



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO



Instituto de
Posgrado

MAESTRÍA EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

TEMA:

“CUMPLIMIENTO DE ELEMENTOS SOBRE ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018”.

Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Magíster
en Gerencia de Servicios de Salud.

AUTORA: María Mercedes Muenala Tituaña

DIRECTORA: MSc. Viviana Margarita Espinel Jara

IBARRA - ECUADOR

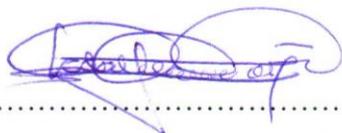
2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, Viviana Margarita Espinel Jara en calidad de tutor del trabajo de titulación para la obtención del Título de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, titulado **“CUMPLIMIENTO DE ELEMENTOS SOBRE ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018”**, presentado por: **María Mercedes Muenala Tituaña**, para optar por el grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación privada y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 25 días del mes de enero 2020

LO CERTIFICO



.....
MSc. Viviana Margarita Espinel Jara

C.I.: 1001927951

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA



Instituto de
Posgrado

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1001572203		
APELLIDOS Y NOMBRES:	María Mercedes Muenala Tituaña		
DIRECCIÓN:	Comuna de Gualapuro, Parroquia de San Luis, Cantón Otavalo Imbabura		
EMAIL:	jampiktia@yahoo.es		
TELÉFONO FIJO:	(06)2690387	TELÉFONO MÓVIL:	0981355387
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“CUMPLIMIENTO DE ELEMENTOS SOBRE ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018”		
AUTOR (ES):	María Mercedes Muenala Tituaña		
FECHA:	2020/01/25		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Gerencia en Servicios de Salud		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Viviana Margarita Espinel Jara		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 25 días del mes de enero 2020

LA AUTORA

(Firma).....

María Mercedes Muenala Tituaña

CI. 100157220 -3

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: POSGRADO – UTN
Fecha: Ibarra, 25 de enero de 2020

María Mercedes Muenala Tituaña “CUMPLIMIENTO DE ELEMENTOS SOBRE ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018”. Trabajo de grado. Magíster en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTOR: MSc. Viviana Margarita Espinel Jara

El principal objetivo de la presente investigación fue, Establecer el cumplimiento de elementos sobre Adecuación Cultural de la Atención del Parto en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018. Entre los objetivos específicos tenemos; Caracterizar socio-demográficamente al grupo de postparto, de profesionales de Hospital Centro Obstétrico estudiado. Determinar la aplicación del conocimiento de los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO, sobre los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto. Especificar qué elementos sobre la Adecuación Cultural de la Atención del Parto, manifiestan ser cumplidos por los profesionales que laboran en el centro obstétrico el Hospital San Luis de Otavalo por parte de las usuarias. Verificar a través de las usuarias el cumplimiento de los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto, cumplidos por los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO.

Fecha: Ibarra, 25 de enero 2020

.....
MSc. Viviana Margarita Espinel Jara
Directora

.....
María Mercedes Muenala Tituaña
Autora

DEDICATORIA

Con todo mi corazón dedico este trabajo a las parteras, profesionales de salud y usuarias que han sido el motivo de mi vida.

Con especial aprecio a la sabiduría y manos benditas,

A las mamás parteras compañeras y amigas en el sueño de ser reconocidas, ante un mundo muy exclusivista.

A mi esposo Manuel Heriberto y mis hijas, Tamia, Achic y Nari, quienes con su paciencia y apoyo permanente han permitido culminar con esta meta.

María Mercedes Muenala Tituaña

AGRADECIMIENTO

A la Msc. Viviana Margarita Espinel Jara, por su apoyo incondicional para culminar este trabajo; a los profesionales de Salud del Hospital San Luis de Otavalo y usuarias por apoyar a trabajar en el sueño de la interculturalidad.

María Mercedes Muenala Tituaña

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DELA DIRECTORA DE TÉSIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. El problema de la investigación.	1
1.1. Planteamiento del problema.	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivos.....	6
1.3.1. Objetivo general.....	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
1.4. Hipótesis o preguntas directrices.	7
1.5. Justificación.....	7
CAPÍTULO II	9
2. Marco teórico.	9
2.1. Marco Referencial.	9
2.1.1. Evolución de las causas de Mortalidad Materna en el Ecuador	9
2.1.2. Salud materno-infantil en las Américas.....	10
2.1.3. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva.....	10
2.1.4. Descolonizar el saber.....	11

2.1.5. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado.....	12
2.2. Marco Contextual.....	13
2.2.1. Hospital San Luis de Otavalo.....	13
2.3. Marco conceptual.....	15
2.3.1. El parto.....	15
2.3.2. El Parto hospitalario.....	18
2.3.3. El parto domiciliario.....	19
2.3.4. Calidad de atención.....	20
2.3.5. La interculturalidad y la salud.....	21
2.3.6. Condiciones necesarias para generar modelos interculturales de salud. Espacios de encuentro, comunicación, interacción y construcción política...	23
2.3.7. Los modelos interculturales de salud.....	24
2.3.8. La coexistencia de modelos de atención médica en el Ecuador.....	25
2.3.9. Modelo de atención integral del Ministerio de Salud Pública.....	26
2.3.10. Los principios que sustentan el Modelo Integral, del MSP en el año 2018.....	26
2.3.11. Guía Técnica para la Atención del parto culturalmente adecuado.....	29
2.4. Marco Legal.....	56
2.4.1. Constitución Política de la República del Ecuador.....	56
2.4.2. Aspecto jurídico internacional.....	57
2.5. Consideraciones bioéticas.....	58
2.5.1. Código de Helsinki.....	58
2.5.2. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para Profesionales de Enfermería.....	58
2.5.3. Código de Ética establecido por el Ministerio de Salud Pública.....	59
2.5.4. Interculturalidad como proceso de acercamiento entre sistemas médicos.....	61
CAPÍTULO III.....	63
3. Metodología de la investigación.....	63
3.1. Descripción del área de estudio.....	63
3.1.1. Hospital San Luis de Otavalo.....	63

3.1.2. Centro Obstétrico del HSLO.....	63
3.2. Enfoque de investigación.....	64
3.3. Tipo de Investigación.	64
3.4. Diseño de la investigación.....	65
3.4.1. Investigación documental.	65
3.4.2. Investigación de campo.	65
3.5. Técnicas e instrumentos de investigación.	65
3.6. Procedimiento de la Investigación.....	66
3.7. Métodos de investigación.	67
3.8. Población.	68
3.8.1. Universo y muestra.	68
3.8.2. Criterios de inclusión.	68
3.8.3. Criterios de exclusión.	69
3.8.4. Análisis de Resultados.	69
3.9. Matriz de variables.	70
CAPÍTULO IV.....	87
4. Resultados de la investigación.	87
4.1. Caracterización socio-demográfica.	87
4.2. Determinación del conocimiento, cumplimiento y verificación en el centro obstétrico del HSLO, sobre los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto.	89
CAPÍTULO V.....	97
5. Propuesta.....	97
5.1. Antecedentes.....	97
5.2. Justificación.....	98
5.3. Objetivos.....	99
5.3.1. Objetivo general.....	99
5.3.2. Objetivos específicos.	99
5.4. Estrategia.	99
5.5. Desarrollo.	101
5.5.1. Investigación.....	101
5.5.2. Interculturalidad.....	101

5.5.3. Administrativo.....	102
5.6. Sugerencias.....	102
5.7. Conclusiones.....	103
5.8. Recomendaciones.....	103
CAPÍTULO VI.....	105
6. Conclusiones y recomendaciones.....	105
6.1. Conclusiones.....	105
6.2. Recomendaciones.....	107
Bibliografía.....	108
ANEXOS.....	112
Anexo 1. Siglas.....	112
Anexo 2. Glosario de términos.....	113
Anexo 3. Instrumentos.....	115
Anexo 4. Encuesta de conocimientos a usuarias.....	119
Anexo 5. Encuesta de conocimientos a profesionales de la salud.....	123
Anexo 6. Galería fotográfica.....	128

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Sociodemografía de las usuarias.....	87
Gráfico 2. Sociodemográfica de los profesionales.....	88
Tabla 1. Primera etapa. Dilatación y borramiento.	43
Tabla 2. Segunda etapa. Expulsivo.	48
Tabla 3. Tercera etapa. Alumbramiento.....	52
Tabla 4. Matriz de caracterización socio-demográfica.	70
Tabla 5. Matriz de conocimiento de los profesionales que laboran en el Centro Obstétrico.	71
Tabla 6. Matriz de cumplimiento de los elementos por los profesionales que laboran en el Centro Obstétrico del HSLO.	76
Tabla 7. Matriz de verificación del cumplimiento de los elementos con las usuarias en el HSLO.	81
Tabla 8. Elemento 1. Trato interpersonal hacia la usuaria y los familiares.	89
Tabla 9. Elemento 2 El acompañamiento durante el parto.	90
Tabla 10. Elemento 3. Posición del Parto.	92
Tabla 11. Elemento 4. Abrigo y vestimenta.....	93
Tabla 12. Elemento 5. Alimentación y bebida.	94
Tabla 13. Elemento 6. Información.	95
Tabla 14. Elemento 7. Entrega de la placenta.....	96

RESUMEN

CUMPLIMIENTO DE ELEMENTOS SOBRE ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2018.

Autora: María Mercedes Muenala Tituaña

Correo: jampiktia@yahoo.es

El “Cumplimiento de elementos sobre Adecuación Cultural de la Atención del Parto en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018” implementada en el año 2008, es un trabajo que pretende conocer el avance sobre Adecuación Cultural de la Atención del Parto. La población investigada son las mujeres que eligieron el servicio del parto Culturalmente adecuado y los profesionales de este centro obstétrico. Los objetivos son la caracterización de la población indagada y la determinación del conocimiento del profesional y la aplicación de los 7 elementos mediante la observación durante el parto y la verificación con la usuaria en el posparto. A partir de un análisis teórico del parto, la influencia cultural y la obtención de datos, se encontraron los siguientes resultados. Las usuarias son indígenas del pueblo Otavalo y Kayanpi con el 82% y el resto es la población mestiza, y los profesionales que atendieron el Parto Culturalmente Adecuado el 80% es mestizo. El conocimiento del profesional en promedio alcanza el 83%, mientras que el cumplimiento de acuerdo a la observación es del 59,36%. Y el porcentaje de verificación de acuerdo a las usuarias es el 53%. El elemento de mayor cumplimiento es el de la posición del parto y los de menor cumplimiento son el acompañamiento, la ingesta de alimentos y bebidas, y el uso de la vestimenta de acuerdo a las costumbres locales.

Palabras Claves: Cumplimiento, elementos, Adecuación, Cultura, Parto, Usuarias y Profesional.

ABSTRACT

COMPLIANCE WITH ELEMENTS ON CULTURAL ADEQUACY OF DELIVERY CARE AT SAN LUIS DE OTAVALO HOSPITAL, 2018.

Author: María Mercedes Muenala Tituaña

Email: jampiktia@yahoo.es

The “Fulfilment of required elements on Cultural Adequacy of Childbirth Care at the San Luis de Otavalo Hospital, 2018” implemented in 2008, is a work that seeks to know “the observance of required elements on Cultural Adequacy of Childbirth Care”. The research population are women who chose the culturally appropriate service of childbirth and the obstetric centre’s specialists. The objectives are the characterization of the investigated population and the determination of the specialist’s knowledge. Beyond, the application of the 7 components during childbirth through observation. Verification is achieved with the user in the postpartum phase. Based on a theoretical analysis of childbirth, cultural influence and data collection, the following results were found. The majority of users, 82 percent, are indigenous from the Otavalo’s people and Kayanpi’s people. The rest, 18 percent, is the mestizo population. On the other hand, 80 percent of specialists in charge of the Culturally Appropriate Birth are mestizo. Expert’s knowledge reaches 83 percent, on average. Regarding fulfilment, it is 59.36% based on observation. Its verification percentage is 53%, according to the users. The element of greatest compliance is that of birth position, while those of lesser compliance are the accompaniment, the consumption of food and beverages, and the use of clothing related to local customs.

Keywords: Fulfilment, compliance, elements, Adequacy, Culture, Childbirth, Users and Specialists.



INTRODUCCIÓN

El tópic de la presente investigación es el tema del Cumplimiento sobre elementos de la adecuación cultural de la Atención del parto en el Hospital San Luis de Otavalo. Los elementos se encuentran en el “Protocolo de Atención del parto Culturalmente Adecuado” que forma parte de la Guía Técnica dictada por el Ministerio de Salud Pública, MSP. La atención del parto en las casas de salud ha sido desde la cultura occidental sin tomar en cuenta las culturas locales, motivo para que la mujer no acuda al Hospital durante el parto y desemboque en la muerte especialmente en las mujeres de las comunidades indígenas.

El interés del trabajo es profesional e institucional porque propone conocer la aplicación de los elementos introducidos para la atención del parto en el HSLO. El proceso de la investigación se desarrolló mediante encuestas y observaciones a los profesionales que brindan el servicio de salud y las usuarias del Parto Culturalmente Adecuado. Los ítems desarrollados por cada elemento y estos a su vez desarrollados mediante detalles u opciones en las variables de conocimiento, aplicación cuyos datos fueron obtenidos mediante la observación y la verificación con la usuaria. El mayor obstáculo fue ubicar a las usuarias del parto Culturalmente Adecuado durante la atención en la etapa de posparto.

La finalidad de los objetivos del presente tema es determinar el cumplimiento, por medio de la observación en el proceso del parto y verificar con la usuaria para generar sugerencias y propuesta para la profundización en la aplicación de los elementos culturales durante el parto en el HSLO.

El contenido está distribuido en cuatro capítulos. El capítulo I desarrolla el problema como las complicaciones durante el parto y la muerte materna en esta etapa natural de la vida, de la cual Ecuador no está libre. Ante esta problemática el Estado propone la atención del “Parto Culturalmente Adecuado” mediante políticas, normas y guías. A pesar de la disminución de la problemática, continúan las muertes maternas en el caso

de Otavalo en sus parroquias rurales donde la población indígena es mayoritaria. Por este motivo se propone conocer “El cumplimiento de elementos sobre la Adecuación Cultural de la Atención del Parto” implementados por el Ministerio de Salud, en el Hospital San Luis de Otavalo para especificar la aplicación de los elementos en el proceso el parto y verificar con las usuarias. Con los resultados se busca identificar los elementos no cumplidos para generar propuestas de cumplimiento y una reflexión académica.

El capítulo II reflexiona la salud materno-infantil, los factores sociales y culturales enfatizando la competencia cultural en el escenario geográfico del Cantón Otavalo cuya población es mayoritariamente indígena del pueblo Otavalo y kayampi. Otro de los tópicos reflexionados es el parto natural y sus situaciones en territorios donde cohabitan los pueblos y nacionalidades indígenas, y la respuesta del Estado con la instalación de modelos interculturales de salud, en este caso con el Parto Culturalmente Adecuado respaldado mediante un marco jurídico nacional e internacional.

La metodología de la investigación abordada en el Capítulo III describe el escenario donde se encuentra la población de estudio, en este caso el HSLO. en el centro obstétrico. El universo de trabajo son las usuarias que eligieron el servicio de Atención del Parto Culturalmente Adecuado.

Finalmente presentamos en el Capítulo IV, de manera objetiva los resultados con la caracterización de la población atendida y los profesionales que brindan el servicio, con el respectivo análisis de los siete elementos detalladas en 13 opciones, las que mas se acercan a las normas propuestas en el Protocolo de Atención del Parto Culturalmente adecuado.

Esperando contribuir a la Institución involucrada y en consecuencia a la mujer que toma la decisión de obtener los servicios del Parto Culturalmente Adecuado en ejercicio de los derechos colectivos reconocido en la Constitución del Ecuador.

CAPÍTULO I

1. El problema de la investigación.

1.1. Planteamiento del problema.

La adecuación cultural para la atención del parto nace como estrategia para la reducción de la problemática referida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que menciona al trabajo desplegado a nivel global sobre: “La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015”, a pesar de tener este avance sustancial; los esfuerzos no son suficientes para erradicar esta problemática de acuerdo con los planes propuestos por los gobiernos. Las cifras demuestran que la tendencia de la muerte materna continuará a pesar que en su mayoría son evitables.

Los factores influyentes en este problema son la educación, el aspecto cultural, social y económico. “Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos” (Centro de prensa de la OMS, 2016)

En Latinoamérica y el Caribe al pertenecer a un grupo de países en vías de desarrollo con realidades comunes como la migración, incremento de las ciudades y abandono del campo, aumento de la población adulto mayor, la pobreza entre otros hace necesaria la presencia de un profesional con capacidades para adecuarse a las culturas diversas.

El Ecuador aún enfrenta el problema de la muerte materna; a pesar del descenso en cuanto a la mortalidad de las madres. Así, la muerte materna, desde “el año 2007 cambia el comportamiento de las causas directas con un ligero descenso que se mantiene en el tiempo, lo que podría relacionarse con una mejoría en los procesos de

clasificación y registro de las muertes maternas.” (Vásquez, 2016). Ecuador en el 2011 la muerte materna es de 5.8%. (INEC., 2011) En este campo la ficha metodológica expone el “Número de muertes ocasionadas, en un determinado año, por complicaciones relacionadas directa o indirectamente con el embarazo, parto y puerperio, expresada como porcentaje del total de muertes de las mujeres de 15 a 49 años de edad durante el mismo año.” (INEC., 2011).

Los cambios, a nivel del País, no se reflejan en todos los lugares geográficos donde la población es diversa, por la convivencia de culturas distintas y este es el caso del Cantón Otavalo. En este sector del País, específicamente en el Hospital de San Luis de Otavalo, en el año 2000 se inicia un trabajo cuya finalidad era disminuir la muerte materna, mediante el establecimiento de un espacio de atención del parto con enfoque cultural, como un derecho otorgado por la Constitución de 1998.

El proceso tiene dificultades, aciertos y retrocesos. Sin embargo, se logra un espacio concreto y de coordinación con la salud formal, para la atención del “Parto Culturalmente Adecuado” y desde esta experiencia se impulsa, acciones a nivel del País en la elaboración de políticas, normas y guías.

El proceso, en el Hospital San Luis de Otavalo, con la adecuación del “Parto Culturalmente Adecuado”, en donde atienden el médico/a y la partera y usan los elementos culturales. Además, se organiza la capacitación permanente de las parteras identificadas, enfatizando los casos de alto riesgo mediante el reconocimiento de los signos de alarma.

A pesar de estos esfuerzos, la situación del Cantón Otavalo, es semejante a los casos globales, regionales y nacionales, porque continúa el problema de la muerte materna. Así, de acuerdo a la Dirección Distrital Otavalo – Antonio Ante, Coordinación de Epidemiología, en el año 2017 existen 4 muertes maternas en la población indígena en distintas parroquias como: San Pablo¹, Eugenio Espejo¹, Ilumàn¹, y Miguel Egas Cabezas-Peguche.¹

La brecha de acceso de la población indígena y no indígena a los servicios de salud es distinta. La población joven acude a las casas de salud a pesar de no estar satisfecha, porque: “La demanda por servicios del hospital de Otavalo, no significa el abandono a sus costumbres y tradicionales relacionadas con la salud. Por el contrario, junto a sus expectativas de acceder a servicios públicos de buena calidad, perviven sus prácticas propias en salud” (Rodríguez, 2008).

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de normar la atención y la satisfacción de la usuaria de la nacionalidad indígena. Para este cometido elabora siete elementos culturales: el trato, el acompañamiento, la posición, el abrigo, la alimentación, información y entrega de la placenta, Todas a ser tomados en cuenta y cumplidas dentro de la Casa de salud.

Los conceptos desarrollados de la accesibilidad y aceptabilidad son partes de la interculturalidad y de una política pública. Estas características influyen directamente en cubrir, gran parte, las brechas de acceso a una casa de salud por parte de un grupo de personas en este caso la mujer indígena en edad fértil. “Pero las políticas de salud asimilacionistas y homogeneizantes que promueven (los) servicios de salud para todos, si(n) consideración de las diferencias culturales, deben evolucionar hacia políticas interculturales que promuevan el diálogo de saberes y prácticas desde una posición de respeto a la diferencia.” (Rodríguez, 2008). Con la finalidad de incrementar el acceso de la mujer indígena en edad fértil.

La sociedad del Cantón Otavalo convive con culturas, lógicas y cosmovisiones diferentes. Así, en lo referente a salud, la medicina occidental, que privilegia el aspecto científico, biológico y técnico; mientras que la población indígena busca un equilibrio con el otro, consigo mismo, la naturaleza y el ser superior, mediante los valores de reciprocidad, relacionalidad y complementariedad entre otros. Estas dos visiones han generado brechas de desencuentros, con recelos de las partes.

Las brechas culturales son múltiples como: el trato, el acompañamiento de un familiar, la posición vertical, el abrigo como el tipo de vestimenta, la alimentación, la

concepción de frío y caliente, información en el idioma kichwa y la entrega de la placenta entre otros elementos que ayudan a generar la confianza en un ambiente poco cotidiano para la usuaria. Mas amparados en la Constitución del 2008 el Ministerio de salud toma en cuenta estos elementos para ser implementados en las casas de salud del País por ende en el Hospital San Luis de Otavalo.

En este escenario es de suma importancia conocer “El cumplimiento de elementos sobre la Adecuación Cultural de la Atención del Parto, dictados por el Ministerio de Salud, en el Hospital San Luis de Otavalo”, por este motivo, el presente estudio describe y analiza el cumplimiento por parte del personal de la Institución para con las usuarias, principalmente las mujeres indígenas que acuden a la casa de salud.

Los resultados obtenidos indujeron a la reflexión académica y generó nuevas propuestas de investigación en el ámbito académico. El Hospital de San Luis de Otavalo propone una reflexión dirigida a los cambios en el aspecto operativo para el cumplimiento de los elementos durante la atención del “Parto Culturalmente Adecuado” con actores del ámbito académico que trabajan en el tema de salud intercultural del País. Y los mayores beneficiarios de estos resultados son las mujeres en edad fértil del Cantón y de las que acuden al Hospital San Luis de Otavalo.

1.2. Formulación del problema.

¿Se cumplen los elementos sobre Adecuación Cultural de la Atención del Parto en el Hospital San Luis de Otavalo?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo general.

Establecer el cumplimiento de elementos sobre Adecuación Cultural de la Atención del Parto en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018

1.3.2. Objetivos específicos.

- Caracterizar socio-demográficamente al grupo de postparto, de profesionales de Hospital Centro Obstétrico estudiado.
- Determinar la aplicación del conocimiento de los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO, sobre los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto.
- Especificar qué elementos sobre la Adecuación Cultural de la Atención del Parto, manifiestan ser cumplidos por los profesionales que laboran en el centro obstétrico el Hospital San Luis de Otavalo por parte de las usuarias.
- Verificar a través de las usuarias el cumplimiento de los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto, cumplidos por los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO.

