortaleza – *El nacimiento no es una enfermedad*”, 1985. “Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo”, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra 1999.
- Pronsato Santandreu, Jorge. *Tecnologías Apropriadas vs Rutinas Acríticas*, Ed. Eudecor, Noviembre 2000, pp. 55 y 56.
- Saltz, Beatie, “*El uso del tiempo: hábitos de trabajo y modalidades de trabajo*”, en: Jorge Trujillo (compilador), *Indianistas, indianófilos, indigenistas. Entre el enigma y la fascinación: una antología de textos sobre el ‘problema’ indígena*, Quito, ILDIS-Abya Yala, 1993, pp. 117-205.
- Wagner, Marsden. “*La partería global-tradicional y oficial-y la humanización del nacimiento*”, *Midwifery Today* Issue 83, Autumn 2007.
- *Pursuing the Birth Machine*. ACE Graphics, 1994.
- *Born in the USA*. University of California Press, 2006.
- Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi. Subproceso de Medicina Intercultural
- Dirección Provincial de Salud de Chimborazo Subproceso de Medicina Intercultural
- Dirección Provincial de Salud de Orellana. Subproceso de Medicina Intercultural.
- Dirección Provincial de Salud de Ibarra Subproceso de Medicina Intercultural

Apéndices

APÉNDICE 1

En el caso de Guamote, antes del inicio del proyecto, el 56% de las gestantes asistía a controles prenatales, siendo la primera razón para ir el evitar la multa que se imponía a quienes no se los practicaban. Los controles prenatales en los establecimientos de salud no eran considerados importantes por la población, ya que el embarazo es concebido como un proceso normal y no de enfermedad. Además, se consideraba que los profesionales de los establecimientos de salud, no solucionaban problemas, como los antojos o el mal de la tierra, generando los procedimientos utilizados desconfianza y vergüenza.

GRÁFICO # 1

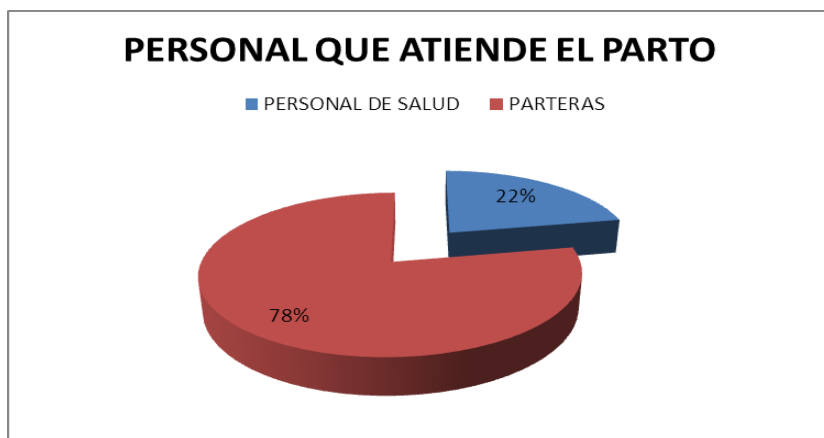


Fuente: Hospital de Guamote registros 2009

Realizado por: Lic. Karina Inca

En relación al proceso de parto, el 92% se realizaba en la casa de la gestante, mientras que al establecimiento de salud sólo acudía un 8%. Con respecto a quién atendía los partos, en el 78% de los casos, se trataba de parteras, y sólo el 22% eran atendidos por personal de salud. Estos porcentajes reflejan el distanciamiento entre los servicios de salud y la población, así como el riesgo latente para las mujeres, ya que dar a luz en casa, asistida sólo por una partera, implicaba pocas posibilidades de responder adecuadamente a las complicaciones y, por lo tanto, incrementaba el riesgo de morbilidad y mortalidad.

