



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

TEMA:

“ESTUDIO DEL PROCESO COMUNICACIONAL SOBRE LAS BONDADDES DEL PARTO VERTICAL DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, EN LAS COMUNIDADES; ILUMÁN, CARABUELA, COTAMA Y AZAMA. PROPUESTA ALTERNATIVA DE INFORMACIÓN”

Trabajo de grado previo a la obtención del título de Licenciados en la Especialidad de Comunicación Social.

AUTORES:

Muñoz Juma Darwin Joel

Pavón Báez Badi Raúl

DIRECTOR: Dr. Galo Álvarez

Ibarra, 2012

ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de docente de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología de la Universidad Técnica del Norte.

CERTIFICO:

Que he analizado la Tesis de Grado con el tema “ESTUDIO DEL PROCESO COMUNICACIONAL SOBRE LAS BONDADES DEL PARTO VERTICAL DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, EN LAS COMUNIDADES; ILUMÁN, CARABUELA, COTAMA Y AZAMA. PROPUESTA ALTERNATIVA DE INFORMACIÓN” presentada por los estudiantes Muñoz Juma Darwin Joel y Pavón Báez Badi Raúl, para optar por el Título de Licenciados en Comunicación Social.

Considero que el presente trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 4 días del mes de diciembre del año 2012.

Dr. Galo Álvarez
Director de Tesis

DEDICATORIA

A mi madre Emma, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor; a mi adorada hija Emmita, luz de mi vida que es el motor que me obliga a funcionar y ser cada día mejor.

Darwin Joel

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio; a mi madre Piedad Báez, que desde pequeño me incentivó a salir adelante, que aunque ya no este conmigo, le sigo recordando y queriendo mucho, gracias por los momentos que me diste, porque sé que donde estés, me sigues protegiendo y acompañando en todo momento.

Badi Raúl

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica del Norte, por permitirnos alcanzar nuestra meta profesional, a todos nuestros profesores, quienes tuvieron la predisposición de transmitirme sus valiosos conocimientos con generosidad, paciencia, esmero y dedicación y de manera especial a nuestro Director de Tesis el Dr. Galo Álvarez, quien con sus conocimientos, experiencia y motivación, ayudó a consolidar este trabajo; a los directivos del Hospital San Luis de Otavalo, en especial al área de Parto Vertical y todo su personal, que desinteresadamente contribuyeron para la realización de esta investigación; a las familias de las comunidades del cantón Otavalo, razón de esta investigación; a todos ellos una vez más expresamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Darwin Joel y

Badi Raúl

ÍNDICE GENERAL

Aceptación del tutor	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice General.....	v
Resumen	ix
Summary	x
Introducción	1
Capítulo I	
1. El problema de investigación.....	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Planteamiento del problema.....	6
1.3. Formulación del problema	9
1.4. Delimitaciones	10
1.4.1. Delimitación de observación	10
1.4.2. Delimitación espacial.....	10
1.4.3. Delimitación temporal.....	10
1.5. Objetivos	10
1.5.1. Objetivo general	10
1.5.2. Objetivos específicos	11
1.6. Justificación.....	11
1.7. Resumen de capítulo	12
Capítulo II	
2. Marco teórico.....	13
2.1. Fundamentación teórica	13
2.1.1. Ecuador “Caupi/Alpa Mama”	13
2.1.2. Salud.....	15
2.1.2.1. La salud desde la concepción indígena	18

2.1.2.2. La salud con ENFOQUE INTERCULTURAL en la provincia de Imbabura	20
2.1.2.3. Atención integral de salud a la mujer indígena y campesina de Imbabura.....	21
2.1.3. La medicina tradicional.....	24
2.1.4. Tiempo nosotros para nosotros.....	26
2.1.5. Tiempo de encuentro	27
2.1.6. Determinantes sociales de la salud, para entender los inicios de la medicina con enfoque intercultural	31
2.1.7. El cantón Otavalo, la medicina tradicional a través de la casa de salud “Jambi Huasi”	32
2.1.8. La interculturalidad	34
2.1.8.1. La interculturalidad en Imbabura y Otavalo.....	35
2.2. Fundamentación conceptual	37
2.2.1. Comunicación	37
2.2.2. Procesos de la comunicación.....	37
2.2.3. Comunicación didáctica	38
2.2.4. Tipos de comunicación.....	38
2.2.4.1. Comunicación directa.....	38
2.2.4.2. Comunicación indirecta	39
2.2.4.3. Comunicación gráfica.....	40
2.2.5. Elementos del proceso de comunicación	41
2.2.6. Objetivos de la comunicación.....	44
2.2.7. Fuentes de comunicación	45
2.2.8. Periodismo	45
2.2.9. Señalética	45
2.2.9.1. Importancia de la señalética	46
2.2.10. Pictogramas	46
2.3. Posicionamiento teórico personal.....	47
2.3.1. Base legal	48
2.4. Glosario de términos	50

2.5. Resumen de capítulo	51
Capítulo III	
3. Metodología de la investigación	52
3.1. Tipo de investigación.....	52
3.1.1. Diseño.....	52
3.1.2. De campo.....	53
3.1.3. Descriptivo	53
3.2. Métodos.....	53
3.2.1. Inductivo.....	53
3.2.2. Deductivo	53
3.2.3. Analítico – sintético	53
3.3. Técnicas e instrumentos.....	54
3.3.1. Técnicas.....	54
3.3.1.1. Encuesta	54
3.3.1.2. Entrevista	54
3.3.1.3. Observaciones	54
3.3.2. Instrumentos	55
3.4. Población.....	55
3.5. Muestra	55
3.6. Resumen de capítulo.....	57
Capítulo IV	
4. Análisis e interpretación de resultados	58
4.1. Procesos	58
4.2. Interpretación de entrevistas	69
4.3. Resumen de capítulo.....	72
Capítulo V	
5. Conclusiones y recomendaciones	73
5.1. Conclusiones.....	73
5.2. Recomendaciones.....	75
Capítulo VI	
6. Propuesta alternativa.....	76