1.4. Hipótesis o preguntas directrices.

- ¿Cuáles son las características socio-demográficamente del grupo estudiado?
- ¿Cuáles son los conocimientos que poseen los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO, sobre los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto?
- ¿Qué elementos sobre la Adecuación Cultural del parto, manifiestan ser cumplidos por los profesionales que laboran en el centro obstétrico el Hospital San Luis de Otavalo?
- ¿Según la verificación, cuáles son los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto, que son cumplidos por los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO?

1.5. Justificación.

El estudio sobre “El cumplimiento de elementos sobre la Adecuación Cultural de la Atención del Parto, dictados por el Ministerio de Salud, en el Hospital San Luis de Otavalo” permitió observar y analizar la estrategia que el Ministerio de Salud implementó en el Hospital de San Luis de Otavalo.

La adecuación de los espacios, la recreación del ambiente con visión cultural y la actitud de los usuarios internos permitieron la aplicación de los siete elementos culturales que son el trato interpersonal, el pudor, el acceso a la alimentación y líquidos, posición del parto y acompañamiento por un familiar, la información en la lengua de la usuaria y la entrega de la placenta. El trabajo confirmó el avance en el cumplimiento del objetivo que era el de generar confianza en la mujer indígena del Cantón para que acuda con mayor libertad al servicio donde las atenciones de los

partos sean más humano, adecuado y adaptados a su cultura. He aquí la importancia del estudio.

Los resultados en el cumplimiento de la estrategia son expuestos de manera objetiva, misma que ayudará a mejorar y/o retomar las iniciativas de interculturalidad, siendo los beneficiarios directos del presente trabajo las usuarias, madres parturientas y el HSLO. Además, es un hito importante para iniciar con el análisis sobre el cumplimiento de los elementos del Parto Culturalmente Adecuado en las casas de salud del País donde se implementó este tipo estrategias culturales.

Los beneficiarios indirectos fueron los profesionales de salud, las parteras y en el ámbito académico es un aporte a la reflexión sobre la salud intercultural en el País, en cuanto al Parto Culturalmente Adecuado. Incluso sirve como un instrumento para las organizaciones de segundo Grado y comunidades para el ejercicio de un derecho colectivo.

La reflexión académica forja nuevas propuestas de investigación dentro de los centros de educación superior, porque a partir de la promulgación de la norma no existen investigaciones acerca del cumplimiento de los elementos del Parto Culturalmente Adecuado.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico.

2.1. Marco Referencial.

2.1.1. Evolución de las causas de Mortalidad Materna en el Ecuador

En el país desde 1997 al 2014 y su relación con las estrategias nacionales de reducción de muerte materna para alcanzar las metas del Plan Nacional del Buen Vivir y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Ecuador no está libre de la problemática de la muerte materna, a pesar de los esfuerzos y avances alcanzados la “calidad y capacidad” de oferta aún continúa siendo un problema para erradicar la muerte materna. Esta problemática es un hito para conocer el avance sobre el bienestar de una nación y los logros de la salud pública, más aún en el Ecuador por ser un indicador del tercer objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir.

Por lo manifestado es imperioso el análisis la actuación sobre la muerte materna. En este sentido, de acuerdo al estudio realizado por parte de la Universidad de San Francisco de Quito revela que desde 1997 hasta 2014, en cuánto a las estrategias y cambios a nivel del País se observa un leve avance positivo en el 2007; sin embargo, es inevitable accionar una política metodológica estructurada para un acercamiento holístico de la problemática de la muerte materna, porque se visibiliza un alza de las causas indirectas sin mayor avance en las causas directas.

“En el año 2007 cambia el comportamiento de las causas directas con un ligero descenso que se mantiene en el tiempo, lo que podría relacionarse con una mejoría en los procesos de clasificación y registro de las muertes maternas. Desde 1997 hasta el 2004 la Eclampsia, las hemorragias post parto y la hipertensión gestacional son las principales causas de muerte materna en el Ecuador.” (Vásquez, 2016)

2.1.2. Salud materno-infantil en las Américas.

La problemática de la muerte materna en el mundo no ha sido superada, alrededor de medio millar de madres morirán durante el embarazo, parto y puerperio. De esta realidad mundial casi el 100% suceden en los países empobrecidos y más de las tres cuartas partes tiene sus orígenes en hemorragias, infecciones, aborto, hipertensión y parto obstruido que son situaciones predecibles. A pesar del avance en la salud materno infantil en Latinoamérica, la injusticia económica permanece, porque en estratos económicos mejorados se visibiliza una gran mejoría, no así en la mayoría de la población.

La Región Latinoamericana por estar compuesta de países subdesarrollados, existe movilidad de la población especialmente del campo a la ciudad, un crecimiento de la población de edad avanzada y a pesar de grandes avances continúan siendo la población joven en la mayoría, y con una tasa de natalidad alta en la cual la muerte materna es un problema para los estados de América Latina.

2.1.3. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva.

En este contexto, con la finalidad de disminuir la muerte materna y ejercer un derecho de ciudadanía es imperante un trabajo donde:

“La posibilidad de encuentro de prácticas de salud distintas es posible sobre la base de reconocimiento y respeto, partiendo de que la visión occidental de la salud no es la única, de que el país en que vivimos no es homogéneo, de que los saberes y prácticas de salud del mundo indígena tienen su propia filosofía...” (Rodríguez, 2008).

Estas realidades demandan al Estado espacios de interculturalidad donde las acciones de los actores de la salud (médicos, obstetrices, enfermeras y otros) tengan una actitud de apertura hacia el otro. El desafío está en generar métodos y espacios de encuentro

de culturas en salud; una de las estrategias es el diálogo entre los actores de la medicina formal e indígena buscando privilegiar las contribuciones y asumir los símbolos que existen y ayudan a la salud del ser humano.

2.1.4. Descolonizar el saber.

Es necesario rebasar los límites de la represión que genera el colonialismo de la sociedad porque en todos los ámbitos (...) “es una gramática social muy vasta que atraviesa la sociabilidad, el espacio público y privado, la cultura, las mentalidades y las subjetividades.” (De Sousa Santos, 2010)

Las comunidades, sus habitantes están en un constante cambio, reinvención, buscan nuevas alternativas frente a las situaciones de su vida real en este caso de la salud. Por este motivo es necesario que las ofertas de salud tomen en cuenta las necesidades de cada pueblo y sus alternativas de soluciones como en el proceso de atención del parto.

Es indispensable superar la mirada hegemónica desde la cultura dominante. Y en este proceso de construcción de la interculturalidad, “la emergencia de lo subalterno implica una lógica de localización que percibe las dinámicas epistemológicas como el reconocimiento y empoderamiento de la pluralización de los modos de construcción de conocimiento.” (Panotto, 2018) y en el caso del parto sus prácticas, sus tecnologías, su forma de ver la vida.

La realidad del Cantón Otavalo es diversa por los pueblos indígenas de mayor población que habitan, por este motivo, debe ser tomado en cuenta de forma integral, no es necesario inventar algo nuevo, es necesario mirar al “otro”. “Frente a una realidad diversa, una estrategia de reducción materna no puede ser homogénea. Debe priorizar a grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad” como son las mujeres indígenas y afros.”. (Hugo, 2019). Por toda esta situación, la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, es un inicio acertado en reconocer al diverso, aunque no lo suficiente, para una realidad vasta a la que responde el HSLO.

2.1.5. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado.

La permanencia de brechas abismales, por el desencuentro, torna imperiosa trabajar con el personal en competencias culturales, sin distinción alguna (profesionales mestizos e indígenas). El desarrollo de un profesional como su capacidad para resolver problemas en su ámbito laboral no es lineal tiene un sin número de retrocesos y avances, por cuanto tiene que conocer su propia cultura y la cultura del otro y paralelo a la implementación de la Atención del Parto Culturalmente Adecuado existe la siguiente reflexión.

“En el sentido práctico la competencia cultural es considerada como un proceso integrador de conciencia cultural, conocimientos, habilidades, encuentros y deseos culturales con el propósito de ofrecer una herramienta que permita reconocer la propia cultura del profesional, construir propuestas de tratamiento donde se comprende, aprecia y se es sensible con las formas como estas personas enfrentan los procesos salud/enfermedad y mayor probabilidad de éxito en la promoción, prevención y rehabilitación en salud.” (May Bibiana Osorio-Merchán, 2008)

La competencia cultural entendida como la atención médica con calidad a grupos de culturas diversas; demanda al actor de la salud, la capacidad y habilidad para entender, relacionares sin prejuicios.

“Una de las mejores maneras de ayudar a cultivar relaciones con gente de diferentes culturas es demostrar que estamos dispuestos a reaccionar frente a actos de discriminación cuando éstos ocurran. La gente estará mucho más motivada a querer conocernos si ven que estamos dispuestos a arriesgarnos en nombre de ellos.” (Marya, 2017)

Y a la Institución de la salud a formar organizaciones culturalmente competentes. De esta manera se debe:

“Construir organizaciones culturalmente competentes, significa cambiar lo que las personas piensan de otras culturas, como se comunican, y como operan. Significa que la estructura, liderazgo y actividades de una organización, deben reflejar muchos valores, perspectivas, estilos, y prioridades. Cambiar la imagen de una organización es solo el primer paso. Una organización culturalmente competente, también enfatiza las ventajas de la diversidad cultural, celebra las contribuciones de cada cultura, fomenta los resultados positivos de relacionarse con muchas culturas, y apoya la repartición de poder entre personas de diferentes culturas. Para cambiar realmente, una organización tiene que comprometerse a un programa, evaluación y creación continua de un lugar que englobe todas las culturas y celebre la diversidad.” (Brownlee, 2017)

En suma, la sociedad a pesar de la globalización necesita de atender las particularidades tanto a nivel del personal o actor de la salud como de la organización para generar o construir una relación positiva y de calidad.

2.2. Marco Contextual.

2.2.1. Hospital San Luis de Otavalo.

El Hospital de San Luis de Otavalo, HSLO. fue creado 6 de septiembre de 1953, se encuentra en el centro norte de la ciudad de Otavalo en la Provincia de Imbabura. En el Ministerio de Salud Pública el Hospital es considerado como Básico del Distrito 10 D2 Antonio Ante-Otavalo. La población del Cantón aproximadamente es de 116.076, siendo la población rural más que la urbana, compuesta por indígenas kichwas y mestizos, aunque en menor número esta la población afro y extranjera. (GAD Otavalo, 2015)

Esta institución, se encuentra ubicada en la Ciudad de Otavalo, en el Barrio Central en la calle Sucre y Estados Unidos

***Misión:** La MISION DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO es “Brindar una atención que de confianza y seguridad al usuario que acude a consulta externa, emergencia y hospitalización. Ser líder en calidad y calidez de servicio.”*

***Visión:** La VISION DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO es “Contribuir a la atención oportuna y eficiente a las personas que requieren los servicios de este hospital.”*

El HSLO. de capacidad para 80 camas, es una institución pública, de segundo nivel de atención del Sistema de Salud; oferta los siguientes servicios:

- Área de Hospitalización con 80 camas, distribuidas en los servicios de Ginecología, Neonatología, Cirugía, Medicina Interna y Pediatría.
- Consulta Externa para especialidades como:
- Pediatría,
- Gineco-Obstetricia,
- Medicina General, y,
- Odontología.
- Emergencia,
- Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico
- Rehabilitación, Imagenología.
- Farmacia.
- Laboratorio Clínico.
- Trabajo Social y Educación para la Salud.
- Brinda atención las 24 horas los 7 días de la semana.

Es importante, resaltar la implementación del Parto Culturalmente Adecuado en el HSLO como pionera en el País, tomando en cuenta la población indígena del Cantón Otavalo. Esta experiencia local contribuyó a generar políticas, normas y guías para implementar en todo el País.

2.3. Marco conceptual.

2.3.1. El parto.

2.3.1.1. Definición.

Existen diversos nombres y definiciones del parto. Sin embargo, para el presente trabajo lo definiremos al parto como el proceso complejo de parir un feto maduro y la expulsión de la placenta desde el útero materno al final de 37 y 42 semanas desde la fecha de la última menstruación. Dentro de los grupos diversos, no se debe excluir el proceso social, entendida como una serie de interacciones dinámicas que se desarrolla dentro de un grupo social.

Por otra parte, el parto a pesar de ser un proceso natural normal, la intervención humana es frecuente, mediante la intervención clínica. Por esto muchos consideran que:

“El parto en un proceso fisiológico normal que se lleva a cabo sin complicaciones en la mayoría de los casos. Sin embargo, los estudios muestran que una gran parte de las mujeres embarazadas sanas son sometidas al menos a una intervención clínica durante el parto” (Barral, 2018)

Las poblaciones de las comunidades de nuestra área de estudio realizan cuidados alternativos durante el embarazo, parto y pospartos como un evento natural, social, cultural y simbólico. Estos aspectos de los pueblos están en constantes cambios especialmente en las mujeres jóvenes y frente a esta realidad y las muertes maternas

el Estado, en este caso en el Hospital San Luis de Otavalo brindar alternativas mediante la Atención del “Parto Culturalmente Adecuado.”

2.3.1.2. Tipos de parto.

La clasificación del parto existe de acuerdo a los distintos puntos de vista, cuyas diferencias son sutiles. A continuación, expondremos los tipos de partos sin una mayor profundización.

Parto Natural. En el parto natural existen dos clases. Cuando la mujer expulsa el feto por la vagina, sin intervención alguna, ni de médicos ni medicamentos, este tipo de partos dan preferencia a la mujer a sus necesidades, aquí la mujer puede elegir su posición incluso el sitio, sea hospital u hogar. En las comunidades generalmente se prepara en un ambiente familiar. Algunos autores a este tipo de parto, denominan “parto **humanizado**, porque la mujer es la protagonista. Un subtipo de parto es la de Leboyer, un parto sin violencia. Los beneficios de estos tipos de parto son el ambiente familiar, el contacto inmediato del bebé con la madre y su rápida recuperación, la alimentación del bebé, menor riesgo de hemorragias entre otros.

Otro tipo es con la intervención de un médico. El parto natural inicia de manera espontánea de cabeza, pero, al presentar dificultades en la expulsión del feto, se realiza la episiotomía, “incisión quirúrgica” ... entre otros. En este tipo de parto puede ingresar con sus diferencias, el parto con fórceps, cuando existen dificultades en el momento de nacimiento, para que el médico ayude al bebé a salir por el canal vaginal.

Parto por cesárea. Generalmente los partos son vaginales y la cesárea es un último recurso, cuando ya no es posible el parto natural. Este parto que se realiza mediante un corte en el abdomen y útero para sacar al bebé. La cesárea se realiza en un quirófano siguiendo procedimientos concretos.

Este tipo de parto demora en su recuperación y la relación madre bebé no se genera de manera inmediata en comparación con los partos vaginales. Las mujeres de las

comunidades indígenas les causa temor este tipo de parto, por cuanto sufren en su recuperación y expresan, volverse débil para los trabajos fuertes.

Por la posición vertical. Este tipo de parto es cuando la mujer se pone de cuclillas o de rodillas o hincada. Parto en agua como expresan muchas mujeres que vivieron estas experiencias es que aminora las tensiones y es relajante. Esto hace que disminuya el dolor de la madre, el bebé va entrando en contacto con el mundo externo de manera paulatina. Sin embargo, es necesario que los médicos estén atentos ante cualquier dificultad el agua debe estar a “37 grados”

2.3.1.3. Fase del parto.

Labor. La fase de labor o llamada también latente es la fase de dilatación total del cuello uterino. Las contracciones del útero son cada vez más frecuentes y por periodos más prolongados, en ciertos casos hasta 12 horas. Esta fase es mucho más prolongada en las mujeres nulíparas que en las mujeres multíparas.

Expulsivo. Inicia con la dilatación completa y culmina cuando sale el bebé. A la presión ejercida por la contracción uterina se le suma la presión desarrollada por los pujos maternos. Al descender el feto la mujer tiene deseos de pujar voluntariamente y contrae los músculos de la prensa abdominal. Con las contracciones, la cabeza aparece por la vulva y se da la coronación e inicia la salida del niño. La salida de la cabeza del niño es de gran importancia, es necesario la vigilancia para que no exista descompresión brusca, al igual que se debe proteger el periné de un desgarro.

Alumbramiento. Esta fase es la salida de la placenta se debe tener mucho cuidado porque recibe mucha sangre ya a su salida existe una fuerte contracción uterina. El útero se cierra como un puño y no permite el sangrado. De no salir la placenta, se producirá una hemorragia y esto es de alto riesgo.

Posparto inmediato. Culminado el alumbramiento, en la madre produce contracciones uterinas con intervalos constantes. La madre debe de estar en un sitio o

ambiente cálido, porque generalmente tienen escalofríos a causa de la pérdida de sangre. A la salida del bebé se debe fortalecer la relación con la madre, colocando al niño sobre el pecho de la madre piel con piel, para iniciar la lactancia, el pecho de la madre es lo más seguro para el niño por lo que debe ser tranquilo, seguro e íntimo. La lactancia produce oxitocina de manera natural. Es necesario la vigilancia por una posible hemorragia. La madre debe realizar lavados con duchas perineales con agua tibia.

Post parto mediato. Para muchos este periodo va desde el segundo día hasta el décimo día. En esta etapa sucede la involución uterina, la aparición de loquios y la producción de la leche materna. Luego del parto el útero vuelve a la normalidad; esta involución uterina, se puede apoyar con masajes en el vientre, por un profesional o la misma madre. Concluido el parto, el útero se reconstituye a las 24 horas, ya no se distingue el cuello del útero con el cuerpo del útero.

2.3.2. El Parto hospitalario.

El parto hospitalario se da en un parto natural o por cesárea se planifica y se evalúa en una casa de salud. Esto generalmente se realiza luego de las contracciones prodrómicas, signos que anuncia la proximidad el parto. Es necesario la hospitalización cuando las contracciones son regulares, la dilatación es de dos a tres centímetros y mantiene una intensidad moderada.

En todo parto existe un riesgo latente que puede aparecer o no, por esta causa, una vez ingresado al hospital se inicia el monitoreo. Monitoreo externo que fija el abdomen de la parturienta para registrar la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones. Y en caso de riesgo el monitoreo interno en la cual revisan la frecuencia cardíaca y el cuero cabelludo del feto, y las contracciones en la madre mediante el mecanismo de enganche, este último es el más exacto pero incómodo. Aunque para algunos el monitoreo del feto durante la contracción puede ser suficiente.

Si se detectan las alteraciones en la frecuencia cardíaca del feto y las contracciones uterinas. Estas alteraciones deben ser verificadas mediante pequeñas muestras de sangre del cuero cabelludo del bebé. Esta permite tomar la decisión de intervención del parto por vía vaginal o mediante cesárea. En la intervención se utiliza la anestesia (epidural o peridural) inyectado por un médico especializado en anestesiología. Además, se realizan tactos vaginales para verificar la progresiva dilatación cervical y descenso del feto entre otros.

En el momento de la salida del bebé se asea la zona del periné para evitar infecciones. En algunas ocasiones se realiza la episiotomía para evitar el desgarro y afecte el esfínter anal y recto. Finalmente, con la etapa del alumbramiento se da la expulsión de la placenta y la posterior contracción del útero como un puño que detiene el sangrado e inmediatamente se procede a suturar la episiotomía. La madre debe permanecer bajo vigilancia y de no observar complicaciones la paciente será dada de alta entre 48 y 72 horas.

El parto hospitalario tiene defensores y críticos. Defensores por cuanto con el parto hospitalario existe un descenso considerable de la muerte materna y neonatal. Los críticos manifiestan que, en el parto normal, donde la mujer tiene su control total es respetado por muy pocas casas de salud y se incrementa la intervención obstétrica. Se debe superar de un acto médico a un acto de amor de la madre y del hijo.

2.3.3. El parto domiciliario.

Al parto domiciliario se identifica con la humanización del parto. Este tema, parto fuera del hospital, genera debates sobre su seguridad. La mayoría expresan que este tipo de partos solo deben ser cuando implica un riesgo muy bajo y saludable. Esta forma de partos elimina la utilización de fórceps, episiotomías, cesáreas y similares.

Otros expresan que se debe realizar mediante el apoyo de una partera, pero con una coordinación muy estrecha con el hospital.

Uno de los beneficios es la experiencia de familias y amigos de este evento natural e importante en la madre. La parturienta que es la dueña de sus acciones. Por ejemplo: en la alimentación y en su cuerpo, por la posición de parto que ella opte siempre con el apoyo de la familia, por todo esto, la parturiente disfruta de la comodidad de su hogar y entorno familiar.

En algunos grupos sociales, el parto domiciliario, empieza a ser una demandada por ser más familiar, humano e íntimo con todos los aspectos socioculturales de acuerdo a su forma de ver el mundo. Para esto se debe estar preparado y consciente de los riesgos. De igual manera existen otros grupos que aún mantiene este tipo de partos de acuerdo a su cultura, y las mujeres que pertenecen a estos pueblos aun buscan realizar el parto en sus hogares y miran con mucho recelo al parto hospitalario. (Saz Piero P, Tejero Lainez M, Ortiz Lucas M, 2008) esta realidad se mantiene a pesar del tiempo en la actualidad en las comunidades rurales e incluso en la población migrante urbana.

2.3.4. Calidad de atención.

La calidad es poner al servicio, la ciencia, la tecnología para recuperar la salud sin incrementar los riesgos, en este caso sería la consecución de los objetivos de la salud de un país, institución o sector de manera sostenible. En el caso de La Adecuación del Parto Culturalmente Adecuado en el HSLO. se debe diferenciar entre proceso y la infraestructura, talento humano entre otros para conocer la satisfacción del usuario:

«Los países deben rediseñar la prestación de servicios para optimizar los resultados sanitarios en lugar de centrarse únicamente en el acceso geográfico a los servicios»...«Los países deben transformar la fuerza laboral sanitaria basada en idoneidad, apoyando y respetando mejor a todos los empleados para que presten los mejores cuidados posibles» (Del Carmen, 2019)

En la atención del Parto Culturalmente Adecuado, no solo se debe centrar en el acceso y la infraestructura sino también en la idoneidad del talento humano que debe tener capacidades culturales.

2.3.5. La interculturalidad y la salud.

La cultura. Este término tiene un sin número de definiciones y reflexiones. Así, partiremos de modo muy general, la cultura es todo lo que hace el ser humano. Es un todo complejo de conocimientos, creencias, el arte. (Tyler) adquirido por el ser humano, miembro de una sociedad. Son las manifestaciones, reacciones, realidades transmitidos de manera implícita y explícita mediante símbolos ritos en una comunidad. Este “todo integrado” y parafraseando a Leach es lo que sabemos y creemos porque heredamos, utilizamos, transformamos, aumentamos y transmitimos.