GRÁFICO # 2



Fuente: Hospital de Guamote registros 2009

Realizado por: Lic. Karina Inca

Las razones para este distanciamiento se enmarcan en las denominadas barreras para el acceso a los servicios de salud, y han sido identificadas en la investigación llevada a cabo durante la primera parte de la intervención. Las principales barreras en este caso son psicológicas y culturales, como la vergüenza y el miedo. Los varones refieren también desconocimiento. Estas reacciones tienen lugar dada la suma de diferencias entre los modelos para atención de parto que se emplean en los establecimientos de salud y en la comunidad:

El aviso al centro de salud sobre el alumbramiento no se producía por: la desconfianza en el personal de salud, el temor ante las represalias por haber acudido a un partero, la exigencia de llevar a la madre al establecimiento. Por su parte, el personal de salud, desconocía o rechazaba las prácticas comunales. Algunos establecimientos optaron por condicionar la entrega gratuita de certificados de nacimiento sólo a quienes dieran a luz en presencia del personal de salud. Esto, en muchas ocasiones, produjo la abstención de los padres, con lo que el derecho a la identificación del niño se restringía.

DETERMINACIÓN DE EDAD FÉRTIL EN MUJERES DEL CANTÓN GUAMOTE

Se realizó un sondeo de satisfacción de las usuarias sobre la atención del parto culturalmente adecuado, mediante un equipo intercultural que midió la aceptación del proceso durante el mes de Diciembre del 2011 con una muestra de 15 pacientes que recibieron la atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital de Guamote.

FECHA DE REALIZACIÓN: DICIEMBRE 2011

BENEFICIARIOS: 15 PACIENTES

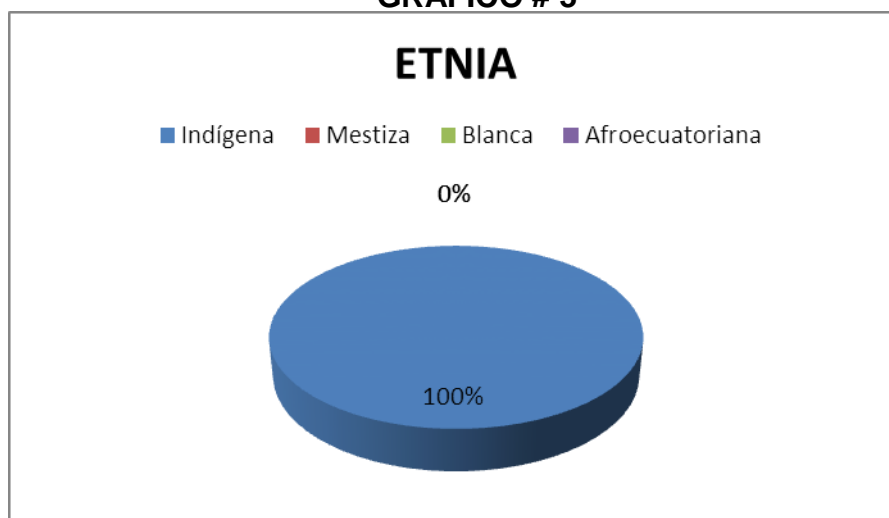
SERVIDOR DE SALUD INTERCULTURAL: SRA. PETRONA GUAMÁN

CUADRO # 3

1. ETNIA

INDICADOR	VARIABLES	PORCENTAJE
Indígena	15	100%
Mestiza	0	0%
Blanca	0	0%
Afroecuatoriana	0	0%
TOTAL	15	100%

GRAFICO # 3



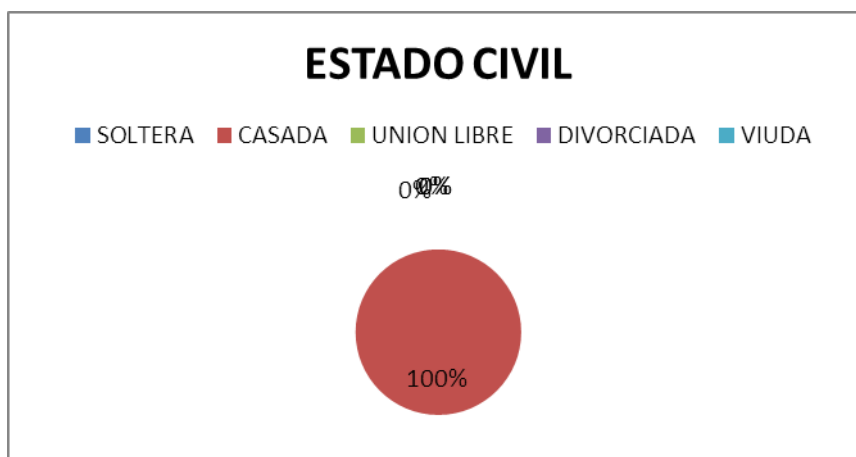
FUENTE: Encuesta realizada en el Hospital de Guamote Diciembre 2011
REALIZADO POR: Petrona Guamán Servidor Público de salud Intercultural
TABULADO Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA: Lic. Karina Inca