6.1. Título de la propuesta.....	76
6.2. Justificación.....	76
6.3. Fundamentación.....	76
6.3.1. Fundamentación social	76
6.3.2. Fundamentación educativa	77
6.4. Objetivos	77
6.4.1. Objetivo general	77
6.4.2. Objetivos específicos	77
6.5. Ubicación sectorial	78
6.6. Desarrollo de la propuesta	79
6.6.1. Comunicación para el desarrollo.....	79
6.6.2. Medios alternativos de comunicación	80
6.6.3. Desarrollo comunitario desde la comunicación alternativa.....	81
6.6.4. Estrategias de comunicación	81
6.6.5. Proceso del parto culturalmente adecuado	85
6.7. Impactos.....	89
6.7.1. Impacto social	90
6.7.2. Impacto económico	91
6.7.3. Impacto educativo	92
6.8. Difusión	93
6.8.1. Comunicación interna.....	93
6.8.2. Comunicación externa.....	94
6.8.3. Difusión general	94
6.9. Resumen de capítulo	95
Bibliografía.....	96
Anexos.....	99

RESUMEN

La presente investigación de “Estudio del proceso comunicacional sobre las bondades del parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo, en las comunidades de Ilumán, Carabuela, Cotama y Azama. Propuesta Alternativa de información”, fue un estudio de carácter no experimental de corte transversal y descriptivo, con métodos de investigación deductivo, inductivo y analítico sintético; con la aplicación de entrevistas y encuesta; la población estuvo constituida por 3.256 familias de las diferentes comunidades del cantón Otavalo, obteniéndose una muestra de 407 familias, a las que se aplicó la encuesta con una elección aleatoria simple. La presidenta de las parteras manifestó que se ha conseguido muchos logros con el parto culturalmente adecuado, rescatando los valores culturales ancestrales y respetando la privacidad y pudor de las parturientas; las autoridades del Hospital San Luis de Otavalo manifiestan que la difusión y promoción de este método de parto ha sido poco difundido por la falta de coordinación y apoyo gubernamental; en cuanto a los resultados de la encuesta aplicada, se aprecia que apenas el 34% de las familias que intervinieron en la investigación tienen pleno conocimiento de la atención de parto vertical que se brinda en el H.S.L.O., por lo que la concurrencia a esta área es reducida, la difusión ha sido muy pobre por parte de esta casa de salud, considerando las luchas constantes por la reivindicación cultural que ha tenido que pasar el pueblo indígena y el triunfo en la articulación de las dos medicinas para mejorar la calidad de vida de las comunidades indígenas. Es por ello que se contribuyó con medios alternativos de comunicación para promocionar y difundir el método de parto vertical directamente a las usuarias de las diferentes comunidades.

SUMMARY

The present research of "study of the communicational process on the benefits of vertical childbirth in Hospital San Luis of Otavalo in the communities of Iluman, Carabuela, Cotama and Valeria." "Alternative information proposal", was a study of non-experimental character of cross-sectional and descriptive, cut with deductive, inductive and analytical research methods synthetic; with the implementation of interviews and survey; the population was constituted by 3.256 families from different communities of the canton Otavalo, obtaining a sample of 407 families, to which the survey with a simple random choice was. The President of midwives said that many achievements have been with culturally appropriate birth rescuing ancestral cultural values and respecting the privacy and modesty of maternity; the authorities of the San Luis Hospital of Otavalo show that the dissemination and promotion of this method of delivery has been little disseminated by the lack of coordination and Government support; in terms of the results of the applied survey shows that only 34 per cent of the families involved in the research have full knowledge of the care of vertical birth provided in the H.S.L.O., by which the concurrence to this area is reduced, the spread has been very poor by this House of health considering the constant struggles by the cultural claim which has had to pass the indigenous people and the triumph in the articulation of two medicines to improve the quality of life of the indigenous communities. That is why that contributed with alternative means of communication to promote and disseminate the vertical birth method directly to users of different communities.

INTRODUCCIÓN

El proceso de comunicación y difusión del parto vertical con un enfoque de interculturalidad, género, equidad y respeto de los derechos de las poblaciones indígenas, se da con la finalidad de mejorar la calidad, accesibilidad y satisfacción de los/as y usuarios/as que acuden a las diferentes casas de salud del cantón Otavalo.

El abordaje de la atención de salud con estos enfoques pretende empoderar a la población especialmente de la zona rural al reconocer su cultura en un marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y acceso a los servicios.

La difusión del parto vertical, propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional que si bien son marcos conceptuales diferentes, no significa que tienen que estar contrapuestos, pudiendo complementarse. Implica rescatar las costumbres y posicionar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en la que desea ser atendida, reforzando el vínculo entre la madre, el bebe y el entorno familiar.

Este trabajo de investigación consta de seis capítulos, en los que se abarca los datos más trascendentales referentes a este tema:

En el capítulo I, se detalla los antecedentes, planteamiento y formulación del problema, delimitaciones, objetivos, preguntas específicas y justificación.

El capítulo II, abarca la fundamentación teórica, conceptual, posicionamiento teórico personal, glosario de términos y matriz categorial.

El capítulo III, trata sobre la metodología de la investigación, tipo, métodos, técnicas e instrumentos, población y muestra.

El capítulo IV, se desarrolla el análisis e interpretación de resultados, tanto de la encuesta, como de las entrevistas aplicadas.

En el capítulo V, se presenta las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

En el capítulo VI, se presenta la propuesta alternativa, los impactos generados y los medios alternativos de difusión.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Antecedentes

Los procesos de cambio en salud se están operando en el Ecuador, en diferentes niveles. La Constitución Política de 2008, favorece el reconocimiento de derechos de los pueblos indígenas, incluido su derecho a la salud. Este reconocimiento conlleva a revisar el enfoque tradicional de la salud pública que no diferenciaba a la población y que pretendía imponer un modelo homogéneo basado en un solo paradigma de la medicina para todos/as. Por el contrario, el Plan Nacional para el Buen Vivir señala que es necesario reconocer la diversidad como parte sustancial de la sociedad y como elemento que coadyuva al Buen Vivir a través del aprendizaje intercultural, la generación de sinergias y las posibilidades abiertas para nutrirnos de saberes, epistemologías, cosmovisiones y prácticas culturales distintas. El sistema nacional de salud se guía por principios de inclusión social y equidad, considerando los enfoques de género, interculturalidad y generacional. El Ministerio de Salud Pública, en consonancia con el mandato Constitucional y con el Plan Nacional de Desarrollo, está promoviendo una política intercultural en salud y en particular el desarrollo de modelos de salud reproductiva con ENFOQUE INTERCULTURAL.¹

Los Kichwa Otavalo, etnia indígena a quien debe su nombre la ciudad y toda la región, es uno de los pueblos más reconocidos dentro de

¹ Ministerio de Salud Pública, 2010. Hacia la construcción de un modelo de Salud Reproductiva con ENFOQUE INTERCULTURAL en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador.

toda la América India debido a un proceso sociocultural propio que le ha permitido fortalecer sus costumbres y tradiciones.