La salud. Como un estado de “equilibrio y adaptación” al medio en la cual se encuentre y la posibilidad de ejecutar actividades en forma normal. O como lo define la Organización Mundial de la Salud, OMS como “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad.” Sin embargo, es necesario expresar que para los pueblos no siempre es igual; así, para los kichwas la salud es el “kawsay” la vida misma.

¿La Interculturalidad concepto o actitud? La interculturalidad es un tema que connota distintas posiciones, definiciones e incluso una actitud. En este marco podemos expresar que la interculturalidad es un proceso en constante desarrollo de la interacción y comunicación de personas o pueblos con identidades concretas y formas de ver el mundo y su entorno de formas distintas. En esta especie de definición para ciertos estudiosos, la interculturalidad, parte de la multiculturalidad, como un espacio donde se busca tener una vida en común mediante consensos de identidades, donde se defiende minorías, se respeta diferencias en una coexistencia pasiva indiferente. El término consenso, no significa una dialogo en armonía, más bien, hace que una cultura confronte, deja traducir por el otro y se traduce así mismo. En este espacio inicia la interculturalidad como...

“el encuentro entre personas de diferentes culturas regularmente se ve caracterizado más por el conflicto que por el consenso, lo que origina un espacio emergente carente de significación común, un espacio donde, en un primer momento, no es posible la co-construcción de significados por medio de la interacción simbólica, ya que los artefactos cognitivos presentes son demasiado disímiles o extraños entre sí.” (Valbuena Buitrago, 2016)

La interculturalidad es comunicación, en cuanto pone su forma de ver el mundo al público hacia los demás, los ponen en “común” los hacen públicos. Es interacción en cuanto construye con los otros distintos o diferentes. Esta construcción genera relaciones continuas siempre en contraste con los otros. Las relaciones no siempre son armoniosas porque genera conflictos, problemas y asimetrías; dejando espacios, dimensiones de su cultura que no puede ser traducido por el otro. De acuerdo a Néstor García Ganglino, este tipo de espacios de dimensiones problematizadas genera diferencias, desigualdades, desconexiones que se tornan objeto de estudios.

“En ese sentido, la interculturalidad como problemática tiene necesariamente que ver no solo con la comunicación (inconexión), sino igualmente con la diferencia y sobre todo con la desigualdad, sin subordinar los componentes en el abordaje. Ahora bien, hay que precisar que tanto estructuras sociales como culturas no son estables; se mueven según presiones, tensiones e intereses de las personas. Las relaciones sociales y las culturas mutan, se activan y desactivan, se actualizan en sus relaciones internas y externas” (Valbuena Buitrago, 2016)

Así, la interculturalidad, como dice García, Rizo en sus escritos, más que un concepto o una actitud es una acción de encuentro y desencuentro constante que generan distintos tipos de relaciones, justas e injustas. La interculturalidad ha definido de esta manera, acción – encuentro, solo puede ayudar a un crecimiento mutuo mediante la co-creación de manera co - creativa de las partes. Sumado a esto,

“Vale preguntarse si es posible considerar la interculturalidad como creatividad; si la cocreación teje interculturalidad; y si el diseño colaborativo desarrollado en la diferencia cultural contribuye al tejido entre culturas. En dado caso: ¿en qué dimensión (microsocial o macrosocial) se manifestaría este tejido intercultural?” (Valbuena Buitrago, 2016)

2.3.6. Condiciones necesarias para generar modelos interculturales de salud. Espacios de encuentro, comunicación, interacción y construcción política.

La comunicación y la cultura son naturales, y están formados por conceptos polisémicos, con muchos significados. La comunicación utiliza símbolos de la cultura y esta necesita para su transmisión, por tanto, aprender y adquirir es comunicar. Así pues, la comunicación es una condición ineludible para una convivencia y diálogo, en un mismo espacio reconociendo las diferencias, superando los choques, conflictos mediante la negociación. Los extremos solo llevan a un extremismo o relativismo, injusticias y conflictos.

“Sin duda, ninguno de estos extremos activa legítimamente la interculturalidad, pero moverse entre los dos polos, problematizando y articulando en un mismo sistema la comunicación, la diferencia, la desigualdad, la acción política y la creatividad, probablemente puede materializar la interculturalidad en acciones y objetos concretos.” (Valbuena Buitrago, 2016)

De esta manera “la comunicación permite llevar a cabo la interculturalidad, la hace manifiesta, objetivable.” Como expresa Rizo. Esta condición debe ser trabajada entre las partes, caso contrario, continuará, la multicultulturalidad, donde la relación de dominación continuará con el aniquilamiento del otro.

Espacios de interacción. Los espacios de interacción generados para el encuentro del yo con el otro del nosotros con ellos pueden ser construidos de manera formal con un

objetivo concreto desde los sectores formales. Y lo que se vive en la cotidianidad de manera informal, en acciones simples y concretas de relaciones.

Estos espacios deben ser activas e incluyentes, promotora y creadora de nuevos grupos donde las relaciones generen encuentros de manera colaborativa entre diferentes, con sus recursos, con sus conocimientos para generar la interculturalidad de manera intencional e intencionalmente.

“La interculturalidad puede surgir de forma espontánea en las potenciales relaciones de lo multi o pluricultural, pero se considera aquí que la interculturalidad también se puede propiciar intencionalmente y que la creación colaborativa es un camino apropiado para este propósito.”
(Valbuena Buitrago, 2016)

Los espacios dinamizan las acciones de los diferentes en un marco de igualdad respeto e interacción contribuyendo al crecimiento del otro, favoreciendo la convivencia adecuada para la construcción de la diversidad en el marco de la interculturalidad.

2.3.7. Los modelos interculturales de salud.

La Constitución del Ecuador menciona entre otras cosas que este es un Estado intercultural, plurinacional; que mantiene un proceso de comunicación, interacción, acción y de relación entre sujetos (individuos, colectivos) de culturas distintas, donde la diversidad sea considerada como una riqueza y no como un retraso del “desarrollo”. Un modelo donde lo diferente, lo diverso, lo distinto sea reconocido como un derecho. Un modelo donde se fomente las relaciones equitativas, simétricas entre los diversos, respetando las diferencias de cada grupo. Todo esto desembocará en un crecimiento e enriquecimiento mutuo.

El modelo intercultural de salud debe estar dentro de un marco donde se dé un verdadero ejercicio de los derechos, no como concesión, tampoco llegando a la claudicación. Así, el modelo debe ser un articulador, no un integrador, donde se dé la

satisfacción y el cumplimiento de las expectativas y objetivos de la institución a los usuarios diversos.

El modelo debe ser participativo... mediante relaciones equitativas, con recursos terapéuticos, espacios concretos y de liderazgos de servicio en administración y dirección. Con una base firme de respeto al ser humano, a la dignidad de la persona y a la vida misma.

Construcción Política de la interculturalidad, El aspecto político, como el arte de hacer el bien, es un aspecto primordial para la generación de la interculturalidad. Este aspecto es un desafío de muchos campos como el financiero, voluntades grupales e incluso poderes e intereses personales. De esta manera el reto es expresar la diversidad en el universalismo homogenizador, sin temor al distinto, pero si enfatizando el escenario de un diálogo de los diversos.

En este aspecto en Ecuador a partir de las luchas y propuestas generadas por las organizaciones existen propuestas desde los Pueblos y Nacionalidades.

2.3.8. La coexistencia de modelos de atención médica en el Ecuador.

El Ecuador es un país rico en diversidad cultural, de acuerdo a la Confederación de las Nacionalidades Indígenas del Ecuador CONAIE, posee 14 nacionalidades. En la región costa: Awa, Chachi, Epera y Tsachila. En la sierra Kichwa. En el oriente: Achoar. Andoa, Ai, Cofan, Huaorani, Shiwiar, Secoya, Shuar, Siona, y Zápara, que poseen su propia cultura, lengua (algunas en recuperación) y territorio. Y más de 20 pueblos especialmente de la Nacionalidad kichwa en la sierra.

En este ámbito en el Ecuador Coexisten 14 visiones de salud. Y con más de 20 variaciones, especialmente en el pueblo kichwa de la sierra, dependiendo de la región, del clima, entre otros. Y el reto principal del Estado es operativizar lo estipulado en la Constitución en esta realidad de diversidad de los pueblos y nacionalidades.

2.3.9. Modelo de atención integral del Ministerio de Salud Pública.

Los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS, y la Red Integral de Salud, RPIS, es la directriz para para todas las instituciones Públicas del Ecuador y su articulación con los “proveedores privados”. Este documento:

“Contiene las directrices, herramientas y más actividades que se requiere desarrollar por parte de las Coordinaciones Zonales de Salud y las Direcciones Distritales de Salud, con la finalidad de que se implemente el MAIS y RPIS, para aportar a materializar lo que dispone la Constitución y los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir”. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

El modelo tiene como base un “enfoque familiar, comunitario e intercultural” y de complemento con el sector privado; tomando en cuenta la característica de los demandantes como “género, grupo generacional por ciclos de vida, étnico-cultural, social, organizativo y territorial.” y sus necesidades para la oferta, con el sistema biomédico y el sistema ancestral, de los servicios de salud por parte del Estado.

En los territorios de los beneficiarios por su complejidad, la propuesta de “la alta desconcentración y baja descentralización” como parte del modelo aún no se llega a concretarse. A pesar de “una rectoría fuerte” que se ve especialmente en la obtención de la información con los usuarios.

2.3.10. Los principios que sustentan el Modelo Integral, del MSP en el año 2018.

Los principios que rigen el Modelo Integral son diez cumpliendo la Constitución tomado del (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

- **Garantía del derecho a la salud y la corresponsabilidad.** Es la seguridad sobre el cumplimiento mediante la generación de las “condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud

integrales, integrados y de calidad”... (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012) La garantía es en la prestación del servicio en igualdad con recursos de manera oportuna.

- **Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura de servicios de excelencia.** Este principio garantiza a todas las personas por el hecho de ser un ser humano con todos los servicios que necesita de los sistemas de salud que atiendan sin discriminación alguna con disponibilidad y accesibilidad.
- **Integralidad.** Es el cambio de enfoque, de mirada a las personas para brindar el servicio íntegro y cuyo impacto en la salud del individual y colectiva tengan una “oportunidad y continuidad” en la persona, familia y comunidad. Satisfaciendo las necesidades de Salud y ampliación de los servicios: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. “Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)
- **Equidad.** Equidad entendida como “las “soluciones para unos grupos, para muchos o para todos” (Instituto de Altos Estudios Nacionales, IAEN., 2011) eliminando todas las diferencias injustas con solidaridad y justicia creando condiciones y oportunidades para desarrollar las capacidades, las libertades y ejercicio de los derechos como se expresa en el MAIS 2018.
- **Continuidad.** Garantiza al ciudadano el estado de salud de las personas, las familias MAIS 2018 a que un tratamiento médico o el suministro de algún medicamento no sea suspendido por ningún motivo, caso contrario será una afectación directa a la vida, expresado en el MAIS 2013.
- **Participativo.** Con medios activos para la participación es una construcción social con los individuos y colectivos en la toma de decisiones.

“Si bien los efectos de las relaciones interpersonales positivas y del sentido de comunidad son más evidentes en el nivel social, también es posible mencionar algunos efectos en el nivel individual, particularmente en términos de la percepción de bienestar personal.” (Cueto, 2015)

- **Desconcentrado.** La desconcentración es una manera de democratizar el poder, al traspasar dentro de una misma dependencia jerárquica una competencia a otra, reorganizando y fortaleciendo la gestión “dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012) Esta desconcentración debe estar fuertemente ligado a los recursos, caso contrario no se puede operativizar acción alguna en el campo con los usuarios.
- **Eficiencia, eficacia y de calidad. Busca la “optimización y uso racional de los recursos para la satisfacción de los grupos vulnerables cumpliendo** las metas en salud (Eficacia) optimizando los recursos disponibles de manera oportuna adecuada (eficiencia) de manera se buscará valorar, “evaluar la eficiencia de los medios y la eficacia de los fines, que surgieron fruto de la planificación y ejecución de las actividades propias de la administración pública” (Instituto de Altos Estudios Nacionales, IAEN., 2011) para la satisfacción del usuario (calidad) con respeto y privacidad especialmente de los más desprotegidos.
- Relación como la expresión médico-paciente visibilizado en el encuentro entre la comunidad y la institución por la relación salud persona sujeto de derecho
- **Gestión y atención basada en resultados de impacto social e institucional** Este principio en el Ecuador se define como gobierno por resultados más que la gestión por resultado y de acuerdo a IAEN ... “para el caso ecuatoriano” ... la gestión por resultados es una acción de gestionar para el “logro de un negocio

o deseo cualquiera” mientras que la gestión por gobierno es la acción o efecto de liderar “un país o comunidad política.”

2.3.11. Guía Técnica para la Atención del parto culturalmente adecuado.

2.3.11.1. Antecedentes.

El parto de las comunidades indígenas es fruto de la lucha de los pueblos que parte desde la época de la colonia, la república hasta nuestros días. En el siglo pasado a partir de la década del 70, la Federación Ecuatoriana de Indios, FEI, a pesar de tener objetivos e intereses clasistas, inicia a reivindicar el tema étnico (Altmann, 2015). Así con el apoyo de las organizaciones de desarrollo no gubernamentales, la Iglesia Católica a partir del Concilio Vaticano II, documentos de Puebla, Medellín, como la teología de la liberación; las corrientes de izquierda, desembocan en diversas organizaciones locales, regionales y nacionales de los pueblos Indígenas; mismas que poco a poco se independizan de la Iglesia, Partidos políticos, ONGs y otros.

Estas organizaciones luchan por la tierra, por un salario digno del trabajador agrario y en un proceso duro pasan a la lucha étnica. De esta manera llega a la conformación de la CONAIE en 1986, en donde aparece como un objetivo “la defensa de las culturas indígenas, incluida la medicina tradicional,” y dentro de esto el parto.

“El tercer congreso del 13-16 de noviembre de 1986 fue el congreso fundador de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) (CONAIE, 1989: 33). Se definió como objetivos de la nueva organización nacional: - la devolución total de las tierras indígenas en una forma de propiedad comunitaria, - la defensa de las culturas indígenas, incluida la medicina tradicional, - la educación y concientización de los indígenas en programas de educación bilingüe en todas las lenguas indígenas del país,”(...) (Altmann, 2015)

Bajo esta lucha la Federación Indígena y Campesina de Imbabura, FICI. Forma un centro de salud con médicos indígenas, yachac y parteras a inicio de la década de 1980, misma que es acogida por la población indígena pero no muy bien vista por los actores de la medicina formal.

Luego de una década, aparece no solo el reconocimiento de los derechos individuales sino los derechos culturales o colectivos de cuarta generación. De esta manera en el Ecuador existe un reconocimiento de la lucha de las organizaciones indígenas “Art. 1.- El Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico.” (CONSTITUYENTE, 1998) Esta conquista se traduce en el aspecto de la salud en el “Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley,..” (CONSTITUYENTE, 1998)

De igual manera el Art. 84 dispone “Mantener, desarrollar y fortalecer” “el sistema de salud de una nacionalidad indígena especialmente en el numeral 12. “A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella...” (CONSTITUYENTE, 1998)

El marco constitucional del Ecuador de 1998 brinda un escenario propicio para generar políticas y operaciones de una interculturalidad. De esta manera: “Como parte del Plan Nacional de Reducción de la muerte materna y neonatal, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha venido implementando, desde el año 2002, diversas estrategias de mejoramiento continuo de la calidad” (...) (MSP, 2008) y una de estas es la “concordancia” con las visiones locales, en este caso con las nacionalidades y pueblos del Ecuador.

Las razones para que las mujeres no acudan al hospital durante el parto son múltiples como: el idioma, el ambiente familiar, la situación cultural (prácticas con la madre y

el niño) y económica, situación geográfica, (no existe transporte, caminos) quebrantamiento a la intimidad, (rasurado del vello púbico, baño de agua fría, vestido blanco), el trato personal de las casas de salud (racismo). Estas causas hacen que la distancia sea más fuerte el acercamiento a la atención hospitalaria con respecto al parto. Para superar este panorama es necesario trabajar en políticas, instituciones de atención en el aspecto físico y humano, especialmente en el aspecto operativo, no solo adecuando a las necesidades locales sino articulando, la atención de calidad, con sistemas locales de salud y sus necesidades. Frente a esta demanda en el 2008:

“El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud y del Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural lleva a cabo un importante trabajo de reconocimiento, revaloración, y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral, impulsando la capacitación y acreditación a los sabios de la medicina ancestral reconocidos desde la comunidad a lo largo de todo el país.” (MSP, 2008)

El trabajo del Ministerio de Salud parte de las distintas experiencias del País como las Organizaciones de Segundo Grado, Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichwas de Sucumbíos, FONAKISE, coordina las brigadas de salud para sus comunidades. La experiencia del Hospital de Puyo con un traductor bilingüe y un albergue adecuado culturalmente. Con la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua con la iniciativa de “humanización y adecuación cultural de la atención del parto.” El Hospital Andino Alternativo Chimborazo, en la ciudad de Riobamba, con la integración de la medicina alternativa y la medicina andina.

En el Cantón Otavalo, El Jambi Huasi, Área de Salud de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura, FICI. inicia en la década del 80 con la participación de las organizaciones comunitarias con personal kichwa de la medicina ancestral y profesionales de salud kichwa.

El Hospital San Luis de Otavalo con el objetivo de mejorar el acceso de la mujer, especialmente indígena del Cantón, mediante el apoyo de las ONGs y organizaciones locales, incorporan el enfoque intercultural el 4 abril del 2008. Para este propósito se adecuan las instalaciones de acuerdo la visión local con ambiente familiar.

2.3.11.2. Marco Conceptual de Guía.

La presencia de un pensamiento centro - periferie, en la cual la cultura dominante del centro deslegitima a las culturas de las periferias. Otra forma de abordar la realidad es desde un solo conocimiento formal como una “cultura civilizada” que genera cultura, arte, conocimiento, comportamiento “refinado” entre otros

El presente trabajo, superando lo expuesto, toma los argumentos de la Guía Técnica para la Adecuación Cultural del Parto dictado por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2008) complementando de manera especial con conceptos antropológicos y sociológicos.

Definiendo a la cultura es todo lo que realiza el ser humano en relación con los demás, con la naturaleza, con el ser superior e incluso con su yo con una praxis con su grupo social. De esta manera podemos expresar que todo grupo tiene su propia cultura, que es distinta a la de los otros pueblos y nacionalidades y superar el etnocentrismo.

En etnocentrismo, el sistema biomédico de la sociedad occidental, consolidada como única, excluye a otros sistemas de salud, a otras formas de ver la vida, la salud y enfermedad. En este marco, el conocimiento de los pueblos indígenas es invisibilizados, perseguidos e incluso hasta hoy menospreciado.

En nuestros días a pesar de las existencias de políticas multiculturales como el Ecuador; es necesario la interculturalidad como una interacción mediante el diálogo simétrico y articulado para trabajar la salud y dentro de este el parto.

2.3.11.3. Adecuación cultural de la atención del parto.

El parto es una de las acciones del ser humano más importante de la mujer en el campo social y reproductivo desde tiempos inmemoriales. Ejemplo el nacimiento bíblico de Moisés Ex. 2.2. Este acontecimiento en cada pueblo grupo sus propias prácticas, ritos, conocimientos..., para celebrar y/o disminuir el riesgo.

El Ecuador reconoce que nuestro estado como un País “intercultural y plurinacional” (2007-2008, 2008), este reconocimiento de otros sistemas de salud, supera la no creencia sobre las curaciones, sus causas sobre las enfermedades por parte de los actores que conforman el sistema dominante de salud.

En este marco el sistema biomédico tiene sus bases en el criterio fisiológico, mientras que en la visión kichwa tiene una visión holística, al igual que otros pueblos y nacionalidades. Sin embargo, es necesario visibilizar porque en nuestro País existen 14 nacionalidades y más de 20 pueblos.

Al pensar que el sistema biomédico es el único que responde a la necesidad de una persona incluso que es distinta a su propia cultura, inicia el maltrato, discrimina el conocimiento, las prácticas y sabiduría de los otros. Por tanto, reconocer las diferencias culturales en atención de la salud sus concepciones y valores es imperioso.

El ministerio de Salud respondiendo a la realidad del País y a la Constitución trabaja en una Guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, beneficiando a la mujer y familia de los pueblos y nacionalidades en el acontecimiento del embarazo, parto y posparto.

La Guía motiva a modificar las prácticas obstétricas como episiotomía, enema, rasurado del vello púbico y respetar a las costumbres de la parturienta y buscar el ambiente familiar. A continuación, exponemos los elementos.

- **Elemento 1. Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares.**

El trato Interpersonal busca un ambiente respetuoso que supera las relaciones discriminatorias y se vuelve cordial, reconociendo al otro como sujeto de derecho y su diferencia y diversidad debe ser valorado como una riqueza potencial. Lo contrario, genera rechazo, en el caso de la salud, la asistencia al Hospital para realizar el parto propone desde su inicio en el 2008 como:

“El primer punto, y quizás el más importante, es el que se refiere a la forma como el personal de salud se relaciona con la paciente y con sus familiares. Habitualmente, en el sistema biomédico, el trato del personal de salud hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde se ejerce autoridad en base al cargo desempeñado. trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante, la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continúa siendo uno de los problemas más importantes en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano” (MSP, 2008)

En concordancia con esta propuesta, según la Declaración de Organización Mundial de la Salud.

“Se requieren más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud a fin de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos.” (Organización Mundial de la Salud, 2014)

- **Elemento 2. Acompañamiento.**

En este campo existen dos visiones diferentes, en las casas de salud se privilegia al individuo y el sistema biomédico; mientras las culturas se actúan desde el sujeto

colectivo, que da sentido de pertenencia al individuo a quien trata de forma holística y dentro de esa colectividad, que es la familia ampliada e incluso la comunidad. “La importancia del acompañamiento respetuoso durante la labor de parto, el mismo que aporta múltiples beneficios a la parturienta ya que brinda mayor tranquilidad y confianza en la mujer durante este acontecimiento.”. (Joicy Anabel Franco Coffre a, 2018)

El acompañamiento de algún familiar o persona de confianza, debe realizar a partir de la voluntad de la mujer parturienta. El acompañamiento ayuda en las necesidades y brinda un apoyo emocional y seguridad para que de esta manera llegue un feliz término el parto y alumbramiento.

“Una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 27 ECA de distintos países de altos y medianos ingresos (n= 15,858 mujeres en trabajo de parto), comparó el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto versus el manejo convencional, para observar su efecto en los desenlaces materno y perinatal, concluyó que el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto (definido como el acompañamiento que brinda apoyo emocional, brinda medidas de comfort e información) aumenta la posibilidad de un parto vaginal” en (Dr. Barrera G. J., 2019).