CUADRO # 4

2. ESTADO CIVIL

INDICADOR	VARIABLES	PORCENTAJE
SOLTERA	0	0%
CASADA	15	100%
UNION LIBRE	0	0%
DIVORCIADA	0	0%
VIUDA	0	0%
TOTAL	15	100%

GRAFICO #4



FUENTE: Encuesta realizada en el Hospital de Guamote Diciembre 2011
REALIZADO POR: Petrona Guamán Servidor Público de salud Intercultural
TABULADO Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA: Lic. Karina Inca

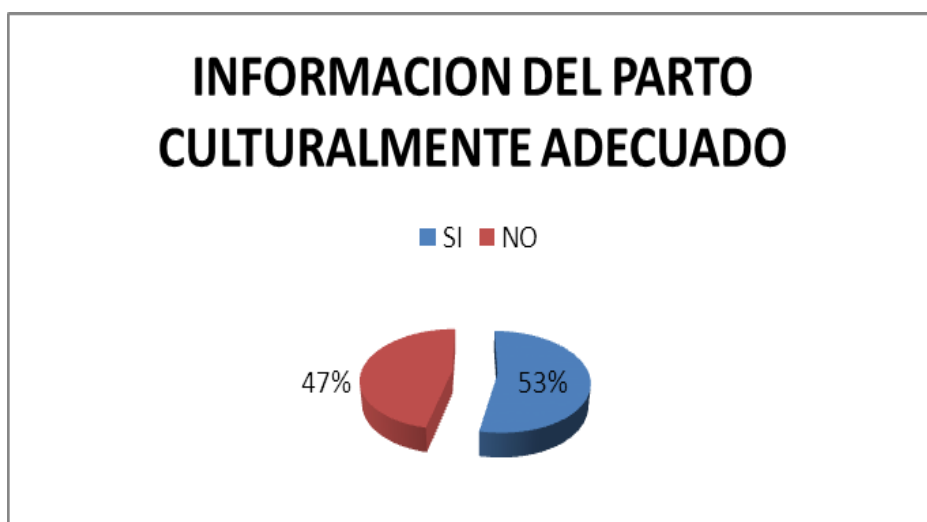
APÉNDICE 2

1. INFORMACIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

CUADRO # 5

INDICADOR	VARIABLES	PORCENTAJE
SI	8	53%
NO	7	47%
TOTAL	15	100%

GRAFICO # 5



FUENTE: Encuesta realizada en el Hospital de Guamote Diciembre 2011

REALIZADO POR: Petrona Guamán Servidor Público de salud Intercultural

TABULADO Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA: Lic. Karina Inca

2. CONOCIMIENTO DE POSICIONES QUE TIENE EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

CUADRO # 6

INDICADOR	VARIABLES	PORCENTAJE
SENTADA	0	0%
ARRODILLADA	4	27%
ACOSTADA	6	40%
ENCUNCLILLAS	5	33%
PARADA	0	0%
TOTAL	15	100%