Otavalo es una región multiétnica y multicultural cuya población sobrepasa los noventa mil habitantes distribuidos en nueve parroquias rurales y dos urbanas. Los principales grupos étnicos los conforman los Kichwa Otavalo, compartiendo entre sí un espacio y cultura que se renueva cada día.

Otavalo cuenta con una infraestructura hospitalaria por más de sesenta años al servicio de sus habitantes, esta casa de salud ubicada al norte de esta ciudad con una extensión de dos hectáreas, fue creada en 1953.

De acuerdo a la categorización del Ministerio de Salud Pública, este hospital está catalogado como “básico”, con una capacidad de 120 camas para atender en cuatro especialidades: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, y cirugía.

Se cuenta con servicios complementarios como rehabilitación, imagenología, farmacia, trabajo social, control sanitario y educación para la salud. La modalidad de curación es curativa.

El Área de Salud N° 4 Hospital San Luis de Otavalo, proporciona servicios de salud con calidad, calidez, eficiencia y equidad a la comunidad, particularmente a los grupos de mayor riesgo biológico y social respetando su cosmovisión y basándose en una gestión transparente, descentralizada y participativa.

Esta casa de salud brinda atención las veinticuatro horas del día con los médicos residentes, los siete días de la semana; cuenta con 230

empleados y trabajadores, de los cuales 125 son empleados y profesionales.

El hospital brinda el servicio de atención prenatal, atención del parto, posparto, planificación familiar estos servicios en dos modalidades occidental y parto vertical. Es uno de los hospitales que aplica la ley de maternidad gratuita. Pese a que esta casa de salud es relativamente accesible, las autoridades constataron un déficit en la cobertura de atención a mujeres indígenas, particularmente de la atención durante el parto.

Una de las principales metas del Gobierno Nacional ha sido la creación de un plan para la reducción de la muerte materna, específicamente en Otavalo, el cual comprendía la capacitación de riesgos obstétricos y elaboración planes de parto con las mujeres de las comunidades de dicho cantón. Por esta razón, en 2008 se inició la aplicación de la normativa de "Atención de Parto Culturalmente Adecuado" del MSP, así como el desarrollo de los competencias interculturales en el personal de salud (curso básico de kichwa técnico para trabajadores de la salud), sensibilización y capacitación en interculturalidad y buen trato a las usuarias y parteras.

En 2009, se inició la incorporación de las parteras comunitarias en el Hospital San Luis de Otavalo para brindar atención del parto culturalmente adecuado, conjuntamente con el personal de salud las 24 horas. Con este tipo de actividades se da cumplimiento al principio de interculturalidad y se ha incrementado la cobertura de atención del parto intrahospitalario.

Otros aspectos constituyen el fortalecimiento de la red comunitaria con la participación de parteras, Equipos Básicos de Salud (EBAS),

actores comunitarios como: Comités de Salud, Juntas Parroquiales y Tenientes Políticos, con quienes se realizan mapas parlantes para la identificación de emergencias obstétricas y referencia oportuna; así como la identificación de grupos de riesgo, prevención de enfermedades y principalmente la certificación a las Parteras Comunitarias.

Hasta el momento se han realizado 1.080 controles de parto con atención intercultural en el Hospital San Luís de Otavalo y se atendieron, con la ayuda de parteras, 1.541 partos, lo que ha significado un ahorro de \$1.579.450 a la población.

A pesar de ser el área de salud número cuatro de la ciudad de Otavalo, una de las primeras a nivel de país en implementar la sala de parto vertical y sobretodo articular las dos medicinas, aun no se disminuye el alto grado de complicaciones relacionadas con el embarazo como factor principal de muerte en adolescentes entre 15 a 19 años de edad.

Cada año mueren por lo menos 529.000 mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo o parto. El 99% de estas muertes ocurren en los sectores rurales de cada país.

1.2. Planteamiento del problema

Existen varias causas como efectos de la no difusión de las ventajas que brinda la medicina occidental en articulación con la tradicional, sobre todo el espacio alternativo materno que mantiene la casa de salud del cantón de Otavalo.

Falta de difusión.- La falta de socialización de este tema, da lugar en muchas comunidades como en el sector urbano las muertes prematuras y maternas en aspectos generales.

Falta de presupuesto.- Si bien en el nuevo plan de salud que mantiene el gobierno central hace referencia a una salud intercultural, en las comunidades carecen de presupuesto para lograr fusionar estas dos medicinas.

No existe conocimiento de la medicina ancestral.- Muchos de los especialistas en el tema de la medicina occidental desconocen los beneficios y aportaciones que ha realizado por varios años lo ancestral en la prevención de muertes maternas así como de patologías generales.

Falta de importancia en el tema de las autoridades de la Salud Pública.- La no atención a este tema por parte de las autoridades de turno, en muchos sectores merma la posibilidad de generar una mayor asistencia a casos emergentes que se encuentran distantes de la ciudad y por ende de los centros de salud.

No existe capacitación y normalización.- En muchos sectores existen personas que se responsabilizan de esta medicina y asistencia en los partos de hogar sin el mayor conocimiento de la misma, aplicando de mala forma y perjudicando a las personas.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia.

Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.

La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.

La obstrucción del parto se produce cuando la cabeza del niño es demasiado grande para la pelvis de la madre o cuando tiene una mala posición para nacer. Una forma simple de identificar estos problemas tempranamente es el partograma (una gráfica de la progresión del parto y del estado materno y fetal). Los profesionales experimentados pueden utilizar el partograma para identificar y tratar el parto lento antes de que ponga en peligro la vida de la madre y del niño. En caso de necesidad se puede practicar una cesárea.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la planificación familiar, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.

Obstáculos a que las mujeres reciban la atención que necesitan

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 66% de las mujeres de los países en desarrollo se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada.

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos y medios solo realizan como mínimo cuatro consultas prenatales menos de la mitad de las embarazadas.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados. Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

1.3. Formulación del problema

¿De qué manera se puede difundir el tema sobre las bondades del parto vertical a través del modelo de atención con ENFOQUE INTERCULTURAL que brinda el Hospital San Luis de Otavalo, con una propuesta alternativa de información?

1.4. Delimitaciones

1.4.1. Delimitación de observación

Se realizó este estudio de investigación en el sector rural del cantón Otavalo, en las comunidades de Azama, Cotama, Carabuela e Ilumán, con una población de 3256 familias, lugares donde se determinó los procesos comunicacionales internos del objeto de estudio.