Por tal motivo en la fase activa del trabajo de parto, se recomienda el acompañamiento continuo por personas de confianza, si la parturienta lo desea con embarazo de bajo riesgo. “Asegure el acompañamiento de la pareja, familiar, partera o partero en todas las instancias de la labor de parto” (Miisterio de Salud Publica, 2008)

- **Elemento 3. Posición del parto.**

La posición horizontal de la mujer para el parto es criticada por las mujeres de los pueblos y nacionalidades e incluso por actores de la misma biomedicina. La posición vertical da comodidad a la mujer y no al médico. Existe variedad de posiciones como en cuclillas, de rodillas entre otras en esta misma línea.

“Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron de 25 ECCA en una población de 5,281 mujeres, en la que se evaluaron los efectos de alentar a las mujeres a asumir diferentes posiciones verticales (como caminar, sentarse, pararse y arrodillarse) versus posiciones reclinadas (en posición supina, semi-recostada y lateral) durante la primera etapa del trabajo de parto, para observar el desenlace sobre la duración del parto y tipo de parto, mostró que en el grupo de pacientes con posición vertical, la duración del trabajo de parto fue 1 hora y 22 minutos menor ($p < 0.000001$)”. (Dr. Barrera, 2019)

- **Elemento 4. Abrigo y vestimenta.**

Un elemento importante de la medicina ancestral de las comunidades indígenas de los Andes, aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo, es el principio humoral. Este principio sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto.

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las críticas fundamentales de las parteras, parteros y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. En este mismo ámbito se reclama la práctica hospitalaria de desvestir a las parturientas para luego llevar a una sala fría; porque ellas prefieren a un sitio, ropa abrigada para que no se enfríe la matriz.

Ante esta demanda, en el Hospital San Luis de Otavalo se puede observar el uso de una bata de algodón que cubre todo el cuerpo en la parte del abdomen tiene una abertura con adhesivos, la misma que se encuentra muy desgastada, dicha indumentaria permite mantener el calor del cuerpo de la parturienta durante el proceso del parto.

- **Elemento 5. Alimentación e ingesta de líquidos.**

El acceso de los alimentos y líquidos por parte de la parturiente es posible en partos normales con riesgo bajo. “La evidencia científica sostiene que la gestante que desee ingerir líquido por vía oral durante el trabajo de parto, ya sea parto natural o con analgesia epidural, debe hacerlo siempre y cuando no se trate de un parto de alto riesgo” (Pérez, Caballero, & Velasco, 2017).

Con la ingesta de bebidas y líquidos disminuye la Cetosis. “Respecto al riesgo de cetosis, varios artículos encontrados concluyeron que tras un ayuno prolongado en el trabajo de parto el riesgo de desarrollar una deshidratación y cetosis es mayor” (Pérez, Caballero, & Velasco, 2017) En este mismo aspecto, “Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos, pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto.” (México, Secretaría de Salud, 2014). Incluso al realizar el parto mediante cesárea.

“En una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 5 ECA con un total de 3,130 mujeres, para determinar los beneficios y los daños entra la ingesta versus la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, sobre los desenlaces materno y fetal, mostró que no se observaron diferencias estadísticamente significativas con relación a la tasa de cesáreas” (Dr. Barrera G. J., 2019)

En las comunidades rurales dentro de las recomendaciones alimentarias, se basan en los alimentos propios del campo y desde esta visión, son los calientes lo que se recomiendan para el parto y después del parto, estos alimentos tienen componentes nutritivos completos, aunque en algunos casos la situación económica no permite que se alimenten adecuadamente.

En cuanto las plantas medicinales que se utilizan son las de tipo caliente, según la cosmovisión de la partera para brinda el calor al cuerpo y facilita el proceso del parto y la expulsión de la placenta y sus restos.

- **Elemento 6. Información.**

La información como parte fundamental de una relación es clave en la atención a la mujer parturienta y su familia y el Ministerio de Salud Pública en sus orígenes de la implementación del Parto culturalmente Adecuado expresa que:

“El personal de salud que presta el servicio de atención del parto, en los niveles I y II, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento. El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular” (Ministerio de Salud Pública, 2008)

Y en los territorios donde existen los pueblos y nacionalidades indígenas en el idioma de la nacionalidad. Así, la OMS. Enfatiza con respecto a la información de manera sencilla y de acuerdo a su cultura. “Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables” (Organización Mundial de la Salud., 2018)

La información es un factor importante e influyente en la calidad de atención del parto por cuanto genera acercamiento y confianza entre las partes. En este sentido:

“Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane en la que e incluyeron 31 estudios cualitativos de moderada y alta calidad, señalan que la comunicación, la confianza y la colaboración entre los proveedores del cuidado del parto (parteras calificadas, médicos y enfermeras) y las mujeres, son factores que influyen de forma positiva en la calidad de la atención” (Dr. Barrera G. J., 2019)

- **Elemento 7. Entrega de la placenta.**

De acuerdo a la Guía técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Las comunidades andinas personifican a la placenta por cuanto realizan ritos de entierro. Si no se realizan estos ritos se piensa que hay peligro de que la placenta pueda causar alguna enfermedad a la madre o al recién nacido; En este sentido se piensa que la placenta a pesar de ser expulsada del vientre materno, continúa formando parte de la mujer. Sin embargo, en algunas comunidades y familia la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional.

“El personal de salud debe entregar la placenta a los familiares de la parturienta, si es solicitada, para que dispongan del destino final de acuerdo a su cosmovisión; el manejo se hará siguiendo las normas de bioseguridad, salvo en casos excepcionales debidamente documentados y justificados en los que se considere un foco contaminante” (Ministerio de Salud Pública, 2008).

En cuanto a la entrega de la placenta según el Manejo Activo de la Tercera Etapa de la Labor de Parto ,Tracción Controlada del Cordón Umbilical manifiesta “Entregar la placenta a la partera o partero tradicional o familiar para que ella realice según las creencias de la comunidad las acciones necesarias con la misma (se lo hará en funda sellada respetando las normas de bioseguridad)” (MSP, 2008).

El parto para las comunidades indígenas es un acto solemne que involucra la familia y la comunidad. Cada acto tiene sus ritos y conocimientos y saberes que se practica. De esta manera:

“La placenta en la cosmovisión indígena es símbolo de vida, representa la relación entre la madre y el/ la recién nacido/a. Su tratamiento ceremonial se resguarda para un ámbito más íntimo, que posibilita a la familia y entorno más cercano del recién nacido/a fortalecer y reafirmar los lazos de protección y acompañamiento del niño/a en su formación

como persona. En ese sentido, el manejo de la placenta determina el destino del niño/a, de ahí el especial cuidado que la familia otorga a la placenta, ya que el destino de ésta tiene gran importancia y repercusión en la vida de la familia y comunidad. En este sentido, la placenta se relaciona con los antepasados y las prácticas ceremoniales realizadas por los pueblos indígenas, quienes buscan fortalecer la historia y continuidad de pertenencia de una familia a un determinado territorio” (Ministerio de Salud.Gobierno de Chile, 2017).

Por todo lo expuesto “Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad.” Para que los familiares, realicen rituales y los entierran en lugares de acuerdo a sus costumbres.

Finalmente, la forma de considerar a la placenta como parte de la vida no solo es de las poblaciones indígenas, también existen ritos en los países desarrollados.

“Pero considerar la placenta parte del parto y algo especial, no ocurre sólo en países poco desarrollados. En Austria, por ejemplo, tras el alumbramiento la matrona enseña la placenta a la madre, que lejos de considerar su visión algo asqueroso le parece interesante y muy bonito, hasta el punto de que se quejan cuando no se les ha permitido verla. Es curioso porque las madres luego comentan sobre sus placentas, tamaño, color, etc. Además no la tiran tal cual a la basura, si no suelen preguntar a la mujer si se la quiere llevar, pues allí se entiende que la placenta pertenece al bebé y la madre.” (Babymoon, 2014)

2.3.11.4. Ámbitos de Acción.

El ámbito de acción lo definimos como un espacio de interrelación guiadas por normas en este caso expuesta en la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Los ámbitos de acción son para las instituciones “públicas y privadas de nivel I y II” del País.

En este ámbito aparece, con gran fuerza, los parteros y las parteras, que por siglos participan en el alumbramiento de los niños. Los servicios de los agentes propios de salud comunitaria y su relación dentro del espacio que brinda el servicio de salud, “ni ha sido resuelto por el MSP”: A pesar de generar propuestas de acompañamiento, brindar apoyo psicológico, evitar el maltrato, compartir experiencias entre otras. O incluso atender a la parturiente como ha realizado por siglos en las comunidades andinas.

Esta realidad es necesario trabajar para poder involucrar dentro de la organización, previsión en el plan de parto; tanto a las parteras como los elementos propios de la cultura local.

2.3.11.5. Norma técnica de atención culturalmente adecuada del parto.

De acuerdo a la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado por el Ministerio de salud Pública en el 2008 (MSP, 2008) es el siguiente:

El primer contacto entre el personal de salud y la paciente es de suma importancia, ya que determinará la confianza y colaboración de la paciente y sus acompañantes en las diferentes etapas del parto durante su permanencia en la institución.

- Recibir a la paciente de forma respetuosa y cordial, evitar emplear palabras que le resulten difíciles de comprender.
- Establezca una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente.
- Evalúe a la paciente, realice el interrogatorio inicial determinando los factores de riesgo para establecer el nivel de atención que requiere la misma.
- Explique en forma sencilla los procedimientos que se realizarán y haga conocer, a la paciente y sus acompañantes, el área física en donde se atenderá el parto.
- Escuche atentamente y responda las inquietudes de la paciente y sus acompañantes en forma sencilla, evite emplear términos técnicos.

- Permita que la partera, partero y/o su acompañante intervengan en la preparación de la paciente, que la ropa que se acostumbra a usar en la comunidad para este evento, sea usada por la paciente.
- Asegúrese de que la medicación, instrumental e insumos médicos que requerirá para la atención del parto estén listos para ser utilizados en su momento.
- No imponga una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad.
- Permita que la paciente ingiera bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad, solo si su efecto conocido no es perjudicial para la madre o el niño. En caso de no conocer sus efectos, dialogue con la partera o partero para presentar otras alternativas.
- Cumpla el protocolo de atención detallado en la guía durante las diferentes etapas del parto.
- Debe promover el apego emocional y la lactancia precoz entre la madre y el bebé.
- Antes de dar el alta médica, proporcione asesoramiento anticonceptivo de ser posible con la participación de la pareja y la mediación de la partera cuando exista rechazo de parte de la pareja.

2.3.11.6. Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado.

A continuación, reproducimos el texto enfatizando con negrillas los catorce detalles del protocolo que corresponde a los elementos de nuestro estudio durante la Atención del Parto Culturalmente Adecuado.

Tabla 1.

Primera etapa. Dilatación y borramiento.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA PARA ATENCIÓN DEL PARTO			
El espacio físico debe ser adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad (estera, silla, colchonetas). El área física para realizar un Parto Culturalmente Adecuado debe evitar el color blanco o muy claro en sus paredes (en algunas culturas andinas el color blanco representa la muerte, además muchas pacientes se incomodan al pensar que van a ensuciar o manchar los entornos de colores claros), debe permitir el libre movimiento de la embarazada, debe disponer de un área para calentar aguas medicinales, debe disponer de ropa cómoda y caliente para la embarazada (faldón y camisón evitar ropas con grandes aberturas en su área anterior o posterior), debe disponer de ropa cómoda para los familiares, partera o partero y equipo médico que asistirá en la atención, que incluyan botas de tela (debe evitarse el uso de ropa identificada como de uso hospitalario), debe existir colchoneta y paños estériles de diferentes colores para ser usada de requerirse en la fase activa de la dilatación.	X	X	
DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES	I	II	III
1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explíquelo (también a la persona que le apoya, sea ésta su familiar o su partera) de manera clara y con términos no técnicos, lo que va a realizar. Considere y respete las prácticas habituales de la comunidad a la que pertenecen en lo relacionado a la atención del parto, escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de comprender.	X	X	
2. Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo. Adapte el ambiente en lo posible a los requerimientos de la gestante.	X	X	
3. Si la paciente no se realizó controles prenatales previos, explíquelo cómo será el proceso del parto para disminuir el temor a lo desconocido sobre todo en pacientes nulíparas. En lo posible, hágale conocer las instalaciones físicas en donde será atendida y al personal que le prestará asistencia.	X	X	
4. Asegure el acompañamiento de la pareja, familiar, partera o partero en todas las instancias de la labor de parto.	X	X	
5. Recauda la información de la paciente si no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal, no olvidar que la partera o partero podría aportar información adicional.	X	X	

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
6. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal. • Preguntar a la paciente si ha tenido contracciones (no necesariamente acompañadas de dolor, las primeras contracciones pueden ser indoloras), pérdida de líquido a través de la vagina, eliminación de tapón mucoso o sangrado genital. • Averiguar si ha tomado aguas medicinales o naturales para apurar el parto.	X	X	
7. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal. Explicar a la paciente en lo que consiste el examen y obtener su consentimiento antes de tomar la muestra sanguínea).	X	X	
8. Identifique factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente (parto pretérmino, rotura de membranas de más de 12 horas, fiebre, hemorragias o patologías del alumbramiento en embarazos anteriores, signos de sufrimiento fetal o alteraciones del estado materno).	X	X	
9. Realice una evaluación clínica inicial identificando signos de alarma que determinen el nivel de atención de la paciente, éste examen debe incluir: presión arterial, frecuencia cardíaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura, siempre explicando a la paciente lo que se va a realizar y solicitando apoyo a la familia y partera o partero para el consentimiento de la paciente.	X	X	
10. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.	X	X	
11. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.	X	X	
12. Ausculte la frecuencia cardíaca fetal durante un minuto con cualquier método (el de elección es la auscultación intermitente) y durante un minuto completo inmediatamente después de una contracción uterina.	X	X	
13. Control y Registro de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos.	X	X	
14. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel. SÓLO CUANDO SOSPECHE QUE LA PACIENTE DEBE ESTAR YA EN FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTOS (SOBRE CINCO CENTÍMETROS DE DILATACIÓN) PARA GRAFICAR CURVA DE ALERTA DEL PARTOGRAMA O CUANDO SOSPECHE POR CLÍNICA Y EXAMEN	X	X	

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
FÍSICO EXTERNO UNA POSIBLE DISTOCIA. Anticipe a la paciente y acompañantes el procedimiento y su utilidad, solicite consentimiento.			
15. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia a fin de evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación cervical. • Borramiento cervical. • Consistencia del cuello. • Posición del cuello. • Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. (Ver Anexo2de Índice de Bishop). • Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea. • Coloración del líquido amniótico. • Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. (Ver Anexo3de valoración pélvica): • Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal. Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto (Protocolo de manejo del parto distócico y protocolo de manejo de cesárea, en normativa de MSP).	X	X	
16. Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal (TV) cuando sea estrictamente necesario (OMS), intentar espaciarlo, habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma.	X	X	
17. Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados para limitar los exámenes excesivos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • TV #.1 (20:34 Horas) dilatación 5 cm., borramiento 60%, etc. • TV #.2 (24:30 Horas) dilatación 9 cm., borramiento 100%, etc. 	X	X	
18. Realice el TV antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar.	X	X	
19. Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente.	X	X	

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
20. Si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envíe con el personal médico y su acompañante (familiar o partera) la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	
21. Permita el uso de ropa adecuada según costumbres de la comunidad, debemos solicitar que la ropa utilizada por la paciente esté limpia o en su efecto podemos ofrecerle ropa adaptada para éste tipo de atención que dispone la unidad.	X	X	
22. NO REALICE ENEMA EVACUANTE porque no es beneficioso, NO Previene las infecciones perinatales, es incómodo y puede lesionar el intestino. Sugiera a la paciente que evacúe espontáneamente la vejiga y que elimine la deposición, para evitar que esto suceda durante el parto.	X	X	
23. NO RASURE EL VELLO PÚBICO solo si la paciente o la partera lo solicitan por las características de la práctica comunitaria de atención (NO RASURE RUTINARIAMENTE EL ÁREA GENITAL)).	X	X	
24. Recomiende a la paciente que se realice un aseo perineal con agua hervida o de hierbas que utiliza la comunidad, explicándole que es para disminuir el riesgo de infecciones.	X	X	
25. NO MANTENGA EL AYUNO (NPO) DURANTE LA LABOR DE PARTO. Permita la ingesta de líquidos azucarados, administrados por los familiares o la partera. Es importante que el personal de salud conozca la acción de ciertas plantas medicinales que son administradas durante el trabajo de parto en las comunidades, especialmente quien atenderá el parto.	X	X	
26. NO COLOQUE VENOCLISIS RUTINARIA, valore la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto, si es necesario.	X	X	
27. PERMITA LA LIBERTAD DE MOVIMIENTOS. La paciente puede asumir cualquier posición cómoda para ella y cambiar de posición cuantas veces lo desee. PRECAUCIÓN: por prolapso de cordón en presentación móvil y membranas rotas se debe mantener la posición supina.	X	X	
28. Permita que la paciente reciba masajes de su familiar o partera según las prácticas de la comunidad.	X	X	

EVALUACIÓN DE LA LABOR DE PARTO Y PARTO NORMAL	NIVEL		
29. El Partograma(ANEXO1) debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal hasta el momento del parto	X	X	
30. En el segmento inferior de la hoja de partograma (recuadro 1 del anexo 1) haga el primer control y registro de: Tensión arterial. Mínimo cada hora durante toda la labor de parto. Actividad uterina. Frecuencia, duración e intensidad durante 10 minutos cada 30 minutos – 60 minutos. Frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente. Cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo.	X	X	
31. En la cuadrícula principal del partograma controle y grafique: La curva de alerta de dilatación cervical: Escoja en el extremo superior izquierdo del partograma (recuadro 2 del anexo 1) los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas (p10) dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas. Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cm. de dilatación cervical. La curva real de dilatación cervical: registre con un punto que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el TV los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto. Una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores. La curva de descenso de la presentación fetal. Confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las Estaciones de DeLee o los Planos de Hodge cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma (recuadro 3 del anexo 1).	X	X	
32. Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son: Contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente; <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta); • Cuello uterino mal adosado a la presentación fetal. • No descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo. • El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado con compromiso materno y fetal. 	X	X	

Tabla 2.*Segunda etapa. Expulsivo.*

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO NORMAL: EXPULSIVO. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente) La progresión adecuada de la dilatación en el partograma permite generar la expectativa de espera para la segunda etapa de la labor de parto.	NIVEL		
PREPARATIVOS	X	X	
1. La intervención del personal de salud en la atención del parto en libre posición se basa en recepción del bebé, realizar las maniobras que corresponden en caso de circular de cordón, en detectar y atender amniorrexis y episiotomía.	X	X	
2. Permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé 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 paciente son las siguientes: a. Posición de cuclillas: variedad anterior. b. Posición de cuclillas: variedad posterior. c. Posición de rodillas. d. Posición sentada. e. Posición semi sentada. f. Posición cogida de la sogá. g. Posición pies y manos (4 puntos de apoyo). h. Posición de Pie (ANEXO4). O la posición que adopte la parturienta de acuerdo a la cultura.	X	X	
3. Si el cuello del útero está totalmente dilatado se debe preparar todo el entorno y equipo para la atención del parto.	X	X	
4. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) que es lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	
5. Explique e interactúe con la partera o partero capacitada/o de la zona, el acompañante o los familiares acompañantes. Permita el uso de la ropa según la costumbre de la comunidad (insistiendo en que debe estar limpia) y asegúrese que la atención se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada.	X	X	
6. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilice a la paciente, el personal de salud coordinará la atención del parto, pero se adaptará a la posición elegida por la paciente.	X	X	

<p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO NORMAL: EXPULSIVO.</p> <p align="center">(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)</p> <p align="center">La progresión adecuada de la dilatación en el partograma permite generar la expectativa de espera para la segunda etapa de la labor de parto.</p>	NIVEL		
7. Realice un lavado perineal con agua tibia o si fuese costumbre de la comunidad con agua de hierbas medicinales y repetirlo si fuese necesario.	X	X	
8. Asegúrese de que los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención del parto y del recién nacido estén completos y esterilizados.	X	X	
9. Acondicione o verifique que el área donde se atenderá el parto cuente con: <ul style="list-style-type: none"> • Calor producido por calefactores, estufas o chimeneas (tomando en cuenta las regiones del país y condiciones de la unidad operativa). • Camilla o silla adecuada para el parto vertical. • Soporte (soga o cuerda) debidamente asegurada (viga o argolla). • 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 mesa acondicionada. 	X	X	
10. Verifique las condiciones de limpieza e higiene del lugar, lávese las manos con agua limpia y jabón desinfectante antes de colocarse los guantes, si es necesario por la posición elegida se pueden colocar botas de tela o medias, a fin de evitar que contamine con los pies el campo que cubrirá la colchoneta en donde se atenderá el parto.	X	X	
EXPULSIÓN DE LA CABEZA	NIVEL		
1. Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé, permita que la partera o partero tradicional dé las orientaciones sobre cómo realizar el jadeo si ella lo acepta.	X	X	
2. Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada.	X	X	
3. Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo, mejor con un paño estéril de ser posible, a medida que la cabeza del bebé se expulsa.	X	X	

<p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO NORMAL: EXPULSIVO.</p> <p align="center">(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)</p> <p align="center">La progresión adecuada de la dilatación en el partograma permite generar la expectativa de espera para la segunda etapa de la labor de parto.</p>	NIVEL		
<p>4. Valore la necesidad de realizar EPISIOTOMÍA SELECTIVA. NO REALICE EPISIOTOMÍA RUTINARIA a todas las mujeres.</p> <p>No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria.</p> <p>La episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal.</p> <p>Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051</p>	X	X	
<p>5. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.</p>	X	X	
<p>6. Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.</p>	X	X	
<p>7. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.</p>	X	X	
<p>8. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.</p>	X	X	
<p>9. Sólo si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.</p>	X	X	
FINALIZACIÓN DEL PARTO, INICIO DEL NACIMIENTO	NIVEL		
<p>1. Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.</p>	X	X	
<p>2. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.</p>	X	X	
<p>3. Pídale a la mujer que pujan suavemente con la próxima contracción.</p>	X	X	
<p>4. Si la posición adoptada por la embarazada es vertical, la cabeza se desprenderá sola recibéndole con una mano y con la otra recibir el cuerpo del niño, de lo contrario o si es otra posición mueva suavemente hacia la región anal la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.</p>	X	X	
<p>5. Lleve la cabeza del bebé hacia la región anterior para extraer el hombro posterior.</p>	X	X	
<p>6. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.</p>	X	X	

<p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO NORMAL: EXPULSIVO.</p> <p align="center">(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)</p> <p align="center">La progresión adecuada de la dilatación en el partograma permite generar la expectativa de espera para la segunda etapa de la labor de parto.</p>	NIVEL		
<p>7. Coloque al bebé SIEMPRE sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar (si la condición y posición de la madre lo permite), mientras, seque al bebé por completo y evalúe las condiciones del recién nacido (puede requerir atención urgente). La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.</p>	X	X	
<p>8. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir, permita cortar el cordón umbilical a la partera o al partero tradicional, y al familiar, según las prácticas de la comunidad.</p> <p>NO EXISTE APURO.</p> <p>NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL.</p> <p>El tamaño al que se realice el corte del cordón será consultado al acompañante según las costumbres locales. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP-HCU. Form. #051</p>	X	X	
<p>9. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP-HCU. Form. #051</p>	X	X	

Tabla 3.