GRAFICO # 6



FUENTE: Encuesta realizada en el Hospital de Guamote Diciembre 2011

REALIZADO POR: Petrona Guamán Servidor Público de salud Intercultural

TABULADO Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA: Lic. Karina Inca

APÉNDICE 3

SATISFACCION DE LAS INSTALACIONES HOSPITALARIAS

CUADRO # 7

INDICADOR	VARIABLES	PORCENTAJE
SI	10	67%
NO	5	33%
TOTAL	15	100%

GRAFICO # 7



FUENTE: Encuesta realizada en el Hospital de Guamote Diciembre 2011

REALIZADO POR: Petrona Guamán Servidor Público de salud Intercultural

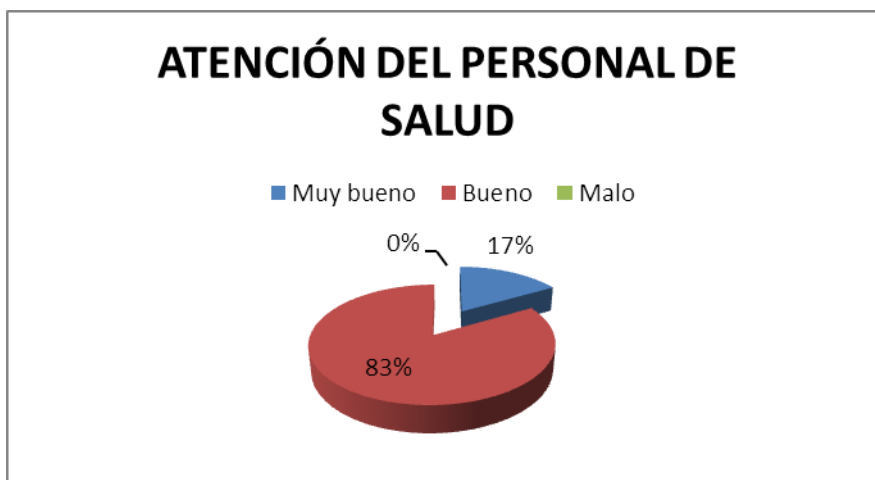
TABULADO Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA: Lic. Karina Inca

CUADRO # 8

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL QUE ASISTIÓ EL PARTO

INDICADOR	VARIABLES	PORCENTAJE
Muy bueno	2	13%
Bueno	13	87%
Malo	0	0
TOTAL	15	100%

GRAFICO # 8



FUENTE: Encuesta realizada en el Hospital de Guamote Diciembre 2011

REALIZADO POR: Petrona Guamán Servidor Público de salud Intercultural

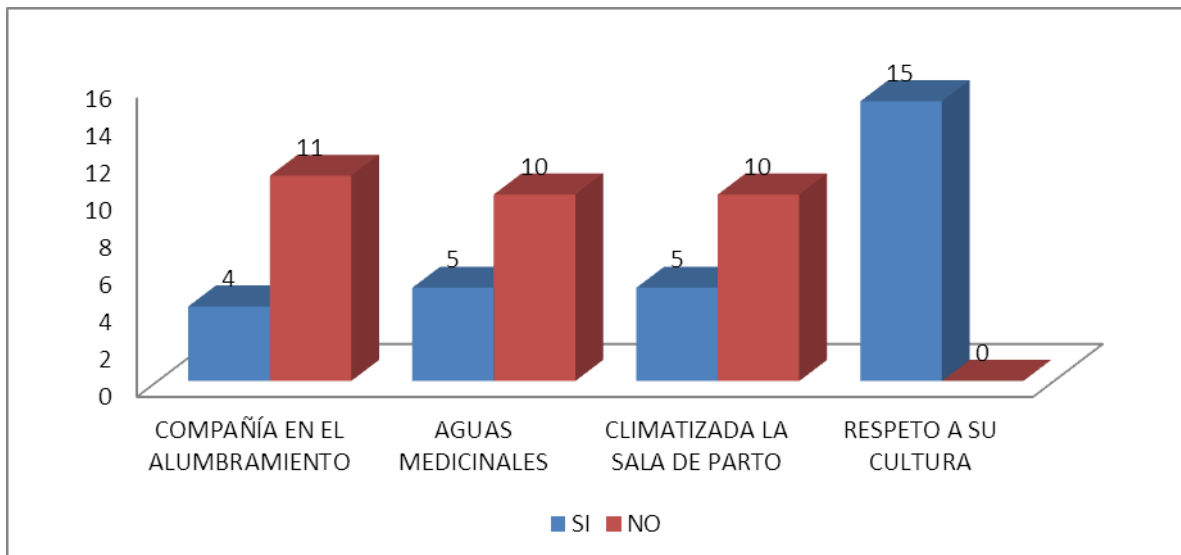
TABULADO Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA: Lic. Karina Inca

2. EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO INCLUYE FACTORES COMO COMPAÑÍA DE UN FAMILIAR, INGESTA DE AGUA DE PLANTAS CON PROPIEDADES MEDICINALES, CLIMA DE LA SALA DE PARTO Y RESPETO A SU CONDICIÓN DE GESTANTE INDIGENA.