1.4.2. Delimitación espacial

La investigación se aplicó en el espacio materno alternativo del Hospital San Luis de Otavalo, para lo cual se creó una agenda cronológica para desarrollar el estudio.

1.4.3. Delimitación temporal

Esta investigación se realizó desde abril a septiembre del año 2012.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar cuál es el proceso comunicacional sobre las bondades del parto vertical, que realiza el Hospital San Luis de Otavalo, en las comunidades; Ilumán, Carabuela, Cotama y Azama.

1.5.2. Objetivos Específicos

- ❖ Diagnosticar la situación comunicacional que brinda el Hospital sobre las bondades del parto vertical.
- ❖ Analizar los contextos sociales e históricos de la salud desde el pensamiento indígena, su cosmovisión y colaboración con la medicina occidental.
- ❖ Establecer el nivel de conocimiento que tienen las madres de familia de varias comunidades del cantón Otavalo, sobre las bondades del parto vertical.
- ❖ Diseñar una propuesta general para comunicar y poner a criterio de la población Otavaleña el proceso de atención de la Sala de Parto Vertical del Hospital San Luis de Otavalo.

1.6. Justificación.

La presente investigación se justificó debido a la alta importancia que tiene establecer procesos comunicacionales en un área en donde acuden gran cantidad de personas, provenientes de diferentes sectores rurales del cantón, con la realización del estudio de los procesos comunicacionales internos se busca saber la realidad actual y planear un plan comunicacional interno a futuro en el Hospital San Luis de Otavalo.

El tema de estudio es original ya que nace de una motivación personal de los investigadores, al tener familiares que acudieron a esta propuesta del parto vertical y de esa manera se puede apreciar más claramente la problemática actual.

La presente investigación benefició a las 3256 familias de los sectores rurales del cantón Otavalo, que día a día utilizan este servicio, además benefició a los directivos y profesionales de esta casa de salud ya que van a brindar un mejor servicio, así mismo benefició a las autoridades responsables del tema tratado con la finalidad de buscar mejoras a las deficiencias existentes.

Las razones para investigar este tema fueron varias; una de las principales es concienciar en las personas, el proceso de lucha de los sectores rurales sobre todo de la etnia indígena para acentuar el reconocimiento y valor de los saberes medicinales interculturales que se originan en la experiencia y cosmovisión de los pueblos.

Esta investigación mantuvo la tentativa de aportar con temas científicos, educativos, sociales, tecnológicos, ecológicos, turísticos, fisiológicos, psicológicos etc.

Específicamente esta investigación así como la difusión benefició a una población interesada en el tema y llegó a quienes desconocían del parto vertical por la falta de difusión.

1.7. Resumen de capítulo

En el capítulo I, se encuentra detallado los antecedentes, planteamiento y formulación del problema, delimitaciones, objetivos y justificación, aspectos preliminares que detallan en forma general el trabajo de investigación.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentación Teórica

2.1.1. Ecuador “Caupi/Alpa Mama”

Situado en la mitad del mundo, Ecuador es un país de un poco más de 14 millones de habitantes². Al igual que otros países latinoamericanos el Ecuador es un país que se construyó con la ideología estatal del mestizaje. El proyecto de nación de las élites fue que la población a través de la mezcla racial y cultural se vaya blanqueando progresivamente pues se consideró que tanto los indígenas como los afro-descendientes eran impedimentos al progreso.

Debido a que el estado consideró que el Ecuador fue un país mestizo no se utilizaron categorías étnico-raciales o de color en los Censos Nacionales que se aplicaron desde la década del 50. Es por esto que los estimados de la distribución étnica del país fueron muy disímiles. Por ejemplo a mediados de los años ochenta la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador estimaba que el 45% de la población eran indígenas, mientras que académicos llegaron a concepciones más modestas que calculaban que alrededor del 9,2% eran indígenas si se tomaba en consideración hablar una lengua indígena y pertenecer a una comunidad.³

² Según Censo 2010, la población alcanza a 14'483.499 habitantes.

³ José Sánchez Parga, Población y Pobreza Indígena. Quito: CAAP 1996.

En el censo realizado el 2001 por primera vez incluyó preguntas sobre auto identificación étnica. En el censo efectuado en el 2011 se obtuvieron los siguientes datos: 71.9% se identificó como mestiza; 7.4% montubia; 7.2% afro-ecuatoriana; 7.0% indígena y un 6.1% blanca. Estos resultados demuestran el éxito relativo del proyecto estatal del mestizaje pues casi el 72 por ciento de la población se consideró mestizo. También demuestra que pese a las políticas estatales que a través de la educación buscaron transformar a todos los ecuatorianos en mestizos y a los estigmas racistas asociados con ser un indígena o un afro-descendiente un 7% se define como indígena y un porcentaje igual se define afro-ecuatoriano.

Las categorías étnico-raciales indígenas, mestizas, montubias, afro-ecuatorianas y blancas son construcciones sociales que varían con las condiciones socioeconómicas y política de la población.

La provincia de Imbabura, situada en la sierra norte de Ecuador, está habitada por cuatro grandes pueblos: Otavalos, Natabuelas, Karanquis y Kayambis. El cantón Otavalo tiene una población de 104.874⁴ habitantes, de los cuales 44.64% es mestiza y el 55.36\$ es indígena.

En el área de Otavalo al igual que en el resto de la sierra, el sistema de las haciendas constituyó un mecanismo de explotación económica y de dominación política y étnica. Pero a diferencia de otras regiones de fuerte presencia indígena, los Otavalos han alcanzado niveles de prosperidad económica basados en las artesanías, el turismo y la migración. Si bien la tradición textilera de los otavalos viene desde los tiempos de la Colonia, es a partir de los años cincuenta y sesenta en que se desarrolla la producción textil artesanal para el mercado turístico

⁴INEC Censo Poblacional 2010.

nacional e internacional. Se estima que alrededor de cuatro mil otavalos se han convertido en migrantes transnacionales.

La relativa prosperidad de algunas familias de la zona ha permitido que emerjan clases medias de intelectuales y profesionales indígenas. Por ejemplo, junto al poder organizativo de los indígenas y al poder de los artesanos y comerciantes se eligió y luego re-eligió a un alcalde indígena.

En todo caso esta relativa prosperidad no ha alcanzado a toda la población indígena de la zona que sigue viviendo en condiciones de pobreza.