Tercera etapa. Alumbramiento.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: ALUMBRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	II I
1. Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.	X	X	
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. ADMINISTRACIÓN DE UTEROTONICO.	NIVEL		
2. Administre oxitocina 10 unidades IM. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR–OPS/OMS. MSP–HCU. Form. #051	X	X	
No administre oxitocina IV ni en bolo ni por la vía intravenosa; se requiere mayor volumen de líquido y el tiempo de acción es tardío en relación a la vía IMM.	X	X	
Si no dispone de oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebrovasculares.	X	X	
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL.	NIVEL		
3. La paciente generalmente en éste momento se encuentra ya recostada, si es así: acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.	X	X	
4. Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, establezca el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical.	X	X	
5. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).	X	X	
6. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contra-tracción sobre el útero.	X	X	
7. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.	X	X	
8. Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.	X	X	
9. Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra-tracción para evitar la inversión uterina.	X	X	

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: ALUMBRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	I
10. De ser necesario utilizar técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres de la comunidad.	X	X	
11. Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen.	X	X	
12. Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente, conjuntamente con la partera o partero tradicional.	X	X	
13. Entregar la placenta a la partera o partero tradicional o familiar para que ella realice según las creencias de la comunidad las acciones necesarias con la misma (se lo hará en funda sellada respetando las normas de bioseguridad).	X	X	
14. Una vez que ha sido expulsada la placenta realizar el aseo vulvo perineal con agua medicinal tibia respetando las costumbres de la zona.	X	X	
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO.: MASAJE UTERINO.	NIVEL		
15. Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.	X	X	
16. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.	X	X	
17. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.	X	X	
18. Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR-OPS/OMS. MSP-HCU. Form. #051	X	X	
19. En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda. Si en su unidad no dispone de anestesiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior. (Ver referencia y contrarreferencia).	X	X	
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	NIVEL		
1. Después de ligar el cordón umbilical el pediatra-neonatólogo o personal de salud que cumpla la función de atender al recién nacido seguirá secando al bebé. Realizará apego precoz e iniciará de ser posible lactancia materna.	X	X	
2. Simultáneamente, verificará que exista una adecuada entrada de aire así como el tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca y color cada 30 segundos.	X	X	
3. La conducta será de observación si el bebé está en buenas condiciones, con color rosado, respiración rítmica y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm.	X	X	

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: ALUMBRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)				NIVEL		
				I	II	I
4. Si el bebé presenta meconio pero está vigoroso, con llanto fuerte y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm, sólo requerirá de aspiración.				X	X	
5. El recién nacido necesitará reanimación si: presenta cianosis generalizada, ausencia de respiración o llanto débil, frecuencia cardíaca menor de 100lpm, presencia de meconio pesado (Ver Capítulo “Reanimación del Recién Nacido de Alto Riesgo”).				X	X	
6. Identifique y realice la valoración de APGAR al primer y al quinto minutos de vida, cuidando el calor que se debe proporcionar al bebé.				X	X	
VALORACIÓN DEL APGAR				X	X	
Puntaje Parcial	0	1	2			
Frecuencia cardíaca	No hay	Lenta, menos de 100	100 o más			
Esfuerzo respiratorio	No hay, no respira	Llanto débil, respira mal	Llanto vigoroso			
Tono muscular	Flácido	Algo de flexión de las extremidades	Movimientos activos, buena flexión			
Irritabilidad o respuesta a la manipulación	No reacciona	Mueca, succión o algo de movimiento ante el estímulo	Tos o estornudo, llanto, reacciona defendiéndose			
Color de la piel	Cianótica o pálido	Pies o manos cianóticas	Completamente rosado	X	X	
El puntaje final de Apgar se obtiene de la suma de los valores parciales (0, 162) asignados a cada uno de los 5 signos descritos. Interpretación De 0-3 = severamente deprimido. De 4-6 = moderadamente deprimido. mayor a 7 = bienestar. El puntaje bajo al minuto indica la condición en ese momento, mientras que a los 5 minutos es útil como indicador de la efectividad de las maniobras de reanimación. En dependencia de su puntuación se manejará de acuerdo a la norma de atención neonatológica.						
7. Se registrará adecuadamente todas las acciones efectuadas en la Historia Clínica perinatal y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.				X	X	
8. Se pesará y medirá al recién nacido, se permitirá que sea vestido con ropa limpia traída por los familiares.				X	X	

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: ALUMBRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	I
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO	NIVEL		
9. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	
10. Lávese las manos minuciosamente.	X	X	
11. Permitir la participación de los familiares, partera o partero según las costumbres de la comunidad. Procurar que la ropa que utilizará el recién nacido esté limpia. NO OLVIDE FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO.	X	X	
12. Trate de interactuar con los acompañantes de la paciente, respete las prácticas inofensivas de la paciente y los acompañantes sobre ella y el bebé, de ser necesario dirigir sutilmente las prácticas que podrían ir en contra de la evidencia en lo referente al cuidado neonatal.	X	X	
13. Promover en la madre y la comunidad el manejo del niño manteniendo el aseo de las manos, principalmente durante la lactancia. Recuerde que su persuasión puede ser de mucha importancia en la prevención de enfermedades diarreicas de los recién nacidos e infantes.	X	X	
14. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR–OPS/OMS. MSP–HCU. Form. #051	X	X	
15. En el puerperio debe permitir que la paciente sea fajada si es una costumbre de la comunidad.	X	X	
16. En lo relacionado a la dieta permitir que los familiares lleven la alimentación que acostumbran a dar en su comunidad.	X	X	
17. Durante la estadía postparto se orientará sobre lactancia materna y se dará conserjería de planificación familiar.	X	X	
18. Si la paciente adopta un método anticonceptivo este será entregado o colocado según el caso previo al alta (anticoncepción post-evento obstétrico).	X	X	
19. Se dará el Alta entre 24 a 48 horas del parto según evolución del caso. Previo al alta se indicarán los signos de alarma a observarse tanto en la madre como en el recién nacido.	X	X	
20. Se enviará con la paciente la Hoja de contrarreferencia para ser entregada en su subcentro de salud para los controles subsecuentes.	X	X	
21. Independientemente se enviará una copia de la contrarreferencia con el mensajero (o con quien cumpla sus funciones) de la unidad donde se realizó el parto al sub centro de salud para los controles subsecuentes.	X	X	

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: ALUMBRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	II I
22. El jefe de obstetricia donde se realizó el parto se comunicará personalmente con el Director del subcentro de salud (vía telefónica) para informar del alta y condición de la paciente.	X	X	

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución Política de la República del Ecuador

En el Ecuador la principal base legal es la Constitución Política, donde se encuentran consagrados los derechos a la vida y la salud, los derechos económicos políticos y las llamadas de cuarta generación los derechos socio culturales para toda la población ecuatoriana sin exclusión alguna. Con base en lo expuesto el Ministerio de Salud Pública del Ecuador conjuntamente con otras organizaciones y en cumplimiento del mandato constitucional toma la iniciativa para la implementación de salud intercultural.

*En la Constitución Política de la República del Ecuador uno de los principios expresa en el **Art. 1**. El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico (...)*

*Otro fundamento es el derecho al Buen Vivir expuesto en el **Art. 32** (...) el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional.*

Para las comunidades pueblos y nacionalidades con respecto a la medicina expresa el

Art. 57. Numeral. 12. Mantener, proteger desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales (...) sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios (...)

De igual manera la base legal es basto en la Constitución Política del Estado como en el Art. 358 que expresa que el sistema de salud desarrollará, protegerá y recuperará las capacidades individuales y colectivas guiados en los principios generales como la inclusión, equidad ... e interculturalidad. De igual manera el Art. 360 ordena la articulación y complementariedad de las medicinas ancestrales y alternativas, para los servicios gratuitos, **Art. 362** en todos los niveles de atención. De esta manera el estado se responsabiliza Art. 363 de las “prácticas de salud ancestral y alternativa”

2.4.2. Aspecto jurídico internacional.

Los tratados internacionales como el Convenio No 169 del OIT sobre los Pueblos Indígenas y Tribales Art, 25. Numeral 2 donde habla de la articulación coordinación cooperación en el área de salud con los pueblos de acuerdo a su cultura. Al igual que la Asamblea General de la ONU, en su resolución del 16 de diciembre del 2005 insta a los gobiernos a “...integrar adecuadamente a los curanderos indígenas, los conceptos indígenas y la comprensión de la salud, el bienestar, la curación, las afecciones y enfermedades, la sexualidad y el parto...”

En cumplimiento de estos mandatos y en base a experiencias vividas en el País como: Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichwas de Sucumbios, que fortalecen la medicina indígena a nivel preventivo y curativo. Adecuación cultural de Parto de Pastaza. Jambi Huasi de Otavalo con la articulación de la medicina indígena y formal. Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto en la Provincia de Tungurahua. El Hospital Andino Alternativo de Chimborazo y el Hospital San Luis de Otavalo con la iniciativa del Parto Culturalmente Adecuado, el MSP establece lineamientos nacionales para implementar el Parto Culturalmente Adecuado.

2.5. Consideraciones bioéticas.

2.5.1. Código de Helsinki.

La Asociación Médica Mundial declara el código en la ciudad de Helsinki Finlandia para establecer por principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, el cual posee principios básicos en donde establece que es deber del médico velar solícitamente por la salud del paciente (World Medical Association, 2013). El profesional de enfermería no está alejado de cumplir ese decreto puesto que es su labor velar por el bienestar de los pacientes y como cita el código velar por el paciente, además el código menciona, que al momento de realizar investigaciones se debe dar mayor valor al paciente aun sobre la posibilidad de obtener resultados.

El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber (World Medical Association, 2013).

“La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.” (World Medical Association, 2013).

2.5.2. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para Profesionales de Enfermería.

Los profesionales de enfermería tienen cuatro deberes fundamentales para promover la salud, prevenir y restaurar la salud y aliviar el sufrimiento de los pacientes la enfermera y las personas; la enfermera y la práctica; la enfermera y la profesión; La enfermera y sus compañeros de trabajo (Consejo Internacional de Enfermeras., 2012):

A continuación, se menciona los puntos más importantes sobre la enfermería y las personas

La relación de la enfermera con las personas es de mucha responsabilidad al realizar cuidados con el paciente respetando sus derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y comunidad; proporcionar información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente; Además mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción compartirla.

2.5.3. Código de Ética establecido por el Ministerio de Salud Pública.

La ética está ligada a la moral y define lo que es bueno y malo, esto establece como debe actuar la persona ante una situación que se presente en su vida profesional basándose en normas y reglamentos establecidos por una organización (Vance Mafla, 2013):

Los objetivos del presente Código de Ética son los siguientes:

- a) Promover y regular el comportamiento de los/as servidores/as de la institución para que se genere una cultura organizacional de transparencia, basada en principios y valores éticos, que garantice un servicio de calidad a los/as usuarios/as.*
- b) Implementar principios, valores, responsabilidades y compromisos éticos en relación a la conducta y proceder de los/as servidores/as públicos/as de la salud, para alcanzar las metas institucionales.*
- c) Propiciar la creación de espacios para la reflexión personal y colectiva sobre la importancia y necesidad de aplicar principios y*

valores éticos en la práctica del servicio público, que posibiliten, en forma progresiva, el mejoramiento continuo de la gestión institucional.

Artículo 2.- *Ámbito de Aplicación.* Los valores y las directrices éticas descritas en este Código, serán asumidos y cumplidos de manera obligatoria por todos/as los/as servidores/as del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional y de sus Entidades Adscritas, en todos los espacios de la Institución en que se desempeñen.

Artículo 4.- *Compromisos.* El proceder ético compromete a los servidores/as del Ministerio de Salud Pública a:

- a) *Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado;*
- b) *Administrar, utilizar y rendir cuentas del uso de los bienes del Ministerio de Salud Pública.*
- c) *Concientizar que la principal riqueza del Ministerio de Salud Pública, constituye el talento humano que está al servicio de la población en general;*
- d) *Cumplir rigurosamente los protocolos y normativas en los diferentes procedimientos técnicos y administrativos que sean pertinentes;*
- e) *Respetar las diferencias e identificar los derechos específicos de los/as usuarios/as que presentan diversas necesidades;*

- f) *Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada;*
- g) *Demostrar una conducta intachable y justa, alineándose a la misión y visión de la Institución;*
- h) *Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicios del Ministerio de Salud Pública.*

Art.96: *“La Autoridad Sanitaria de Salud Nacional promoverá las prácticas ancestrales durante el embarazo, parto y postparto, en las comunidades en las que se desarrollen esas prácticas. La Autoridad Sanitaria Nacional incorporará en los servicios de salud de esas localidades programas en los que se permita el uso de prácticas ancestrales en los procesos embarazo y parto; para lo cual, emitirá las normas técnica y protocolos que permitan la aplicación de lo dispuesto en este artículo” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).*

La importancia dada a las prácticas ancestrales aplicadas durante el embarazo ha incrementado en la población haciendo de estas un pilar fundamental en las comunidades y sectores rurales a la hora de dar atención a una mujer en gestación y que a la vez se encuentran ligadas al nuestro sistema económico y social a creencias y mitos culturalmente aceptadas.

2.5.4. Interculturalidad como proceso de acercamiento entre sistemas médicos.

En este contexto de la cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver, si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad.

La experiencia de proyectos en salud internacional, muchos de ellos patrocinados por organismos como la OPS y OMS, y dirigidos hacia los sectores más pobres, da cuenta de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre prestadores tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad.

Así, las variables étnicas culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas sociales están pesando fuertemente en las propuestas de desarrollo de los países emergentes.

Por este motivo, el desafío para el sector salud en las próximas décadas de este milenio será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre medicinas. En consecuencia, la búsqueda de estrategias que articulen e integren distintos enfoques de salud, es parte del escenario que hoy se nos presenta en el país en el sector salud, proceso que próximamente iniciará con la generación de una política de salud intercultural, que transformará cualitativamente nuestro sistema haciéndolo más flexible y permeable a la realidad cultural del usuario.

En este contexto “El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud y del Subproceso de Medicina Intercultural lleva acabo un importante trabajo de reconocimiento, revalorización y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral” (MSP. Guía Técnica 2008, Pág. 16.) busca superar una etapa de exclusión incluso persecución de la medicina ancestral.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación.

3.1. Descripción del área de estudio.

El área de estudio estará comprendida por el centro obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo Institución de salud que se ubica en el barrio central de la Ciudad del mismo nombre.

3.1.1. Hospital San Luis de Otavalo.

El Hospital fue creado el 6 de septiembre de 1953, se encuentra en el centro norte de la ciudad de Otavalo en la Provincia de Imbabura. En el Ministerio de Salud Pública el Hospital es considerado como Básico del Distrito 10D102 Otavalo - Antonio Ante, La población aproximadamente está en 116.076 siendo la población rural más que la urbana y compuesta por indígenas hablantes kichwas y mestizos, aunque en menor número esta la población afro y extranjera. (GAD Otavalo, 2015)

Esta institución, se encuentra ubicada en la Ciudad de Otavalo, en el Barrio Central en la calle Sucre y Estados Unidos.

3.1.2. Centro Obstétrico del HSLO.

Servicio ubicado en la planta baja de esta casa de salud, estratégicamente situado cerca a la emergencia, distribuida de la siguiente forma:

- Sala de labor con 5 camas
- Una estación de enfermería
- Un área destinada para monitorización

- Un área para la atención de parto horizontal
- Un área para la atención de parto culturalmente adecuado
- Un quirófano y
- Cuna para recién nacidos
- Un área de recuperación

Procedimientos que se realizan en el Centro Quirúrgico del HSLO.

Entre los procedimientos que se ejecutan en este servicio se menciona a:

- Partos en la mesa ginecológica
- Partos a libre posición
- Cesáreas
- Ligaduras
- Legrados
- Histerectomías

3.2. Enfoque de investigación.

Para el desarrollo investigativo se asume un enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo, esto permitió cumplir con los objetivos planteados, principalmente por la riqueza en el tratamiento de la información.

3.3. Tipo de Investigación.

La presentación de la investigación es descriptiva. Esta clase de trabajos “son investigaciones que buscan especificar y/o particularizar las propiedades importantes de personas, grupos; comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a análisis” (Poso, 2009, p.23). Para efectos de esta investigación fue viable caracterizar la práctica en la atención al usuario en el Parto Culturalmente Adecuado.

3.4. Diseño de la investigación.

Se asume un diseño documental y de campo, a continuación, se detalla:

3.4.1. Investigación documental.

De acuerdo a Rojas (2011), “la investigación documental es un procedimiento basado en la revisión de textos, artículos, bibliografías, videos, películas entre otros ya existentes sobre un tema determinado (p. 285). En tal sentido uno de los propósitos de esta investigación fue analizar documentos clave que sustenten éste estudio. Estos documentos fueron: 1) La Norma del Parto Culturalmente Adecuado del Ministerio de Salud Pública del Ecuador de Agosto del 2008. 2) Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud del 2018. Y documentos que rigen nuestro País Ecuador.

3.4.2. Investigación de campo.

La investigación de campo se caracteriza por su accesibilidad a la información de manera directa en la realidad donde se suscitan los hechos de interés investigativos. En este particular fue posible acceder al centro obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo, obteniendo información fidedigna de los actores involucrados en el proceso.

3.5. Técnicas e instrumentos de investigación.

Las técnicas e instrumentos empleadas durante el desarrollo del proceso de investigación fueron:

- **El uso de las encuestas:** para la parte cuantitativa a los actores involucrados en la investigación, las mujeres posparto y profesionales de salud.
- **La Observación:** el proceso de observación en el campo en el momento de realizarse el parto desde su ingreso hasta la salida de la usuaria en el posparto. Además, se elaboró como instrumento la guía de observación.

- **El Análisis de contenido:** esta técnica permitió efectuar la descripción de las evidencias del nivel de articulación de la norma y la práctica en los actores de la Investigación.

De esta manera la investigación es:

- **Cuali-cuantitativo**, porque la forma en la que se obtuvo los resultados con la aplicación de una encuesta, en la cual los datos permitieron describir valores objetivos y subjetivos correspondientes a las variables según lo pretende cada uno de los objetivos específicos planteados.
- **No experimental**, debido a que se lo realizó sin manipular deliberadamente los variables, basándose fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizar.

El estudio responde los estándares de tipo propositiva, descriptiva y transversal.

- **Propositiva.** Por cuanto a partir del estudio se propone algunas iniciativas para mejorar el cumplimiento.
- **Descriptiva**, en base a esto va se analiza y detalla las características específicas y
- **Transversal**, porque se intervino en la población previamente establecida en un periodo determinado y por una sola ocasión.

3.6. Procedimiento de la Investigación.

El presente trabajo tuvo fundamentalmente dos instrumentos la encuesta y la ficha de observación. Las encuestas con preguntas cerradas aplicadas a las mujeres que usaron como alternativa el Parto Culturalmente Adecuado y a los profesionales de salud que

atendieron parto en dicha modalidad en el centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo.

En cuanto al objetivo “Caracterizar socio-demográficamente al grupo estudiado del Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo

- Respecto al objetivo Determinar el conocimiento y la aplicación de los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO, sobre los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto en relación a la articulación teórica-práctica”. El procedimiento fue: a) aplicación de una encuesta a los profesionales y usuarias postparto, lo que permitió develar su percepción en cuanto a la relación teoría-práctica que promueve los participantes en la investigación b) se observó el proceso de atención del parto en las sala de labor de parto y parto, para lo cual se aplicó la ficha de observación desde la dimensión práctica del profesional de salud para determinar el cumplimiento de aplicación de elementos culturales en la prácticas, lo que facilitó el registro fiel de lo que sucede dentro de área de atención para observar la coherencia de lo que conocen teóricamente con la práctica cotidiana de aplicación;
- En cuanto al objetivo Verificar según usuarias el cumplimiento de los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto, que son cumplidos por los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO. Se empleó una encuesta a las mujeres post-parto, esto permitió conocer su opinión en relación al nivel de teoría-práctica, que promueven los profesionales durante el proceso de atención del parto de acuerdo a los elementos culturales que consta en la Guía Técnica de Atención de Parto Culturalmente Adecuado.

3.7. Métodos de investigación.

Método Analítico – sintético “El Método Analítico- sintético consiste en la descomposición del objeto estudiado en sus distintos elementos para obtener nuevos

conocimientos acerca de dicho objeto” (Hurtado & Toro, 2007, pág. 65). Este método permitió realizar el análisis de la información mediante la descomposición de cada una de las variables e indicadores estudiados en el desarrollo de la investigación lo que permitió determinar conclusiones y recomendaciones y finalmente plantear la propuesta de los lineamientos curriculares y estrategias metodológica por cada área de aprendizaje a objeto de promover la debida relación teoría-práctica.

3.8. Población.

Para dar cumplimiento a los objetivos específicos de la presente investigación, la población se tomó en cuenta a dos grupos, los profesionales de la salud y las usuarias post parto atendidas.

3.8.1. Universo y muestra.

El universo y muestra se conformaron de la siguiente forma:

- Grupo 1, Profesionales de la salud que laboran en el centro obstétrico del HSLO.
- Grupo 2, mujeres que sus partos fueron atendidos con lo que establece la Guía Técnica para la Atención del parto Culturalmente adecuado, entre los meses mes de marzo a mayo del 2018.

3.8.2. Criterios de inclusión.

En el presente estudio se incluyen a todos los profesionales que atienden a las pacientes cuyos partos fueron atendidos con lo que establece la Guía Técnica para la Atención del parto Culturalmente adecuado y que aceptan voluntariamente formar parte de la investigación. Así como a las todas las mujeres que eligieron la libre posición para dar a luz a sus hijos.

3.8.3. Criterios de exclusión.

Se excluyeron del estudio a:

- Profesionales y pacientes que no deseen formar parte de la investigación;
- Aquellos profesionales que no asistan al servicio durante la aplicación del instrumento.
- Pacientes en fase expulsiva del parto.