CUADRO # 9

INDICADOR	SI	NO	PORCENTAJE	
			SI	NO
COMPAÑÍA EN EL ALUMBRAMIENTO	4	11	27%	73%
AGUAS MEDICINALES	5	10	33%	67%
CLIMATIZADA LA SALA DE PARTO	5	10	33%	67%
RESPETO A SU CULTURA	15	0	100%	0%

GRAFICO # 9



FUENTE: Encuesta realizada en el Hospital de Guamote Diciembre 2011

REALIZADO POR: Petrona Guamán Servidor Público de salud Intercultural

TABULADO Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA: Lic. Karina Inca

APÉNDICE 4

TALLERES

Implementación del Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural

En esta etapa se trabajó en diferentes niveles, ya que la incorporación implicaba cambios políticos y de infraestructura, así como de conocimientos y actitudes en la población y el personal de salud. En este sentido, se iniciaron los siguientes procesos:

Sensibilización de responsables de toma de decisiones: se elaboraron documentos y se realizaron presentaciones para miembros del Hospital de Guamate, puestos de salud de las Comunidades. El modelo fue presentado y se recogieron sugerencias para su mejoramiento.

Sensibilización de la población: se realizaron talleres de demostración a los que asistieron inicialmente mujeres no gestantes, por lo que se programó un evento adicional dirigido específicamente a ellas. Se desarrollaron además cartillas, afiches y spot radiales en kichwa para difundir el Modelo.

TEMAS DE LOS TALLERES	NUMERO DE ASISTENTES		
	Total	Hombres	Mujeres
Señas de peligro en el embarazo	185	43	142
Control prenatal, ventajas del parto institucional y tradicional.	185	82	103
Planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA.	185	71	114

MEDIOS DE DIFUSIÓN DE LAS SALAS DE PARTO TRADICIONAL

POSTERS: MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL

**TRÍPTICO: "BENEFICIOS DEL PARTO VERTICAL CULTURALMENTE
ADECUADO"**

Cuñas publicitarias en kichwa para la difusión de la atención y seminarios

Adicionalmente, como una propuesta no programada, se organizaron comités de vigilancia de salud, conformados básicamente por autoridades comunales y parteros, con el objetivo de fortalecer la aceptación y uso del Modelo.

Capacitación de actores involucrados: se realizaron talleres de capacitación para personal de salud y parteras tradicionales en el uso del modelo. En los talleres se promovió el acercamiento entre ambos grupos, de acuerdo a las habilidades de cada uno. Así, los parteros facilitaron la sección en la que se informaba sobre los procedimientos de los partos tradicionales. Mientras que el personal de salud facilitó la sección sobre los signos de alarma y procedimientos institucionales de parto.

Grupos objetivos	Número de capacitados		
	Total	Hombres	Mujeres
Taller con personal de establecimientos de salud.	7	4	3
Taller con parteras	20	4	16

Contenidos de las actividades de capacitación

- Con personal de establecimientos de salud:
- Atención tradicional del parto.
- Medicación casera durante el embarazo, parto y posparto.
- Con parteras:
- Factores de riesgo y señas de peligro antes, durante y después del embarazo.
- Referencia y contrarreferencia, manejo de ficha obstétrica.

Implementación de las salas de parto con adecuación cultural: a las salas de parto existentes al centro de salud seleccionado, fueron incorporados los equipos y materiales señalados anteriormente. Así, la sala ofrecía a la usuaria ambas posibilidades de uso. La selección del centro de salud fue hecha en base a su ubicación geográfica y capacidad resolutive. Después de implementada, fue presentada a las comunidades y actores involucrados en ceremonias informativas.

APÉNDICE 5

COMPROMISO DE LAS AUTORIDADES Y LA COMUNIDAD



FOTO: Director del Hospital de Guamote y el Alcalde de Guamote (Juan de Dios Roldán Arellano)

APÉNDICE 6

EQUIPO MÉDICO DEL HOSPITAL DE GUAMOTE MEDICO – PARTERA - PACIENTE



Foto: María Manuela León Tayupanda, en su alumbramiento con el personal médico que la atendió.