2.1.2. Salud

Ecuador es uno de los países de la región con mayores desigualdades en materia de salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente solapándose en ocasiones sus actuaciones.

La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

La consulta nacional de 1997 atribuye cuatro roles del estado en salud:

- ❖ Rectoría
- ❖ Promoción de la salud
- ❖ Garantía de acceso equitativo a la atención y
- ❖ Provisión descentralizada de los servicios.

La estructura dependiente del MSP está muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Efectivamente, los médicos de MSP están contratados por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a los 450 U\$/mes (incluidas bonificaciones). Se estima que en el medio

rural existen menos de dos médicos de planta por 10.000 habitantes, el resto de médicos son residentes que hacen su año rural.

El gasto en salud total per cápita en dólares internacionales (2001) es de 177 dólares. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que el gasto per cápita para los afiliados al IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del MSP es de 33 dólares, es decir una cuarta parte.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría.

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más depauperadas.

A pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar adelante el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de transferencia de funciones a los gobiernos locales. Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

- ❖ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;
- ❖ Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- ❖ Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano,
- ❖ Programa Nacional de Nutrición y Alimentación, y la
- ❖ Ley de descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años.

Como ejemplo de descentralización relativa del SNS se han identificado cuatro cantones o municipalidades: Cotacachi, Pedro Moncayo, Cuenca y Guamote. Como denominador común destaca el alto grado de organización comunitaria, el apoyo político de las autoridades locales y la gran proporción de población indígena (Quichua). En todos los casos han desarrollado el plan cantonal de salud participativo pero en ningún caso han recibido fondos del Ministerio de Economía.

2.1.2.1. La salud desde la concepción indígena

La salud solo es posible entenderla en su contexto social y cultural. Por ello el significado cambia según la cosmovisión de los actores. Si bien en el mundo occidental, la salud se ha definido como un estado de bienestar y no solo de ausencia de enfermedad, en el mundo indígena el bienestar tiene un significado asociado al “buen vivir”, a la manera cómo influyen el ser humano, la comunidad, la naturaleza y los dioses, estrechamente relacionados entre sí de manera armónica. La enfermedad es la ruptura de ese equilibrio y armonía, por lo que la medicina se dirige a restablecer la armonía consigo mismo, con los demás, con la

comunidad, con los dioses. Los agentes de salud – curanderos – “yachacs”, forman parte de la tradición y de la vida de la comunidad; la relación terapeuta – paciente va mucho más lejos de la propia enfermedad, hacia una relación interpersonal y social que enfrenta la historia de dos individuos en el marco de una integración grupal.⁵

En la cosmovisión indígena, el principio de relacionalidad indica que todos los elementos que conforman la totalidad, el cosmos, están relacionados entre sí, son seres animados que se complementan y relacionan y que contribuyen al buen vivir en consonancia con los ritmos y en armonía con la Pachamama (Madre tierra). Este principio aplicado a la salud, significa que el ser humano tiene que ser visto en su totalidad, en su integridad. Cuando una persona se enferma, significa que se ha roto la armonía física y espiritual, por lo tanto el tratamiento busca restablecer ese equilibrio.

El principio de la complementariedad enseña que los opuestos son complementarios y forman un todo integral. El sol y la luna, el día y la noche, el hombre y la mujer, el frío y el calor, la oscuridad y la luz, la vida y la muerte, no son opuestos sino complementarios. La complementariedad se extiende también a la sexualidad pues todos los elementos de la naturaleza son sexuados. Este principio dual da significado a la vida y a la muerte, a la salud y a la enfermedad.

El principio de la reciprocidad o intercambio de favores permiten vivir en equilibrio con la naturaleza y los seres humanos. Es la compensación por todo lo que los humanos, la naturaleza y los espíritus hacen o dejan de hacer. En salud, se trata de intercambiar los saberes, compartir lo que se conoce, entregar la sabiduría, dar a otros, esta es la base para recibir.

⁵ ESTRELLA, E. La práctica de la Medicina Aborigen de la Sierra Ecuatoriana, 1978.

Estos principios de la cosmovisión indígena son esenciales para entender la propuesta de salud de Jambi-Huasi a la vez que evidenciar las diferencias con la perspectiva médica occidental, las dificultades a la vez que las posibilidades de diálogo intercultural en el campo de la salud.

2.1.2.2. La salud con ENFOQUE INTERCULTURAL en la provincia de Imbabura

En la presente investigación, la "ciencia" con el aval oficial ha segregado a otras medicinas alternativas, especialmente a la medicina tradicional y popular practicada por las comunidades indígenas y mestizas, estigmatizándola como empírica, lo cual ha provocado que su práctica se vuelva clandestina, aunque su demanda es diversificada, tanto de las propias familias comunitarias como de las familias metropolitanas.

Está claro que la medicina tradicional es una herramienta prehispánica sincretizada con la influencia de la medicina incásica y popular española, con alta capacidad para difundirse y que coexiste con el sistema formal de salud. En el área de estudio se logró identificar que la medicina tradicional está circunscrita entre: conocimientos populares sobre las enfermedades que no curan los doctores y sus respectivos remedios caseros, y los agentes de medicina tradicional.

Considerando el área de estudio, las cosmovisiones, conocimientos y prácticas, los recursos diagnósticos, terapéuticos y de sanación de la medicina tradicional forman un verdadero sistema de salud primario que guarda correspondencia con las peculiaridades culturales, sociales y familiares.

Igualmente encontramos que en las diversas comunidades de Imbabura se manejan conceptualizaciones variadas sobre la salud y

enfermedad, sin embargo de ello se puede apreciar claramente que el denominador común es la felicidad y el bienestar. Esta característica es común a todas las personas, como un anhelo o esperanza de la vida misma, operacionalizada también como la ausencia de dolor o sufrimiento a nivel individual, familiar y colectivo.

En conclusión la medicina tradicional vigente en el área de estudio es una mezcla de medicina popular y medicina indígena, como un efecto de la influencia que a través de los medios de comunicación la medicina occidental se comercializa y promociona en forma desmedida, como un producto objeto de mercado comercial. Por ello hablamos de la popularización de la medicina occidental a nivel de zonas urbanas, marginales y rurales especialmente de la provincia de Imbabura.