3.8.4. Análisis de Resultados.

Una vez que se aplique el instrumento de investigación los datos obtenidos fueron ingresados en una base de datos en Microsoft Excel, para su procesamiento y obtención de resultados fue expuesto mediante tablas y gráficos para su posterior descripción, comparación y análisis, haciendo énfasis a los elementos que establece la guía propuesta por el Ministerio de Salud.

3.9. Matriz de variables.

Tabla 4.

Matriz de caracterización socio-demográfica.

VARIABLES	Indicadores	Dimensión	Escala
Características socio-demográficas	Edad	Años cumplidos	Menores de 18 años 19 a 29 años 30 a 39 años
	Nivel de instrucción	Años aprobados	Ninguno Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa
	Etnia	Autodefinición	Mestizo Indígena Afroecuatoriano Blanco
	Estado civil	Establecido por el Registro Civil	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda

Tabla 5.*Matriz de conocimiento de los profesionales que laboran en el Centro Obstétrico.*

Objetivo. - ¿Cuáles son los conocimientos que poseen los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO, sobre los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto?

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
		Elemento 1 El trato interpersonal hacia la usuaria y los familiares	Trato que brinda el usuario interno al externo	<p>Señale con quien mantiene comunicación durante la atención de una paciente en el centro obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud únicamente • Personal de salud y paciente • Personal de salud, paciente y familiares • Personal de salud y familiares
				<p>¿Cómo trata usted a la o las pacientes que ingresan al centro al servicio para dar a luz?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respetuosa, cordial. • Emplea terminología comprensible. • Interactúa con la partera y familiares del Paciente • Responde inquietudes de la paciente.
				<p>La valoración a las pacientes usted la debe realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al ingreso y periódicamente mientras esta en el servicio • Solo al ingreso y egreso de la paciente • Únicamente durante la fase expulsiva y alumbramiento

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
				<ul style="list-style-type: none"> Solo al egreso.
	Conceptos adquiridos por medio de un método de una manera estructurada y sistemática, deduciendo leyes y principios para poder replicar y comprobar.	Elemento 2 El acompañamiento durante el parto	Actividades permitidas	<p>El ingreso al centro obstétrico se permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> Únicamente a las pacientes A la paciente con un familiar o acompañante, A la paciente con un familiar o acompañante y con la partera A la paciente con su partera.
		Elemento 3 Posición del parto	Posición libremente elegida	<p>Qué actividades se deben cumplir al ingreso al servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se le da ninguna indicación Le dice que el momento de expulsivo el parto se lo hará en la mesa ginecológica Se le indica a las pacientes que puede elegir o adaptar la posición en la que ella se sienta más cómoda para parir
				<p>Qué actividades se deben cumplir durante la fase de labor del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Puede deambular por el paritorio indicada para este efecto Debe quedarse acostada del lado izquierdo en la cama que se le asigna. Se le permite estar en la cama en la posición que ella se sienta más cómoda Se le da indicaciones de actividades a realizar

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
Conocimiento.				durante esta fase y se permite su elección
				<p>Qué actividades se deben cumplir durante la fase expulsiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe atender en la mesa ginecológica para evitar complicaciones • Se le atiende en la posición elegida por la paciente en el área específica para ello.
				<p>Qué actividades se deben cumplir durante la fase de alumbramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se traslada a la paciente a una mesa ginecológica • Se le atiende en la posición elegida por la paciente • Se le atiende en el lugar del parto, se le pide que se recueste.
		Elemento 4 Abrigo y vestimenta	Tipo y calidad de prendas usadas por la parturienta	<p>En cuanto al abrigo y vestimenta la adecuación cultural del parto menciona que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El servicio debe ofrecer ropa para la parturienta adecuada y abrigada • La paciente debe utilizar la vestimenta quirúrgica general que usan todos los pacientes en el hospital <p>Se debe permitir que la paciente use ropa según sus costumbres siempre y cuando esté limpia y permita la manipulación de la zona genital durante el parto</p>

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
		Elemento 5 Alimentación	Es permitido o no	<p>En lo relacionado a alimentación y bebida en el servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se debe permitir el consumo de bebidas ni de alimentos • No se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas con plantas medicinales desconocidas. <p>Se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas de plantas medicinales conocidas.</p> <hr/> <p>Las bebidas deben ser permitidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Únicamente en la labor del parto • Durante todas las fases del parto • Durante una fase específica, cuál..... <p>Únicamente en el post parto</p>
		Elemento 6 Información	Es dada en el servicio	<p>La información que se brinda a la paciente y su acompañante se relaciona con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información clara y suficiente para no confundir ni atemorizar • Permitir la aceptación o rechazo de procedimientos a realizarse. • Orientar sobre procedimientos, riesgos y consecuencias a realizarse • Resaltar los avances técnicos y prácticas locales en la atención del parto
		Elemento 7	Cumplimiento	En este servicio:

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
		Entrega de la placenta		<ul style="list-style-type: none"> • No se debe entregar la placenta. • Entregar la placenta si los familiares lo solicitan • Siempre de entregar la placenta.

Tabla 6.

Matriz de cumplimiento de los elementos por los profesionales que laboran en el Centro Obstétrico del HSLO.

Objetivo. - Especificar qué elementos sobre la adecuación cultural del parto, manifiestan ser cumplidos por los profesionales que laboran en el centro obstétrico el Hospital San Luis de Otavalo. (observación)

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
		<p>Elemento 1</p> <p>El trato interpersonal hacia la usuaria y los familiares</p>	<p>Trato que brinda el usuario interno externo</p>	<p>Señale con quien mantiene comunicación durante la atención de una paciente en el centro obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud únicamente • Personal de salud y paciente • Personal de salud, paciente y familiares • Personal de salud y familiares
				<p>¿Cómo trata usted a la o las pacientes que ingresan al centro al servicio para dar a luz?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respetuosa, cordial. • Emplea terminología comprensible. • Interactúa con la partera y familiares del Pte. • Responde inquietudes de la paciente.
				<p>La valoración a las pacientes usted la debe realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al ingreso y periódicamente mientras esta en el servicio

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
Cumplimiento	Obligación de respetar las disposiciones dispuestas en la Guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, emitida por el MSP.			<ul style="list-style-type: none"> • Solo al ingreso y egreso de la paciente • Únicamente durante la fase expulsiva y alumbramiento • Solo al egreso.
		Elemento 2 El acompañamiento durante el parto	Actividades permitidas	<p>El ingreso al centro obstétrico se permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Únicamente a las pacientes • A la paciente con un familiar o acompañante, • A la paciente con un familiar o acompañante y con la partera • A la paciente con su partera.
		Elemento 3 Posición del parto	Posición libremente elegida	<p>¿Qué actividades se cumplen al ingreso al servicio?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se le da ninguna indicación • Le dice que el momento de expulsivo el parto se lo hará en la mesa ginecológica <p>Se le indica a las pacientes que puede elegir o adaptar la posición en la que ella se sienta más cómoda para parir</p> <p>¿Qué actividades se cumplen durante la fase de labor del parto?</p>

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
				<ul style="list-style-type: none"> • Puede deambular por el parea indicada para este efecto • Debe quedarse acostada del lado izquierdo en la cama que se le asigna. • Se le permite estar en la cama en la posición que ella se sienta más cómoda • Se le da indicaciones de actividades a realizar durante esta fase y se permite su elección <p>¿Qué actividades se cumplen durante la fase expulsiva?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe atender en la mesa ginecológica para evitar complicaciones • Se le atiende en la posición elegida por la paciente en el área específica para ello. <p>¿Qué actividades se cumplen durante la fase de alumbramiento?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se traslada a la paciente a una mesa ginecológica • Se le atiende en la posición elegida por la paciente • Se le atiende en el lugar del parto, se le pide que se recueste.
		Elemento 4	Tipo y calidad de prendas	En cuanto al abrigo y vestimenta la adecuación

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
		Abrigo y vestimenta	usadas por la parturienta	<p>cultural del parto en este servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se entrega ropa para la parturienta adecuada y abrigada • La paciente utiliza la vestimenta quirúrgica general que usan todos los pacientes en el hospital • Se permite que la paciente use ropa según sus costumbres, siempre y cuando esté limpia y permita la manipulación de la zona genital durante el parto
		Elemento 5 Alimentación	Es permitido o no	<p>En lo relacionado a alimentación y bebida en el servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se permite el consumo de bebidas ni de alimentos • No se permite el consumo de bebidas elaboradas con plantas medicinales desconocidas. • Se permite el consumo de bebidas elaboradas de plantas medicinales conocidas. <p>Las bebidas son permitidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Únicamente en la labor del parto

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
				<ul style="list-style-type: none"> • Durante todas las fases del parto • Durante una fase específica, cuál..... • Únicamente en el post parto
		Elemento 6 Información	Es dada en el servicio	<p>La información que se da a las pacientes y su acompañante se relaciona con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información clara y suficiente para no confundir ni atemorizar • Permitir la aceptación o rechazo de procedimientos a realizarse. • Orientar sobre procedimientos, riesgos y consecuencias a realizarse • Resaltar los avances técnicos y prácticas locales en la atención del parto
		Elemento 7 Entrega de la placenta	Cumplimiento	<p>En este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se entrega la placenta. • Se entrega la placenta si los familiares lo solicitan • Siempre se entrega la placenta.

Tabla 7.

Matriz de verificación del cumplimiento de los elementos con las usuarias en el HSLO.

Objetivo. - Verificar a través de las usuarias el cumplimiento de los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto, que son cumplidos por los profesionales que laboran en el centro obstétrico del HSLO. (Encuesta Usuarias)

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
Cumplimiento		Elemento 1 El trato interpersonal hacia la usuaria y los familiares	Trato que brinda el usuario interno al externo	<p>Señale entre quien se mantiene la comunicación durante la atención de una paciente en el centro obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud únicamente • Personal de salud y paciente • Personal de salud, paciente y familiares • Personal de salud y familiares
				<p>¿Cómo se trata a la o las pacientes que ingresan al centro al servicio para dar a luz?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respetuosa, cordial. • Emplea terminología comprensible. • Interactúa con la partera y familiares del Pte. • Responde inquietudes de la paciente.
	Obligación de respetar las disposiciones dispuestas en la Guía Técnica de Atención del Parto			<p>La valoración a las pacientes se la realiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al ingreso y periódicamente mientras esta en el servicio

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
	Culturalmente Adecuado, emitida por el MSP.			<ul style="list-style-type: none"> • Solo al ingreso y egreso de la paciente • Únicamente durante la fase expulsiva y alumbramiento • Solo al egreso.
		Elemento 2 El acompañamiento durante el parto	Actividades permitidas	<p>El ingreso al centro obstétrico se le permite a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Únicamente a las pacientes • A la paciente con un familiar o acompañante, • A la paciente con un familiar o acompañante y con la partera • A la paciente con su partera.
		Elemento 3 Posición del parto	Posición libremente elegida	<p>¿Qué actividades se cumplen al ingreso al servicio?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se le da ninguna indicación • Le dice que el momento de expulsivo el parto se lo hará en la mesa ginecológica • Se le indica a las pacientes que puede elegir o adaptar la posición en la que ella se sienta más cómoda para parir <p>¿Qué actividades se cumplen durante la fase de labor del parto?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede deambular por el área indicada para este efecto

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
				<ul style="list-style-type: none"> • Debe quedarse acostada del lado izquierdo en la cama que se le asigna. • Se le permite estar en la cama en la posición que ella se sienta más cómoda • Se le da indicaciones de actividades a realizar durante esta fase y se permite su elección
				<p>¿Qué actividades se cumplen durante la fase expulsiva?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe atender en la mesa ginecológica para evitar complicaciones • Se le atiende en la posición elegida por la paciente en el área específica para ello.
				<p>¿Qué actividades se cumplen durante la fase de alumbramiento?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se traslada a la paciente a una mesa ginecológica • Se le atiende en la posición elegida por la paciente • Se le atiende en el lugar del parto, se le pide que se recueste.
		Elemento 4 Abrigo y vestimenta	Tipo y calidad de prendas usadas por la parturienta	<p>En cuanto al abrigo y vestimenta la adecuación cultural del parto se permite en este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entrega de ropa para la parturienta adecuada y abrigada

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
				<ul style="list-style-type: none"> • Que la paciente utilice la vestimenta quirúrgica general que usan todos los pacientes en el hospital • Se permite que la paciente use ropa según sus costumbres, siempre y cuando esté limpia y permita la manipulación de la zona genital durante el parto
		Elemento 5 Alimentación	Es permitido o no	<p>En lo relacionado a alimentación y bebida en el servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se permite el consumo de bebidas ni de alimentos • No se permite el consumo de bebidas elaboradas con plantas medicinales desconocidas. • Se permite el consumo de bebidas elaboradas de plantas medicinales conocidas. <p>Las bebidas son permitidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Únicamente en la labor del parto • Durante todas las fases del parto • Durante una fase específica, cuál..... • Únicamente en el post parto
		Elemento 6 Información	Es dada en el servicio	La información que se brinda a la paciente y su acompañante se relaciona con:

Variables	Definición	Indicadores	Dimensión	Escala
				<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información clara y suficiente para no confundir ni atemorizar • Permitir la aceptación o rechazo de procedimientos a realizarse. • Orientar sobre procedimientos, riesgos y consecuencias a realizarse • Resaltar los avances técnicos y prácticas locales en la atención del parto
		<p>Elemento 7 Entrega de la placenta</p>	En este servicio	<ul style="list-style-type: none"> • No se entrega la placenta. • Se entrega la placenta si los familiares lo solicitan • Siempre se entrega la placenta.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación.

Una vez aplicado los instrumentos de investigación, los datos obtenidos fueron ingresados a una base de Microsoft Excel, para su tabulación y posterior análisis. A continuación, se expone, los principales resultados obtenidos de acuerdo a los detalles u opciones, en el cumplimiento de elementos sobre Adecuación Cultural de la Atención del Parto en el Hospital San Luis de Otavalo, 2018. En la aplicación de los instrumentos con respecto al conocimiento fueron respondidas por los profesionales, el cumplimiento se realizó mediante la observación en el momento de la atención del parto y la verificación con las usuarias del posparto en el HSLO.

4.1. Caracterización socio-demográfica.

La población de estudio corresponde al grupo de mujeres que acudieron al HSLO para el parto y los profesionales que atendieron.

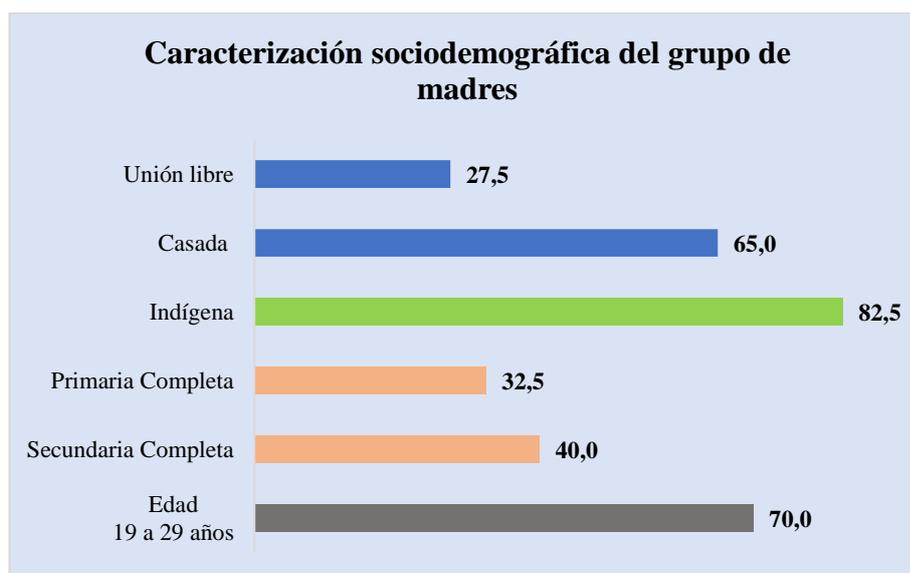


Gráfico 1. Sociodemografía de las usuarias.

Fuente: Encuestas Hospital San Luis de Otavalo.

Elaborado por: Mercedes Muenala, 2019

La población usuaria investigada mayoritariamente es indígena del pueblo Otavalo y Kayanpi con el 82% cuya edad fluctúa entre 19 y 29 años. El 65% de las usuarias son casadas y el 40% de las parturientas terminado la secundaria, seguida de primaria completa. Por tanto, la identidad como mujer indígena conlleva a requerir en mayor proporción la Atención del Parto Culturalmente Adecuado en el HSLO.

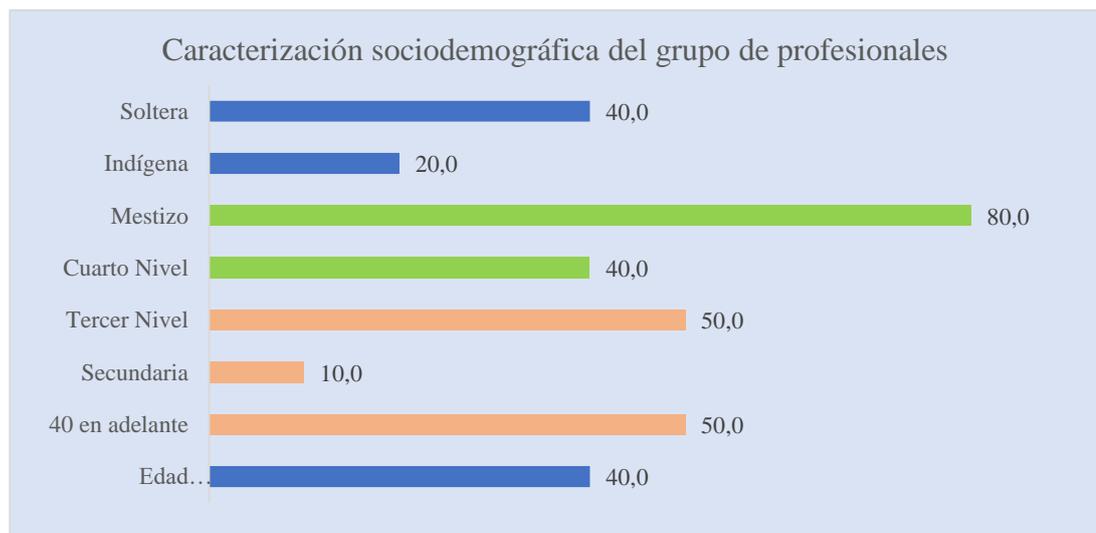


Gráfico 2. Sociodemográfica de los profesionales.

Fuente: Encuestas Hospital San Luis de Otavalo.

Elaborado por: Mercedes Muenala, 2019

Las características de los profesionales que brindan atención del Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital de San Luis de Otavalo el 80% es mestiza y el resto indígena. El 50% tiene el título de tercer nivel, el 40% de cuarto nivel y el resto secundaria. En cuanto al estado civil el 50% es casado, el 40% soltero y el resto unión libre. Y en con respecto a la edad el 50% es mayor a los 40 años, el 40% está entre el 30 y 39 años y el sobrante es menor a 30 años.

Con lo expuesto la población que demanda la Atención del Parto Culturalmente Adecuado es indígenas y en porcentaje similar los profesionales que atienden son mestizos. Esta realidad permite un escenario claro de interculturalidad, donde el profesional debe conocer la cultura de los pueblos y nacionalidades, además de tener capacidades de apertura hacia la otro.

4.2. Determinación del conocimiento, cumplimiento y verificación en el centro obstétrico del HSLO, sobre los elementos de la Adecuación Cultural de la Atención del Parto.

Las tablas contienen elementos, ítems o partes, detalles u opciones y las variables (conocimiento, cumplimiento y verificación) de la investigación. Para el análisis tomamos en cuenta el detalle que más se acerca al Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado.

Tabla 8.

Elemento 1. Trato interpersonal hacia la usuaria y los familiares.

Ítem	Detalle	Conocimientos del profesional	Cumplimiento según el profesional	Verificación según usuarias
El trato interpersonal debe ser entre:	Personal de salud únicamente	0,0	42,9	22,5
	Personal de salud y paciente	10,0	28,6	55
	Personal de salud, paciente y familiares	90,0	28,6	20
	Personal de salud y familiares	0,0	0,0	0
¿Cómo debe ser tratada la paciente que ingresa al centro al servicio para dar a luz?	Respetuosa, cordial.	90,0	100,0	85
	Emplea terminología comprensible.	60,0	0,0	5
	Interactúa con la partera y familiares del Pte.	60,0	57,1	25
	Responde inquietudes de la paciente.	80,0	14,3	2,5
La valoración a las pacientes se la deber realizar:	A su llegada, periódica mientras esta en el servicio.	100,0	85,7	67,5
	Solo a la llegada y salida	0,0	0,0	5
	Únicamente durante la fase expulsiva	0,0	0,0	2,5
	Solo a su salida	0,0	0,0	0

Fuente: Encuestas Hospital San Luis de Otavalo.

Elaborado por: Mercedes Muenala, 2019.

El “trato interpersonal” entre el “personal de salud, pacientes y familiares” en cuanto al conocimiento por parte del profesional alcanza el 90%; a su vez, el cumplimiento según la observación el porcentaje es el 28%, y en la verificación el 20%, al comparar los porcentajes se observa una brecha profunda entre el conocimiento y la aplicación. La forma del trato de manera “respetuosa y cordial” con “calidez”, en el conocimiento logra el 90%, el cumplimiento el 100% y la verificación el 85%. Este aspecto es el de mayor cumplimiento. Por otra parte, la constancia del trato durante el servicio desde el ingreso y mientras dure la permanencia en la casa de salud el conocimiento alcanza el 100%, y al ser observados durante el parto el cumplimiento por parte del profesional, es el 85,7%, y la verificación con las usuarias el porcentaje es del 67%.

El trato interpersonal, de lo expuesto se deduce que entre las variables del conocimiento y verificación existe una brecha, de incumplimiento, claramente marcada, excepto la variable de cumplimiento. En este campo “Para lograr una experiencia de parto positiva para las mujeres y sus bebés, las recomendaciones de esta directriz se deben implementar como un paquete de atención en todos los entornos, a través de profesionales sanitarios amables, competentes y motivados que trabajan en sitios con recursos físicos esenciales disponibles.” (Organización Mundial de la Salud, 2018) y el trato con calidad y calidez.

Tabla 9.

Elemento 2 El acompañamiento durante el parto.

Elemento	Detalle	Conocimientos del profesional	Cumplimiento según el profesional	Verificación según usuarias
El ingreso al centro obstétrico se debe permitir:	Únicamente a las pacientes	10,0	71,4	65,0
	A la paciente con un familiar o acompañante,	40,0	28,6	22,5
	A la paciente con un familiar o acompañante y con la partera	50,0	28,6	22,5
	A la paciente con su partera.	0,0	0,0	5,0

Fuente: Encuestas Hospital San Luis de Otavalo.