APÉNDICE 7

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN CULTURAL EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

MARCO CONCEPTUAL

Es la atención del parto normal en el cual la parturienta se encuentra en una posición semi sentada con un punto de apoyo en el isquión (borde superior de los glúteos), agarrada de una soga colgante fija; y apoyada por una persona de preferencia varón, quien sujeta de la parte posterior haciendo presión a la altura del fondo uterino, cuando las contracciones son más frecuentes e intensas. La persona que recepción al recién nacido toma una actitud expectante, la atención se da en un ambiente privado y cerrado.

La parturienta bebe mates y preparados de uso popular. Una vez producido el alumbramiento se faja a la puérpera a la altura del fondo uterino, permaneciendo la puérpera en reposos absoluto por un tiempo aproximado de 5 - 6 días en compañía de sus familiares.

PROCEDIMIENTOS

- Confirmar si está en trabajo de parto la gestante
- Revisar la historia clínica perinatal
- Realizar examen gineco obstétrico (hacer 2 tactos vaginales como máximo
- sin descubrir las partes genitales)
- En gestantes de bajo riesgo obstétrico, internar en la sala de parto con adecuación cultural sólo en compañía de 2 familiares y 2 personal de salud
- Facilitar que la gestante en trabajo de parto pueda deambular y apoyarse en el soporte vertical de la cama en el momento de las contracciones uterinas

- Realizar monitoreo materno fetal
- No se realizan los procedimientos de rasurado perineal y enema evacuante
- Determinar el parto inminente con ayuda de la parturienta
- Ubicar a la parturienta en la banquita de partos con su propia vestimenta
- La parturienta se agarra de la soga fija con las dos manos, el acompañante (familiar o partera) sujeta de la parte posterior, haciendo ligera presión a la altura del fondo uterino.
- Proveer mates (marco, ruda, manzanilla, otros) y preparados de uso popular
- (aceites) a demanda.
- El personal de salud toma una actitud expectante
- No descubrir las partes íntimas para la recepción del recién nacido
- Realizar la sección del cordón umbilical y proceder a la atención del recién nacido
- Colocar faja por encima de la altura del fondo uterino
- Pasar a la cama a la puérpera juntamente con su recién nacido, mantenerla
- abrigada o arropada
- Entregar la placenta al familiar
- Realizar monitoreo de funciones vitales
- Proveer infusiones (agua de hierbas) a demanda
- Permitir el reposo en cama el tiempo requerido por la puérpera.

APÉNDICE 8

TESTIMONIO

“Anteriormente nos llevaban a un cuarto, allí nos cerraban y no dejaban entrar a la familia. No se enfermaban como ahora con sogas ni en silla; sino echadas en la cama con las piernas abiertas, les gritaban y eso no les gustaba, les atendían haciendo bulla, riéndose eso tampoco les gustaba.

Ahora nos atienden como nos gusta ya sea en la cama o en la silla sentadas agarradas de la sogas. Nos agarra por la cintura nuestro marido y eso nos gusta; porque así estamos acostumbrados en la chacra.

Nos gustaría que nos sigan atendiendo así, haciendo hervir hierbas, dando remedios caseros igual que en nuestra casa”.

María Manuela León Tayupanda (32 años)

C.I. 0603558721

APÉNDICE 9



HOSPITAL GENERAL

DE GUAMOTE

SUMAK KAWSAY

INVITAN

SEMINARIO TALLER

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL

- ROL DE LA MUJER EN EL SIGLO XXI
- SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL
- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
- CUIDADOS DE LA MADRE EN ESTADO DE GESTACIÓN
- EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO VENTAJAS Y CUIDADOS

LUGAR: SALÓN AUDITÓRIUM
"HOSPITAL DE GUAMOTE"
FECHA: 14, 15 y 16 de Enero del 2011.

CONFERENCISTA: LIC. KARINA INCA

ALIASPICIAN



Ministerio de Salud Pública



Minga por Chimborazo

Gobierno Autónomo Descentralizado
de la Provincia de Chimborazo