2.1.2.3. Atención integral de salud a la mujer indígena y campesina de Imbabura

En 1995 la INRUJTA-FICI y el Jambi Huasi, con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), fortaleció sus acciones de salud con el proyecto denominado “Atención de salud integral a la mujer indígena y campesina de Imbabura”, cuyos objetivos fueron:

- ❖ Revalorizar a los Jambikkuna⁶, y evidenciar la aplicación de los conocimientos y de lo que se trata la medicina indígena y diferenciarlos de los brujos o charlatanes.

- ❖ Profundizar el entendimiento de las causas de las “enfermedades” mediante una relación médico/paciente afectiva

⁶ La palabra Jambikkuna se refiere de manera general a todos los médicos indígenas, incluido el Yachak.

y cosmológica adecuada a la realidad cultural de indígenas y mestizos.

- ❖ Ampliar el nivel de resolución de los problemas de los pacientes complementando la medicina indígena con la medicina occidental a través de un sistema de referencia interno y en caso necesario establecer una referencia a un centro de mayor complejidad.
- ❖ Fortalecer el servicio de atención de salud productiva a la mujer a través del establecimiento de estrategias de alcance de atención a la familia.

Al intentar complementar los dos sistemas para la atención obstétrica se buscó por un lado rescatar la confianza que las mujeres depositaban en las parteras por el rol que estas tienen en la comunidad y por otro lado ofrecer un servicio institucional con capacidad resolutive técnica y un sistema de referencia en caso de complicaciones obstétricas. Esto implicó desarrollar primeramente un sistema de referencia interno entre los prestadores de los dos sistemas, personalizado, con establecimiento claro de los límites de ambos métodos, para garantizar la calidad de la atención y la credibilidad.

En el mismo año, Jambi Huasi realizó una investigación sobre la “Situación de salud de las mujeres indígenas de Imbabura encontrando que las tres primeras causas de morbilidad femenina (enfermedad) están relacionadas con el parto, las afecciones obstétricas directas y los abortos. Entre los datos más relevantes obtenidos están que el acceso a la atención de la salud de la mujer rural era escaso. El estudio mostró que el 40% de los partos no fueron atendidos en una institución y solamente el 29,2% de los partos fueron atendidos en el sistema formal de salud en el

nivel rural. Otro hallazgo importante fue que el 42% de los niños/as nacidos vivos fueron hijos/as de madres menores de 19 años. Esta información nos llevó posteriormente a desarrollar un programa de educación sexual con adolescentes en las escuelas y colegios bilingües (Kiwcha – Castellano).

Una muestra de 33 comunidades en la zona de trabajo de la FICI ratificó la escasa cobertura de los servicios institucionales de salud. Las mujeres indígenas acudían mayoritariamente a los agentes tradicionales de salud, en especial a las parteras para resolver sus situaciones de embarazo, parto, puerperio e inclusive aborto.

La investigación también planteó una paradoja. Si bien el embarazo en la cultura indígena es visto como un periodo de debilidad y cuidado, de limitación de la realización de ciertos trabajos y el parto es considerado como un momento de peligro para la vida de la mujer y del niño, debido a la pobreza y exclusión no se toman medidas compensatorias como cambios de la alimentación o del ritmo de trabajo durante el embarazo. Las mujeres manifiestan que trabajan hasta cuando tienen los primeros dolores del parto. En relación al parto la mayoría de las mujeres paren en su casa acompañadas de un familiar o a veces solas. En ocasiones solicitan el apoyo de una partera sobre todo cuando el parto es prolongado.

Como estrategia de acercamiento a las mujeres indígenas para atender su salud reproductiva Jambi Huasi organizó visitas comunitarias y domiciliarias para propiciar un acercamiento a las mujeres, sus familias y las comunidades. La posibilidad de brindar información directa, personalizada en su propia lengua, permitió ganar confianza y motivar su visita y consulta a Jambi Huasi.

La información obtenida, ofreció un mejor conocimiento de la situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y de las jóvenes, siendo el antecedente para fortalecer las actividades relativas a la salud reproductiva y la salud materna.

Por otra parte Hambi Huasi estableció en esta época una relación más cercana con el Ministerio de Salud, la Dirección Provincial de Salud y el Hospital Cantonal.

2.1.3. La medicina tradicional

La medicina tradicional en Ecuador, al igual que en otros países andinos, no es una antigualla. Si bien sus raíces pertenecen a un pasado de más de 10 mil años, su vigencia ha continuado a lo largo de cinco siglos de regímenes coloniales y republicanos. Dicha permanencia ha sido sostenida por los pueblos de más bajos recursos: indios, mestizos, montubios y campesinos, quienes han encontrado en la medicina tradicional una alternativa menos costosa y más coherente con su cosmovisión.

La salud integral, es un derecho del ser humano, como tal dentro de las manifestaciones implícitas de la cultura, debe ser valorado en sus distintas dimensiones. Dada la crisis económica que atraviesa nuestro país y la idiosincrasia de nuestro pueblo la medicina tradicional ha tomado un auge, auge que se debe también a los equilibrios que proporciona el hacer uso de la misma, es decir las pocas contraindicaciones médicas que provoca. La medicina tradicional, en el Ecuador tiene raíces históricas que se remontan diez mil años en el tiempo, cuya permanencia se ha hecho plausible a lo largo de tres siglos de colonia española y dos de vida republicana. Vigencia que ha sido sustentada en satisfacer las necesidades y cosmovisiones de los pueblos necesitados del Ecuador,

así se han nutrido con su esencia; indios, mestizos, montubios, campesinos, y otros grupos que han encontrado en ella una alternativa menos costosa y de fácil acceso.

Los viejos curanderos salen de la clandestinidad, difunden sus remedios, practican los ritos ancestrales, como una consecuencia del resurgir cultural que marca la época, sin embargo las estructuras de poder no han legalizado su ejercicio. Gracias a la iniciativa popular van alcanzando y proyectando sus necesidades. Prueba de ello se creó el proyecto de medicina tradicional "En la mira de nuestras abuelas", que se desarrolla en Calderón, una zona urbano-marginal de Quito. Proyecto piloto de salud pluricultural ha sido diseñado de manera participativa por madres de familia, curanderos y médicos.

La nueva medicina, no debe descartar posibilidades, debe ser un punto donde converjan de manera integral todos los viejos y nuevos conocimientos promoviendo una visión integral de la salud, que se exprese en el equilibrio espiritual, social, ambiental, mental y físico del hombre.