Elaborado por: Mercedes Muenala, 2019.

“El acompañamiento de la pareja, familia, partera o partero en todas las instancias de la labor del parto” en una estrecha interrelación en acciones inofensivas tanto para la madre y el niño o niña, es otro elemento fundamental a ser cumplida de acuerdo al Protocolo de la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. El acompañamiento durante la permanencia en el Centro Obstétrico “a la paciente con un familiar, acompañante y partera en el ámbito del conocimiento alcanza el 50%, el cumplimiento observado el 28,6% y la verificación con las usuarias el 22,5%. El elemento de acompañamiento es de bajo cumplimiento en la Atención del Parto Culturalmente Adecuado en el HSLO. en las tres variables.

Tabla 10.*Elemento 3. Posición del Parto.*

Item	Detalle	Conocimientos del profesional	Observación del cumplimiento	Verificación según usuarias
¿Qué actividades se deben cumplir al ingreso al servicio?	No se le da ninguna indicación.	0,0	14,3	0
	Le dice que el momento de expulsivo el parto se lo hará en la mesa ginecológica.	0,0	0,0	5
	Se le indica a las pacientes que puede elegir o adaptar la posición en la que ella se sienta más cómoda para parir.	100,0	85,7	97,5
¿Qué actividades se deben cumplir durante la fase de labor del parto?	Puede deambular por el paraa indicada para este efecto.	30,0	14,3	37,5
	Debe quedarse acostada del lado izquierdo en la cama que se le asigna.	0,0	0,0	22,5
	Se le permite estar en la cama en la posición que ella se sienta más cómoda.	30,0	42,9	82,5
	Se le da indicaciones de actividades a realizar durante esta fase y se permite su elección.	80,0	85,7	62,5
¿Qué actividades se deben cumplir durante la fase expulsiva?	Se debe atender en la mesa ginecológica para evitar complicaciones.	0,0	0,0	0
	Se le atiende en la posición elegida por la paciente en el área específica para ello.	100,0	85,7	87,5
¿Qué actividades se deben cumplir durante la fase de alumbramiento?	Se traslada a la paciente a una mesa ginecológica.	0,0	14,3	0
	Se le da indicaciones de actividades a realizar durante esta fase y se permite su elección	60,0	71,4	87,5
	Se le atiende en el lugar del parto, se le pide que se recueste.	40,0	0,0	0

Fuente: Encuestas Hospital San Luis de Otavalo.

Elaborado por: Mercedes Muenala, 2019.

La Posición del Parto o en libre posición tiene 8 detalles incluso la apertura a adecuarse a la cultura de su origen o la posición que la mujer elija y el personal de salud deberá ajustarse a la posición elegida por la parturienta.

La posición del parto tiene 4 ítems de investigación: al ingreso, en las fases de labor, expulsiva y de alumbramiento y en cada una es necesario respetar, la posición que la mujer elija. En este marco al **ingreso**, los porcentajes con respecto a la posición del parto en el conocimiento es el 100%, en la aplicación el 85,7% y en la verificación el 97,5%. El cumplimiento es óptimo en todas sus variables. En la fase de **labor** los porcentajes con respecto a la posición del parto son: en el conocimiento el 80%, el cumplimiento el 85,7% y la verificación el 62%. Existe una brecha entre el conocimiento y la verificación. En la fase **expulsiva** los porcentajes son: en el conocimiento el 100%, el cumplimiento y verificación el 85,7%. La brecha entre el conocimiento y la aplicación es baja. Finalmente, la fase de **alumbramiento** tiene el porcentaje de cumplimiento bajo, con el 60% en el conocimiento, 71,4% en el cumplimiento y 87,5% en verificación.

Al analizar de manera comparativa los porcentajes existe un alto cumplimiento en tres detalles, no así en la fase de alumbramiento.

Tabla 11.

Elemento 4. Abrigo y vestimenta.

Elemento	Detalle	Conocimientos del profesional	Cumplimiento según el profesional	Verificación según usuarias
En cuanto al abrigo y vestimenta la adecuación cultural del parto menciona que:	El servicio debe ofrecer ropa para la parturienta adecuada y abrigada	0,0	100,0	82,5
	La paciente debe utilizar la vestimenta quirúrgica general que usan todos los pacientes en el hospital	0,0	0,0	7,5
	Se debe permitir que la paciente use ropa según sus costumbres siempre y cuando esté limpia y permita la manipulación de la zona genital durante el parto	100,0	0,0	17,5

Fuente: Encuestas Hospital San Luis de Otavalo.

Elaborado por: Mercedes Muenala, 2019.

“El uso de la vestimenta según la costumbre de la comunidad enfatizando la limpieza” en el conocimiento del profesional el porcentaje es el 100%, en la aplicación el 0% y en la verificación el 17,5%, este porcentaje coincide con la población mestiza que eligió la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. El uso del abrigo y la vestimenta la brecha entre el conocimiento y la aplicación es muy profunda, lo que es necesario iniciar un proceso inmediato de apoyo para su cumplimiento. Este elemento para las mujeres de las comunidades es fundamental, por cuanto el pensamiento internalizado es que el abrigo facilita las labores del parto.

Tabla 12.

Elemento 5. Alimentación y bebida.

Elemento	Detalle	Conocimientos del profesional	Cumplimiento según el profesional	Verificación según usuarias
En lo relacionado a alimentación y bebida en el servicio:	No se debe permitir el consumo de bebidas ni de alimentos	0,0	14,3	5,0
	No se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas con plantas medicinales desconocidas.	10,0	28,6	0,0
	Se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas de plantas medicinales conocidas y alimentos.	80,0	42,9	32,5
Las bebidas deben ser permitidas:	Únicamente en la labor del parto	10,0	28,6	12,5
	Durante todas las fases del parto	70,0	0,0	7,5
	Durante una fase específica,	10,0	28,6	25,0
	Postparto Únicamente en el post parto	10,0	0,0	32,5

Fuente: Encuestas Hospital San Luis de Otavalo.

Elaborado por: Mercedes Muenala, 2019.

El acceso a la alimentación y bebida por parte de la parturienta, en el conocimiento del profesional alcanza el 80%, el cumplimiento el 42,9% y en la verificación el 32%. Al observar los porcentajes se ve un drástico descenso desde el conocimiento a la verificación. En cuanto a la permisibilidad en todas las fases del parto, el conocimiento alcanza el 70% el cumplimiento 0% y en la verificación el 7,5%. La aplicación del presente elemento es débil siendo necesaria el inmediato cumplimiento, dado que “Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Tabla 13. Elemento 6. Información.

Elemento	Detalle	Conocimientos del profesional	Cumplimiento según el profesional	Verificación según usuarias
La información que se brinda a la paciente y su acompañante se relaciona con:	Brindar información clara y suficiente para no confundir ni atemorizar	70,0	57,1	62,5
	Permitir la aceptación o rechazo de procedimientos a realizarse.	20,0	0,0	5
	Orientar sobre procedimientos, riesgos y consecuencias a realizarse	50,0	85,7	57,5
	Resaltar los avances técnicos y prácticas locales en la atención del parto	40,0	42,9	22,5

Fuente: Encuestas Hospital San Luis de Otavalo.

Elaborado por: Mercedes Muenala, 2019.

La entrega de “la información clara y suficiente” a la paciente y los acompañantes, en el conocimiento alcanza el 70%, en el cumplimiento desciende al 57,1% y con respecto a este ultimo la verificación sube al 62%. Al comparar se observar que existe una brecha entre las tres variables. En este elemento es necesario aclarar que no está tomado en cuenta el idioma de la parturienta, un aspecto fundamental en la comunicación.

Tabla 14.*Elemento 7. Entrega de la placenta.*

Ítem	Detalle	Conocimientos del profesional	Cumplimiento según el profesional	Verificación según usuarias
En este servicio:	No se debe entregar la placenta.	0,0	0,0	2,5
	Se entrega la placenta si los familiares lo solicitan	90,0	100,0	42,5
	Siempre de entregar la placenta.	10,0	0,0	52,5

Fuente: Encuestas Hospital San Luis de Otavalo.**Elaborado por:** Mercedes Muenala, 2019.

“La entrega de la placenta” a uno de sus acompañantes respetando las normas de higiene, para el ritual correspondiente en la familia de la parturienta en lo relacionado al conocimiento el porcentaje es del 90%, en el cumplimiento al ser solicitado es el 100% y con un fuerte descenso en la verificación, según la usuaria, que desciende al 42, 5%.

Existe una sugerencia por parte de las usuarias, con respecto a la pregunta de si desea llevar la placenta y su respectiva entrega, debe ser hecha “a uno de sus acompañantes y no a la parturienta” misma que ayudará al cumplimiento de la Norma de la Guía Técnica de la Atención del Parto Culturalmente Adecuado en el manejo activo de la tercera fase del parto en “Entregar la placenta a la partera o partero tradicional o familiar para que ella realice según las creencias de la comunidad las acciones necesarias con la misma (se lo hará en la funda sellada respetando las normas de bioseguridad)” (MSP, 2008).

CAPÍTULO V

5. Propuesta

EL CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS DE LA ATENCION DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO.

5.1. Antecedentes.

El Ministerio de Salud Pública, a través del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud y del Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural llevó a cabo un importante trabajo de reconocimiento, revaloración, y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral” (Ministerio de Salud Pública, 2008). En este proceso reconoce a las parteras, sus servicios y su forma de atender el parto. En este marco en abril del 2008 en el Hospital San Luis del Cantón Otavalo se implementa el Parto Culturalmente Adecuado y en este mismo año en el mes de agosto se publica la *Guía Técnica de atención de Parto culturalmente adecuado*.

Desde la fecha ha transcurrido más de una década con este tipo de atención. En este tiempo el proceso tiene modificaciones, hasta llegar a instituir nuevas formas de atender a las parturientas. La implementación genera retos y al mismo tiempo necesidad de mejorar según las normativas creadas y de acuerdo a las sugerencias de instituciones nacionales e internacionales que visitan y realizan los estudios referentes al tema en el HSLO. Principalmente de las usuarias.

El reconocimiento también es un resultado de la lucha histórica de los Agentes de salud Tradicional y en las tres últimas décadas del siglo pasado por parte de las Organizaciones Indígenas en el caso de Imbabura con la Federación Campesina e Indígena de Imbabura, FICI.

Con este antecedente la presente investigación sobre el cumplimiento de los elementos de la *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado*, en el Hospital San Luis de Otavalo, incluye el formular una propuesta para que en esta unidad asistencial mejore su aplicación en los 7 elementos, que hace referencia la normativa técnica relacionada a la atención de este tipo de parto.

5.2. Justificación

La ejecución de la propuesta que se pone a consideración se justifica, en su planteamiento y ejecución posterior por varias razones:

- Permite actualizar los conocimientos y brindar una reflexión desde los actores y usuarias atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo.
- Fortalecerá la aplicación de los 7 elementos mencionadas y otros elementos de la cultura como la lengua, para la atención del parto culturalmente adecuado, principalmente los elementos que tienen menor aplicación.
- Permitirá fortalecer las destrezas de aquellos profesionales de salud y su capacidad intercultural efectiva de respuesta con pertinencia cultural para beneficio de las usuarias.
- La investigación y la información actualizada ayudará a tomar decisiones a los directivos del HSLO para mejorar la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, este aspecto es generalmente a largo plazo.

5.3. Objetivos.

5.3.1. Objetivo general.

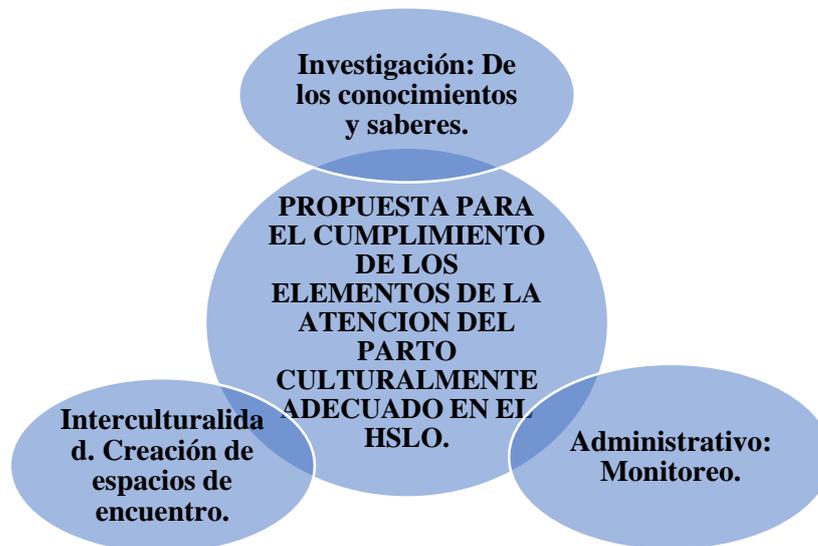
Fortalecer cumplimiento de los elementos de la atención del parto culturalmente adecuado en el hospital San Luis de Otavalo, mediante la investigación, espacios interculturales y monitoreo.

5.3.2. Objetivos específicos.

- Socializar los resultados de la investigación sobre el cumplimiento de los 7 elementos de la normativa sobre la atención del parto culturalmente adecuado.
- Generar acuerdos y compromisos con las autoridades para el cumplimiento de los elementos de la normativa, mediante el monitoreo permanente.
- Generar espacios de encuentro entre los médicos y los agentes de salud tradicional, mediante eventos interculturales para el fortalecimiento de la atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo.

5.4. Estrategia.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos; sugerimos tres ámbitos de acción: La investigación principalmente de la cultura local, por su escasa información, de sus conocimientos y saberes; la creación de espacios interculturales para el encuentro y la reflexión de los dos sistemas médicos y finalmente en la parte administrativa el monitoreo para el cumplimiento de las normas del Ministerio de salud pública. Ver gráfico.



Elaboración: María Mercedes Muenala.

Fecha: enero 2020.

La propuesta es a corto y mediano plazo, hasta obtener resultados positivos de forma sostenida en el HSLO y la satisfacción de las usuarias y su familia en lo que respecta a la Atención del Parto Culturalmente Adecuado.

A corto plazo se trabajará en la socialización de los resultados y creación de espacios interculturales entre los actores de los dos sistemas de salud.

Actividades, Cronograma y Responsables.

Ejes de Acción.	Actividades.	Meses												Responsables	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Investigación. De los conocimientos y saberes.	Socialización de los resultados de la investigación.	X	X												Mercedes Muenala
	Sugerir temas de investigación relacionados con el parto Culturalmente adecuado.			x											Mercedes Muenala
Interculturalidad. Creación de espacios de encuentro.	Intercambio de experiencias entre las parteras y los trabajadores de salud de Atención del parto.				x			x							Mercedes Muenala y responsables del HSLO.
	Proponer aprendizaje del kichwa, básico interactivo y su seguimiento.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Ministerio de Salud y de Educación.
	Taller de Cosmovisión y medicina indígena.							x			x				Mercedes Muenala y responsables del HSLO.
Administrativo: Monitoreo.	Monitoreo del cumplimiento de la Norma.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Responsables del HSLO y Distrito

5.5. Desarrollo.

La metodología de trabajo será participativa y lúdica especialmente en los talleres, misma que permitirá refrescar y servirá de herramienta para cumplir los conocimientos de quienes laboran en el Centro Obstétrico de manera práctica en la atención del Parto Culturalmente Adecuado.

5.5.1. Investigación.

El proceso de investigación se lo realizará mediante reuniones de trabajo con los profesionales de salud y personal que labora en el centro obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo, para ello es necesario realizar algunas tareas que llevara el cumplimiento de la socialización y proposición:

- Solicitud por escrito a las instancias respectivas según el órgano regular, para la autorización de dos eventos con el personal que labora en el Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo.
- Taller para socializar en los resultados de la presente investigación, de forma concisa, clara y detallada sobre el cumplimiento de cada uno de los elementos que son mencionados en la normativa específica. Enfatizando los elementos de menor cumplimiento.
- Reunión de trabajo para proponer temas de investigación sobre los saberes y conocimientos: plantas medicinales, formas de atención en las comunidades.

5.5.2. Interculturalidad.

Para el intercambio de experiencias, aprendizaje del kichwa y talleres de cosmovisión. Proponemos las siguientes tareas:

- Coordinación con las parteras y los médicos, obstetras y enfermeras del HSLO. que atienden el parto Culturalmente Adecuado.
- Realización del evento de intercambio de experiencia y elaboración de ña memoria.
- Proposición del aprendizaje del kichwa básico a los actores del parto culturalmente adecuado, mediante el curso interactivo Kuri Shimi.
- Dos talleres de capacitación sobre cosmovisión y salud andina kichwa.

5.5.3. Administrativo.

El presente eje se trabajará a partir de acuerdos para el monitoreo, aplicando las fichas ya establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

5.6. Sugerencias.

En el presente aspecto se realizará sugerencias para el cumplimiento de los elementos e incluso en su revisión para incorporar nuevos elementos.

- El nivel de cumplimiento de las diferentes normativas emitidas por el órgano Rector de Salud del país, deben alcanzar y superar el 80%, para ser consideradas como aceptables especialmente en lo referente a la aplicación.
- Es necesario que las autoridades institucionales verifiquen el cumplimiento de normativas, reglamentos y programas, en este caso particular poner énfasis en los elementos de menor o cero cumplimientos.

5.7. Conclusiones

- Existe un conocimiento relativo de parte del personal de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, acerca de las normas de la Guía Técnica de Atención Culturalmente Adecuado con contraste con la aplicación que es de bajo cumplimiento En este contexto la propuesta se enfocará en estrategias de reforzar el conocimiento y trabajar en el cumplimiento.
- Las estrategias serán dadas superando la idea de supervisión enfocado en el monitoreo in situ y el apoyo correspondiente incluso usando los instrumentos que llevan al cumplimiento de los estándares de la Atención del Parto culturalmente Adecuado.
- Las reflexiones de la socialización serán sugerencias a las autoridades competentes, como apoyo para incrementar el cumplimiento de los elementos.

5.8. Recomendaciones.

- Reforzar permanentemente, al profesional de salud sobre elementos de atención del parto culturalmente adecuado del Hospital San Luis de Otavalo, sobre normas en las cuales están los elementos y dar seguimiento para su cumplimiento.
- Buscar espacios de encuentro con las autoridades del Distrito y el HSLO para dar facilidades de tiempo y logística a los profesionales, para que asistan a la capacitación referente a la temática de elementos de atención del parto culturalmente adecuado.

CAPÍTULO VI

6. Conclusiones y recomendaciones.

6.1. Conclusiones.

- El estudio realizado a las mujeres que recibieron la Atención del Parto Culturalmente Adecuado con los profesionales de salud bajo esta modalidad proporcionó los siguientes resultados:
- Las principales usuarias son indígenas de los pueblos Otavalo y Kayanpi mayoritariamente con el 82% y el resto es de la población mestiza. La edad fluctúa entre 19 y 29 años, casadas que culminaron la secundaria.
- En relación a los profesionales que atendieron el Parto Culturalmente Adecuado, el 80% es mestizo con títulos de tercer y cuarto nivel y el 20% indígena con título de secundaria.
- El conocimiento con respecto a los elementos se visibiliza de la siguiente manera: el trato interpersonal a la llegada y durante el servicio de forma respetuosa y cordial, respondiendo a las inquietudes del paciente; la posición del parto de acuerdo a la elección y comodidad del paciente; el uso del abrigo y la vestimenta limpia según la costumbre y en la entrega de la placenta cuando los familiares lo solicitan, el porcentaje está entre el 80% y 100%. Los elementos en referencia al consumo de la alimentación y bebidas durante todas las fases del parto; en la información de manera clara y suficiente sin confundir ni atemorizar, el porcentaje está entre el 70% y 80%. El acompañamiento por un familiar o partera es el elemento con el porcentaje más bajo, con el 59%. El conocimiento del profesional a nivel general es alto.

- Al realizar el trabajo in situ y con las parturientas tres elementos: el trato interpersonal con la usuaria y especialmente con los acompañantes, en referencia a los familiares; el acompañamiento por parte de un familiar o partera; el abrigo y vestimenta de acuerdo a la costumbre local; la alimentación y bebidas son de poco o ningún cumplimiento.
- Existen cuatro elementos de mediano cumplimiento, el trato a la paciente; el respeto a la posición que elige la parturienta; la información clara y detallada y la entrega de la placenta. Es necesario resaltar con respecto a la información no se toma en cuenta el idioma que es un elemento fundamental para la comunicación adecuada. En cuanto a la entrega de la placenta solicitan que la comunicación para la entrega debe ser con los acompañantes y no con la parturienta.
- Si realizamos un promedio general en el conocimiento de los profesionales de acuerdo a las opciones respondidas el porcentaje es del 83%, mientras en el cumplimiento de acuerdo a la observación el promedio es del 59,36% y de acuerdo a las usuarias es del 53%. Existe una clara brecha entre el conocimiento y la aplicación y una baja gradual en los porcentajes. Esta realidad lleva a proponer algunas iniciativas para el cumplimiento de los elementos por ende la satisfacción de las usuarias y sus familias. El elemento de mayor cumplimiento es el de la posición del parto y los que tienen menor cumplimiento son el acompañamiento de un familiar o partera, la ingesta de alimentos y bebidas y el uso de la vestimenta de acuerdo a las costumbres locales.

6.2. Recomendaciones

- Fortalecer el elemento humano que atiende en la Atención del Parto Culturalmente adecuado con una visión de pluralismo cultural, de ser posible, con el aprendizaje de la lengua de las usuarias.
- En el acompañamiento a la mujer parturienta en el proceso de parto es pertinente enfatizar que permita la compañía de una persona de confianza desde el ingreso hasta finalizar el parto, respetando las decisiones de la usuaria.
- Sensibilizar a las autoridades en la toma de decisiones a dar seguimiento y monitoreo en el cumplimiento de las normas y por ende de los elementos de la atención de Parto Culturalmente Adecuado.
- En la formación de los profesionales, instituciones de educación superior, incluir nuevos temas de aprendizaje sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto, con la finalidad de que tengan dominios y competencias para trabajar en espacios donde cohabitan diversas culturas.
- La entrega de la placenta debe ser a partir de una estrecha relación con los familiares, mas no con la parturienta porque está hospitalizada y su estado físico no es apto para llevar la placenta. Los acompañantes son quienes deciden el destino de la placenta mediante un ritual que ejecuta cada pueblo o nacionalidad.