Los yachacs tienen el deseo de buscar soluciones para superar el prejuicio cultural de desvalorización y miedo a la medicina ancestral, luchando también porque su conocimiento milenario sea respetado por las transnacionales que ponen en peligro los delicados ecosistemas en América Latina. Es quizá este el conflicto cultural, que debemos superar; medicina tradicional, frente a medicina formal. Por un lado los laboratorios procesan, comercializa y lucran de las plantas y por otro lado el hombre ve en natura la posibilidad de salud familiar; en esta negación la corriente del nuevo ser humano es hallar los equilibrios necesarios para que la medicina como ya dijimos sea una expresión complementaria.

2.1.4. Tiempo nosotros para nosotros

A fin de prestar atención en el área de salud a los indígenas y de crear espacios en los cuales éstos no sean maltratados por el racismo, la INRUJTA-FICI en 1984 establece acuerdos con el Ministerio de Salud Pública (MSP), y con otras instancias gubernamentales para desarrollar en las comunidades obras de saneamiento básico y acciones para el reconocimiento y la capacitación de las parteras y de los agentes comunitarios. Se crea el área de salud Jambi Huasi de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura, con el afán de encontrar elementos que permitan desarrollar una propuesta alternativa de salud para los pueblos indios. Esta propuesta de la INRUJTA-FICI fue pensada por los nuevos líderes profesionales indígenas⁷ como un servicio exclusivo para las poblaciones indígenas. El manejo técnico y administrativo estuvo centralizado en la organización.

El servicio empezó a presentarse en un pequeño local alquilado, donde Jambi Huasi ofrecía un servicio de salud de los indígenas para los indígenas. El equipo estuvo conformado por un médico indígena con formación académica alopática general, un odontólogo y un yachak.

Inicialmente se tuvo una visión de saneamiento ambiental y no se consideraron los temas de salud, o de salud sexual y reproductiva a pesar de que se reconocía la necesidad de tratar problemas de salud de la mujer y de las madres. La falta de una especialista mujer en el equipo de trabajo, generó un vacío en la atención a las mujeres, puesto que ellas no se sentían cómodas siendo atendidas por un médico varón. El pudor de las mujeres indígenas, el recelo de sus esposos a que fuesen atendidas

⁷ Una nueva generación de líderes indígenas había accedido a la educación gracias a la relativa prosperidad de los comerciantes y artesanos de Otavalo y también gracias a que las iglesias, el estado y las ONGs dan becas para la educación de profesionales indígenas.

por médicos hombres, nos puso alerta a la necesidad de incluir a médicas para que les den mejores servicios a las mujeres indígenas.

A pesar de la motivación inicial (1984 – 1992) de generar una propuesta de salud intercultural, donde la Medicina Occidental y la Medicina Indígena se complementaran, la práctica nos llevó en un contexto de racismo a crear un servicio de indígenas para indígenas. Este fue visto como un espacio libre de racismo donde se dio no sólo atención sino que se respetó la humanidad de los pacientes.

Un modelo creado exclusivamente para el grupo poblacional indígena no facilitaba la visibilización de un modelo intercultural que responda a la atención de salud en localidades con población diversa, cuyo modelo sea incorporada en los servicios del Ministerio de Salud, en esta etapa, no se logró el reconocimiento de los Jambikkunas (personal de salud de la medicina indígena).

A pesar de que las mujeres eran la mayoría de las usuarias, no teníamos una respuesta a sus necesidades de salud reproductiva y no sabíamos cómo dar a conocer estas respuestas.

La gratitud absoluta de los servicios no garantizó la sostenibilidad institucional, y al contrario, en lugar de ser un factor de acercamiento a los/as usuarios/as atentaba contra el principio de la reciprocidad “Kamary”, fomentando el paternalismo y el clientelismo político en la comunidad.

2.1.5. Tiempo de encuentro

En 1994, coincidieron con la celebración de la Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo del Cairo (CIPD Cairo, 1994), la

INRUJTA-FCI tomó contacto con el Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, y propuso con base en los aprendizajes del periodo anterior, ejecutar un proyecto dirigido a la atención de salud integral a las mujeres indígenas y campesinas de Imbabura.

En esta época Jambi Huasi brindaba servicios de atención de medicina general alopática con dos médicas indígenas formadas académicamente; de medicina tradicional con dos jambi kunas – una partera y un yachak -; de odontología y de farmacia y herbolario.

La presencia de médicas indígenas formadas en la medicina occidental, pero con una fuerte identidad con su cosmovisión, fue un factor importante en la discusión y posterior definición del servicio, como un servicio intercultural. Paralelamente se inició un proceso de producción de la salud, visitas comunitarias “Purik Jambi Huasi”, para la atención en la comunidad y de emergencias. El interés del equipo no fue capacitar de manera formal y tradicional en las comunidades, sino observar y compartir las experiencias; establecer un diálogo con las personas para el reconocimiento y ejercicio de sus derechos individuales y sociales. El proyecto apoyo la sensibilización y capacitación en las comunidades para fortalecer la conciencia ciudadana en función del respeto a la dignidad y la identidad. La apuesta fue promover el ejercicio de la ciudadanía en los espacios cotidianos.

En este afán de integrar los dos sistemas de salud, se vivieron muchas tensiones y desencuentros tanto al interior del Jambi Huasi como en sus relaciones con otros servicios occidentales de salud. Algunos de los obstáculos que se enfrentaron fueron los siguientes:

Racismo y discriminación

Los médicos occidentales y los mismos usuarios de servicios no aceptaban que los indígenas también se hubiesen formado como médicos y pudieran realizar diagnósticos y tratamientos. Los estereotipos del indio analfabeto, sucio, incapaz, eran muy fuertes. La irrupción de nuevos profesionales jóvenes rompía éstos esquemas coloniales de que los indígenas eran solo agricultores o artesanos. Ahora había médicos indígenas. El racismo y la discriminación impedían reconocer las capacidades de los médicos indígenas. Muchos pacientes blancos y mestizos y muchos médicos no indígenas se resistían a ser tratados o a considerar que los diagnósticos de los médicos indígenas tenían validez científica. Esto dificultó la referencia y la contrarreferencia pues al aceptar pacientes referidos por médicos indígenas se dudaba de la validez del diagnóstico y de las competencias técnicas de dichos profesionales.

La discriminación del género y generación

El personal de salud de los hospitales públicos no sólo tenía prejuicios racistas en contra de los indígenas sino que también prejuicios y estereotipos de género. No podían aceptar la existencia de médicas indígenas pese a que algunas tenían formación en el exterior. Las doctoras indígenas eran discriminadas por ser mujeres. Tenían que comprobar su título y demostrar su capacidad técnica pues se asumía que tanto por ser mujer como indígena eran incompetentes y había que demostrar lo contrario. Para lograr que el Jambi Huasi gane el espacio que actualmente tiene fue necesario, que su directora y el equipo demuestren eficiencia en todos los servicios, en la generación de propuestas, y en los resultados de atención de los usuarios y usuarias.