Bibliografía

- 2007-2008, A. N. (2008). *Constitución de la República del Ecuador 2008*. Quito.
- Altmann, P. (2015). Una breve historia de las organizaciones del movimiento indígena del Ecuador. *Confederación de Las Nacionalidades Indígenas del Ecuador*, 17.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2012). Proyecto ley orgánica general de salud, Código Orgánico de Salud. *Memorando No. PAN-FC-20012*, (pág. 56). Quito.
- Babymoon, B. (2014). *La placenta, esa gran desconocida*.
- Barral, B. (2018). Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos. *Mujer*, 1.
- Brownlee, T. K. (2017). *Caja de Herramientas comunitarias*. Obtenido de <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/cultura/competencia-cultural/organizaciones-culturalmente-componentes/principal>: <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/cultura/competencia-cultural/organizaciones-culturalmente-componentes/principal>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Suiza.
- CONSTITUYENTE, L. A. (1998). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Quito.
- Cueto, S. y. (2015). Significados de la Organización y Participación Comunitaria en Comunidades de Lima Metropolitana. *Revista Psicología Vol.33*, 33.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el Saber, Reinventar el Poder*. Montevideo, Uruguay: Trilce.
- Del Carmen, J. (2019). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios . *Scielo Salud Pública*.
- Dr. Barrera, G. J. (2019). *Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. Mexico.
- Dr. Barrera, G. J. (2019). *VIGILANCIA Y ATENCIÓN AMIGABLE EN EL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO*. MEXICO.
- Dr. Barrera, G. J. (2019). *VIGILANCIA Y ATENCIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO*. MEXICO: Coordinación Técnica de Excelencia Clínica.

- Dr. Barrera, G. J. (2019). *VIGILANCIA Y ATENCIÓN AMIGABLE EN ATENCIÓN DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO*. Mexico: Coordinación Técnica de Excelencia Clínica.
- GAD Otavalo. (2015). *Actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento territorial deñl GAD Cantonal Otavalo*. Otavalo. Recuperado el 01 de febrero de 2018
- Hugo, N. (2019). *Mortalidad Materna en el Ecuador: Una mirada crítica*. Quito.
- INEC. (2011). *Estadísticas Vitales - INEC*.
- Instituto de Altos Estudios Nacionales, IAEN. (2011). *La Gestión Pública Institucional y el Gobierno por Resultados*. Quito: IAEN.
- Joicy Anabel Franco Coffre a, L. G. (2018). Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi "Dr. José Cevallos Ruíz". *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. Vol. 2 núm., 1, , 722.
- Marya, A. (2017). *Caja de Herramientas Comunitarias*. Obtenido de <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/cultura/competencia-cultural/formando-relaciones/principal>
- May Bibiana Osorio-Merchán, A. L. (OCTUBRE - DICIEMBRE de 2008). *Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado*. Obtenido de SCIELO: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010
- México, Secretaría de Salud. (2014). http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado. En M. d. Pública, *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado* (pág. 37). Quito : Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *NORMATIVA TÉCNICA NACIONAL DE ATENCIÓN DE PARTO VERTICAL*. En R. Dr. Mideros M, *Alumbtramiento y Placenta* (pág. 16). Quito: MSP.

- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública, E. (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP. 1ra Edición*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2017). Norma General Técnica para la entrega de placenta . En M. d. Chile, *Norma General Técnica para la entrega de placenta* (pág. 6). Santiago, MINSAL 2017 : Ministerio de Salud Chile.
- MSP. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito: Sistema Nacional de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *untitled.pdf*. Obtenido de *untitled.pdf*.
- Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2016). *Centro de prensa de la OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.*, 8.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.*, 3.
- Panotto, N. (2018). *Descolonizar el Saber: El Pensamiento del - Otro como Estrategia Epistémica Socio-Política*. Obtenido de <https://redivep.com/sitio/wp-content/uploads/2018/04/DESCOLONIZAR.pdf>: <https://redivep.com/sitio/wp-content/uploads/2018/04/DESCOLONIZAR.pdf>
- Pérez, I., Caballero, V., & Velasco, M. (2017). Portada - Hidratación oral en el trabajo de parto. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*, 10.
- Rodríguez, L. (2008). *Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud*

- Sexual y Reproductiva*. Quito. Recuperado el 22 de Enero de 2018, de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
- Saz Piero P, Tejero Lainez M, Ortiz Lucas M. (2008). Aistencia al parto en casa. *Medicina Naturista*, 13-32.
- Valbuena Buitrago, W. (2016). *¿Cómo estudiar la interculturalidad desde el diseño? No hay interculturalidad sin creatividad*. Colombia: En Arquetipo volumen (13).
- Vance Mafla, C. (2013). *Código de Ética*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2013, de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf
- Vásquez, V. (Diciembre de 2016). *Repositorio Digital USFQ TESIS COLEGIO DE POSGRADO MAESTRÍAS Y OTROS POSGRADOS Tesis - Maestría en Salud Pública*. Recuperado el 23 de enero de 2018, de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/5943>
- World Medical Association. (2013). Recuperado el 02 de Junio de 2016, de World Medical Association-Políticas: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

ANEXOS

Anexo 1. Siglas

CODENPE.	Consejo de Desarrollo nacional de los Pueblos de Ecuador.
CONAIE.	Confederación de las Nacionalidad Indígenas del Ecuador.
DENEIB.	Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe
DNSPI.	Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas
FICI.	Federación de Comunidades indígenas y campesinas de Imbabura.
FONAKIS	Federación de Organizaciones de Nacionalidades Indígenas Kichwas de Sucumbios.
HSLO.	Hospital San Luis de Otavalo.
INSALUD.	Instituto Nacional de Salud.
INEC.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
LAC.	Latinoamérica y el Caribe
MAIS-FCI.	Modelo de Atención Integral de Salud, familiar, comunitario e intercultural
MCA.	Medicina Complementaria y Alternativa
MT.	Medicina tradicional.
OMS.	Organización Mundial de la Salud
ONU.	Organización de la Naciones Unidas.
OIT.	Organización Internacional de Trabajo.
SI.	Salud Intercultural

Anexo 2. Glosario de términos

ALTERNATIVO. Acción o derecho que tiene cualquier persona o comunidad para ejecutar algo o gozar alternando algo de ello con la otra.

CONVIVENCIA. Es la acción de convivir. En su acepción más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio.

CREENCIAS. Actitud mental que generada por consecuencia de los ritos y costumbres de las sociedades

CONOCIMIENTO. Acción y efecto de conocer, entendimiento, razón. Ciencia y sabiduría.

CULTURA. Características espirituales, materiales, intelectuales y afectivas que distinguen a una sociedad o grupo social en un tiempo determinado. Expresa las formas de vida sus avances y retrasos, sistemas de valores. La cultura hace que el hombre, tome conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, trabaje nuevos significados y busca obras que trasciendan.

DILATACION. Comprende desde el comienzo de los dolores de parto o contracciones hasta que cuello del útero se ha dilatado.

DERECHO. Tiene distintos significados como la forma de proceder de actuar de “una manera de actuar.” Otro significado se refiere al conjunto de normas jurídicas vigentes en un país.

DERECHOS HUMANOS. Son las normas universales internacionales que garantizan para garantizar y proteger a los individuos o grupos humanos cuando existen acciones que vulneran las libertades fundamentales y la dignidad del ser humano.

DIETA EN POSTPARTO. Régimen que se manda a las convalecientes, luego del alumbramiento o parto, en el comer y beber se entiende comida y bebida.

ENCADERAMIENTO. Consiste después de 3 o 5 días la partera realiza acciones de estabilizar el útero en el vientre de la madre, mediante técnicas de tanteo y amarres.

INTERCULTURALIDAD. Es un proceso continuo que requiere voluntad y sensibilidad de las partes; trabajan buscando establecer una relación social equitativa entre grupos de culturas y construyen nuevas estrategias, expresiones, sentidos y prácticas que desafían la prevalencia de una cultura sobre la otra.

MODELO Un modelo es una representación de un objeto, sistema o idea, de forma diferente al de la entidad misma. El propósito de los modelos es ayudarnos a explicar, entender o mejorar un sistema.

MANTEO. Consiste en sacudir o amaquear a la madre de un lado a otro, quien está recostada en una sábana con la finalidad de que el niño este en posición correcta para el embarazo.

PARTERA. Personas de experiencia que asiste a la parturienta, mujer sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta.

PARTO EN POSICION VERTICAL. Es cuando la madre se pone en posición vertical (cuclillas, sentada) situación que amplía y acorta el canal de parto, permitiendo que la articulación de la cadera se abra más para dar paso al bebé, facilita sus movimientos de rotación y permite que la fuerza de la gravedad ayude su descenso.

PARTO. El parto es el proceso por el cual el niño es expulsado del útero por la vagina, comienza con contracciones irregulares del útero cada 20 a 30 minutos.

PARTO NATURAL. No es simplemente un parto, que se produce gracias a la maravilla de la fisiología. Es opuesto al parto medicalizado, atendidos por la obstetricia convencional, en el cual la obstetricia sustituye a la fisiología de la mujer.

PLACENTA. Es el órgano que sirve para alimentar y proporcionar oxígeno al embrión. Su forma es redonda y aplanada como si fuera una “tortita”. Por una cara se pega a la pared del útero y por la otra el llamado cordón umbilical, un conducto por el que la sangre de la madre lleva el oxígeno y alimento al feto.

PUERPERIO. Período comprendido entre el final del parto y la recuperación de la mujer, en lo que se refieren los cambios anatómicos y fisiológicos que se habían producido durante el embarazo y Parto.

PROCESO. Es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que al interactuar juntas en los elementos de entrada los convierten en resultados.

TRADICION. Transmisión de noticias, composiciones literarias, doctrinas, ritos, costumbres, hechas de generación en generación.

RITUAL. Conjunto de ritos de una religión, de una iglesia o de una función sagrada. Estar impuesto por la costumbre.

Anexo 3. Instrumentos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO



Instituto de
Posgrado

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Ficha de Observación.

Objetivo: Obtener información sobre el cumplimiento de los elementos expuestos por el Ministerio de Salud Pública en la Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado con las mujeres que utilizaron el servicio de Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo en el Año 2018.

Instructivo: La presente ficha está dirigida a los profesionales de salud que brindan la atención a las mujeres en el parto con adecuación cultural en el hospital San Luis de Otavalo. No es necesario identificar, la única condición es que haya utilizado el servicio de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Las preguntas deben ser marcadas con una X

No. _____

OBSERVACION DE LA ATENCION DEL PARTO A PROFESIONALES DE LA SALUD

Elemento 1, El trato interpersonal hacia la usuaria y los familiares

1. Señale con quien mantiene comunicación durante la atención de una paciente en el centro obstétrico:	Personal de salud únicamente	
	Personal de salud y paciente	
	Personal de salud, paciente y familiares	
	Personal de salud y familiares	
2. ¿Cómo debe ser tratada la paciente que ingresa al	Respetuosa, cordial.	
	Emplea terminología comprensible.	
	Responde inquietudes de la paciente	

centro al servicio para dar a luz?	Interactúa con la partera y familiares del Pte.	
3. La valoración a las pacientes usted la debe realizar:	A su llegada, periódica mientras esta en el servicio	
	Solo a la llegada y salida	
	Únicamente durante la fase expulsiva	
	Solo a su salida	

Elemento 2, El acompañamiento durante el parto

4. El ingreso al centro obstétrico se permite:	Únicamente a las pacientes	
	A la paciente con un familiar o acompañante,	
	A la paciente con un familiar o acompañante y con la partera	
	A la paciente con su partera	

Elemento 3, Posición del parto

Qué actividades se cumplen al ingreso al servicio:	No se le da ninguna indicación	
	Le dice que el momento de expulsivo el parto se lo hará en la mesa ginecológica	
	Se le indica a las pacientes que puede elegir o adaptar la posición en la que ella se sienta más cómoda para parir	
Qué actividades se cumplen durante la fase de labor del parto:	Puede deambular por el área indicada para este efecto	
	Debe quedarse acostada del lado izquierdo en la cama que se le asigna	
	Se le permite estar en la cama en la posición que ella se sienta más cómoda	
	Se le da indicaciones de actividades a realizar durante esta fase y se permite su elección	
Qué actividades se cumplen durante la fase expulsiva:	Se debe atender en la mesa ginecológica para evitar complicaciones	
	Se le atiende en la posición elegida por la paciente en el área específica para ello	
Qué actividades se cumplen durante la fase de alumbramiento:	Se traslada a la paciente a una mesa ginecológica	
	Se le atiende en la posición elegida por la paciente	
	Se le atiende en el lugar del parto, se le pide que se recueste	

Elemento 4, Abrigo y vestimenta

En cuanto al abrigo y vestimenta la adecuación cultural del parto en este servicio	El servicio debe ofrecer ropa para la parturienta adecuada y abrigada	
	La paciente debe utilizar la vestimenta quirúrgica general que usan todos los pacientes en el hospital	
	Se debe permitir que la paciente use ropa según sus costumbres siempre y cuando esté limpia y permita la manipulación de la zona genital durante el parto	

Elemento 5, Alimentación

En lo relacionado a alimentación y bebida en el servicio:	No se debe permitir el consumo de bebidas ni de alimentos	
	No se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas con plantas medicinales desconocidas.	
	Se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas de plantas medicinales conocidas	
Las bebidas son permitidas	Únicamente en la labor del parto	
	Durante todas las fases del parto	
	Durante una fase específica, cuál.....	
	Únicamente en el post parto	

Elemento 6, Información

La información que se da a las pacientes y su acompañante se relaciona con:	Brindar información clara y suficiente para no confundir ni atemorizar	
	Permitir la aceptación o rechazo de procedimientos a realizarse.	
	Orientar sobre procedimientos, riesgos y consecuencias a realizarse	
	Resaltar los avances técnicos y prácticas locales en la atención del parto	

Elemento 7, Entrega de la placenta

En este servicio:	No se debe entregar la placenta.	
	Entregar la placenta si los familiares lo solicitan	
	Siempre de entregar la placenta.	

Gracias.

Anexo 4. Encuesta de conocimientos a usuarias.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO



Instituto de
Posgrado

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Objetivo: Obtener información sobre el cumplimiento de los elementos expuestos por el Ministerio de Salud Pública en la Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado con las mujeres que utilizaron el servicio de Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo en el Año 2018.

Instructivo: La presente encuesta está dirigida a las mujeres que recibieron la atención del parto con adecuación cultural en el hospital San Luis de Otavalo. No es necesario identificar, la única condición es que haya utilizado el servicio de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. En caso de no poder escribir puede solicitar que le hagamos la encuesta. Las preguntas deben ser marcadas con una X

1. ¿Cuántos años tiene Usted? _____

2. ¿Cuál es el nivel de estudio (Hasta que año estudió) que Usted tiene?

Ninguno	
Primaria Completa	
Primaria Incompleta	
Secundaria Completa	
Secundaria Incompleta	
Secundaria Completa	

3. ¿Usted cómo se autodefine como?

Mestiza
Indígena
Afro ecuatoriana
Montubia

4 ¿Su estado civil es?

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Divorciada
- Viuda

Elemento 1, El trato interpersonal hacia la usuaria y los familiares.

Señale entre quien se mantiene la comunicación durante la atención de una paciente en el centro obstétrico:	Personal de salud únicamente	
	Personal de salud y paciente	
	Personal de salud, paciente y familiares	
	Personal de salud y familiares	
¿Cómo se trata a la o las pacientes que ingresan al centro al servicio para dar a luz?	Respetuosa, cordial.	
	Emplea terminología comprensible.	
	Responde inquietudes de la paciente	
	Interactúa con la partera y familiares del Pte.	
La valoración a las pacientes se la realiza:	A su llegada, periódica mientras esta en el servicio	
	Solo a la llegada y salida	
	Únicamente durante la fase expulsiva	
	Solo a su salida	

Elemento 2, El acompañamiento durante el parto

El ingreso al centro obstétrico durante el parto se le permite a:	Únicamente a las pacientes	
	A la paciente con un familiar o acompañante,	
	A la paciente con un familiar o acompañante y con la partera	
	A la paciente con su partera	
El ingreso al centro obstétrico durante el parto se le permite a	En todas las fases del parto	
	En una de las fases. Cual?.....	
	Ninguna	

Elemento 3, Posición del parto

Qué actividades se cumplen al ingreso al servicio:	No se le da ninguna indicación	
	Le dice que el momento de expulsivo el parto se lo hará en la mesa ginecológica	
	Se indica a las pacientes que puede elegir o adaptar la posición en la que ella se sienta más cómoda para parir.	
Qué actividades se cumplen durante la fase de labor del parto:	Puede deambular por el área indicada para este efecto	
	Debe quedarse acostada del lado izquierdo en la cama que se le asigna	
	Se le permite estar en la cama en la posición que ella se sienta más cómoda	
	Se le da indicaciones de actividades a realizar durante esta fase y se permite su elección	
Qué actividades se cumplen durante la fase expulsiva:	Se debe atender en la mesa ginecológica para evitar complicaciones	
	Se le atiende en la posición elegida por la paciente en el área específica para ello	
Qué actividades se cumplen durante la fase de alumbramiento:	Se traslada a la paciente a una mesa ginecológica	
	Se le atiende en la posición elegida (arrodillada, cuclillas, sentada o parada) por la paciente	
	Se le atiende en el lugar del parto, se le pide que se recueste	

Elemento 4, Abrigo y vestimenta

En cuanto al abrigo y vestimenta la adecuación cultural del parto se permite en este servicio:	El servicio debe ofrecer ropa para la parturienta adecuada y abrigada	
	La paciente debe utilizar la vestimenta quirúrgica general que usan todos los pacientes en el hospital	
	Se debe permitir que la paciente use ropa según sus costumbres siempre y cuando esté limpia y permita la manipulación de la zona genital durante el parto	

Elemento 5, Alimentación

En lo relacionado a alimentación y bebida en el servicio:	No se debe permitir el consumo de bebidas ni de alimentos	
	No se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas con plantas medicinales desconocidas.	
	Se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas de plantas medicinales conocidas	
Las bebidas y alimentación son permitidas	Únicamente en la labor del parto	
	Durante todas las fases del parto	
	Durante una fase específica, Cuál.....	
	Únicamente en el post parto	

Elemento 6, Información

La información que se brinda a la paciente y su acompañante se relaciona con:	Brindar información clara y suficiente para no confundir ni atemorizar	
	Permitir la aceptación o rechazo de procedimientos a realizarse.	
	Orientar sobre procedimientos, riesgos y consecuencias a realizarse	
	Resaltar los avances técnicos y prácticas locales en la atención del parto.	

Elemento 7, Entrega de la placenta

En este servicio:	No se debe entregar la placenta.	
	Entregar la placenta si los familiares lo solicitan	
	Siempre debe entregar la placenta.	

GRACIAS.

Anexo 5. Encuesta de conocimientos a profesionales de la salud



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO



Instituto de
Posgrado

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Objetivo: Obtener información sobre el cumplimiento de los elementos expuestos por el Ministerio de Salud Pública en la Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado con las mujeres que utilizaron el servicio de Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo en el Año 2018.

Instructivo: La presente encuesta está dirigida a los profesionales que atendieron a las mujeres que recibieron la atención del parto en el hospital San Luis de Otavalo.

1. ¿Cuántos años tiene Usted? _____

2. ¿Cuál es el nivel de estudio (Hasta que año estudió) que Usted tiene?

Secundaria Completa	
Tecnología	
Superior	
Cuarto nivel	

3. ¿Usted cómo se autodefine como?

4 ¿Su estado civil es?

Mestiza/o			Soltera/o	
Indígena			Casada/o	
Afro ecuatoriana/o			Unión libre	
Montubia/o			Divorciada/o	
			Viuda/0	

Elemento 1, El trato interpersonal hacia la usuaria y los familiares

4. El trato interpersonal debe ser entre:

Personal de salud únicamente	
Personal de salud y paciente	
Personal de salud, paciente y familiares	
Personal de salud y familiares	

5. **¿Cómo debe ser tratada la paciente que ingresa al centro al servicio para dar a luz?**

Respetuosa, cordial.	
Emplea terminología comprensible.	
Responde inquietudes de la paciente	
Interactúa con la partera y familiares del Pte.	

6. **La valoración a las pacientes se la deber realizar:**

A su llegada, periódica mientras esta en el servicio	
Solo a la llegada y salida	
Únicamente durante la fase expulsiva	
Solo a su salida	

Elemento 2, El acompañamiento durante el parto

7. **El ingreso al centro obstétrico se debe permitir:**

Únicamente a las pacientes	
A la paciente con un familiar o acompañante,	
A la paciente con un familiar o acompañante y con la partera	
A la paciente con su partera	

Elemento 3, Posición del parto

8. Qué actividades se deben cumplir al ingreso al servicio:

No se le da ninguna indicación	
Le dice que el momento de expulsivo el parto se lo hará en la mesa ginecológica	
Se le indica a las pacientes que puede elegir o adaptar la posición en la que ella se sienta más cómoda para parir	

9. Qué actividades se deben cumplir durante la fase de labor del parto:

Puede deambular por el área indicada para este efecto	
Debe quedarse acostada del lado izquierdo en la cama que se le asigna	
Se le permite estar en la cama en la posición que ella se sienta más cómoda	
Se le da indicaciones de actividades a realizar durante esta fase y se permite su elección	

10. Qué actividades se deben cumplir durante la fase expulsiva:

Se debe atender en la mesa ginecológica para evitar complicaciones	
Se le atiende en la posición elegida por la paciente en el área específica para ello	

11. Qué actividades se deben cumplir durante la fase de alumbramiento:

Se traslada a la paciente a una mesa ginecológica	
Se le atiende en la posición elegida por la paciente	
Se le atiende en el lugar del parto, se le pide que se recueste	

Elemento 4, Abrigo y vestimenta

12. En cuanto al abrigo y vestimenta la adecuación cultural del parto menciona que:

El servicio debe ofrecer ropa para la parturienta adecuada y abrigada	
---	--

La paciente debe utilizar la vestimenta quirúrgica general que usan todos los pacientes en el hospital	
Se debe permitir que la paciente use ropa según sus costumbres siempre y cuando esté limpia y permita la manipulación de la zona genital durante el parto	

Elemento 5, Alimentación

13. En lo relacionado a alimentación y bebida en el servicio:

No se debe permitir el consumo de bebidas ni de alimentos	
No se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas con plantas medicinales desconocidas.	
Se debe permitir el consumo de bebidas elaboradas de plantas medicinales conocidas	

14. Las bebidas deben ser permitidas

Únicamente en la labor del parto	
Durante todas las fases del parto	
Durante una fase específica, cuál.....	
Únicamente en el post parto	

Elemento 6, Información

15. La información que se brinda a la paciente y su acompañante se relaciona con:

Brindar información clara y suficiente para no confundir ni atemorizar	
Permitir la aceptación o rechazo de procedimientos a realizarse.	
Orientar sobre procedimientos, riesgos y consecuencias a realizarse	
Resaltar los avances técnicos y prácticas locales en la atención del parto	

Elemento 7, Entrega de la placenta

En este servicio:

No se debe entregar la placenta.	
Entregar la placenta si los familiares lo solicitan	
Siempre de entregar la placenta.	

GRACIAS

Anexo 6. Galería fotográfica