A estos prejuicios se sumaron también las discriminaciones generacionales. Los prejuicios estaban arraigados en los usuarios internos (personal de los servicios) y en los usuarios externos (pacientes), que no entendían cómo una indígena pudiera ser médica, directora del Centro siendo tan joven. Esto ocasionó que no se aceptarían las normas administrativas excusándose en las prácticas culturales tradicionales. Por ejemplo, el manejo de normas de bioseguridad y distribución de los espacios que llevó a confrontaciones iniciales, fueron superadas con compromisos y acuerdos verbales y posteriormente se elaboró un reglamento interno que fue validado por todo el personal.

Cosmovisión en la organización del servicio

Las reglas que estableció la gerencia respondían a la lógica occidental. Por ejemplo, los horarios, los días de vacaciones, los días festivos, etc., correspondían a las fechas establecidas oficialmente que no consideraban la cosmovisión del personal indígena que buscaba compartir otros tiempos y rituales. La lógica de los Jambikkunas y del personal indígena por lo tanto era a veces diferente que el occidental. Algunas decisiones provocaron malestar en más de una ocasión entre los funcionarios administrativos y los Jambigkuna. Esta situación motivó al equipo a una constante reflexión y negociación para dar un buen servicio a la comunidad y responder a las necesidades culturales del personal y propiciar una armonía institucional.

Gratitud del servicio

Otro aspecto que se debatió largamente en el equipo fue una estrategia de sostenibilidad del centro sin violentar el fundamento para el que fue creado: servir a las poblaciones indígenas empobrecidas. El principio de reciprocidad fue entendido en el hecho de prestar una

atención que garantice la calidad a cambio de un valor mínimo en relación a lo que el sector privado cobraba en ese momento. La recuperación de costos no permitió establecer otro tipo de intercambios como el trueque con especies, pero si el hecho de que se practique la solidaridad, en el sentido de dar crédito en la atención en el caso de que en ese momento no cuenten con dinero o se llegue a subsidiar no solo la consulta sino la medicación de manera diferenciada.

2.1.6. Determinantes sociales de la salud, para entender los inicios de la medicina con ENFOQUE INTERCULTURAL

Los Ministros y Ministras de Salud del Área Andina, en respuesta a las iniciativas orientadas a brindar servicios de salud con ENFOQUE INTERCULTURAL, emitieron las Resoluciones REMSAA XXVII/417 2006 y REMSAA/438/marzo 2007, que permitieron la Constitución de la Comisión andina de salud Intercultural y la elaboración del Plan Andino de Salud Intercultural, respectivamente.

Las acciones en Salud Intercultural llevadas a cabo en los países andinos han estado orientadas a reconocer e incorporar aspectos culturales de la medicina tradicional, en el proceso de atención de salud, valorando la diversidad cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad; perspectiva que busca articular las prácticas de la medicina tradicional y de la medicina occidental; así como, disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud.

El Derecho a la Autodeterminación de los pueblos considerada en el Convenio 169 de la Organización Internacional de 1989 (ratificada por todos los países andinos) y en la Declaración de Naciones Unidas de septiembre de 2007, así como también las legislaciones de algunos de los

países andinos obligan a los Estados a definir políticas, estrategias, planes, programas, etc. que garanticen el ejercicio pleno de los derechos de los pueblos indígenas y originarios.

Como resultado de las reuniones sostenidas por los miembros de la Comisión Andina de Salud Intercultural, se ha establecido como objetivo general del Plan Andino, fortalecer las acciones que se vienen en el marco de los Planes Nacionales de Salud contribuyendo al ejercicio de los derechos de las poblaciones indígenas, promoviendo espacios de concertación social que permita la construcción de modelos de salud que responda a las culturas de los pueblos originarios y de los afro descendientes, al empoderamiento de dichas poblaciones y mejorar la salud de la población indígena de los países miembros del Organismo Andino de Salud (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

2.1.7. El cantón Otavalo, la medicina tradicional a través de la casa de salud “Jambi Huasi

Las prácticas tradicionales que involucran atención preventiva y curativa de la salud han existido desde hace miles de años, y en la actualidad con frecuencia se utilizan junto con la medicina moderna. De los más de 300 millones de indígenas que hoy viven en el mundo, se estima que 42 millones residen en las Américas.

Representan miles de diferentes culturas y grupos Étnicos cuya supervivencia se debe en parte a la eficacia de sus prácticas tradicionales de salud. A lo largo de varios siglos, los pueblos indígenas de esta región han desarrollado una compleja serie de prácticas, además de una comprensión del cuerpo humano que tiene su propia lógica y estructura internas.

El equilibrio y la armonía con la naturaleza y con otros seres se consideran la base de la salud. La enfermedad se produce cuando ese equilibrio se altera, y la curación se logra cuando se restablece la armonía entre la persona enferma y su entorno. La salud también depende del cumplimiento de normas sociales y obligaciones morales.

En los países andinos de América del Sur, como Ecuador, Bolivia y Perú, la medicina tradicional todavía desempeña un importante papel en la atención de la salud de las comunidades indígenas, en particular en zonas rurales alejadas que están fuera del alcance de los servicios gubernamentales de salud. De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80 por ciento de la población de los países en desarrollo depende de sistemas tradicionales de curación como principal fuente de atención de la salud.

La clínica Jambi Huasi de Otavalo, una localidad situada a 112 kilómetros al norte de Quito, la capital del Ecuador, ha desarrollado un enfoque altamente efectivo para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones indígenas que atiende. Jambi Huasi, que significa > en quechua, el idioma que predomina en la zona, provee una mezcla de medicina moderna y tradicional. Entre los profesionales tradicionales figuran un médico (yachac), una partera (mamahua) y un quiropráctico (jacudor). Los servicios médicos occidentales incluyen medicina interna, ginecología, pediatra, cirugía menor y odontología. Cada servicio también incluye asesoramiento culturalmente apropiado y actividades de promoción de la salud.

Según la Dra. Myriam Conejo, coordinadora de Jambi Huasi, uno de los principales objetivos del centro es vincular la medicina tradicional y occidental proveyendo atención con carácter gratuito.

2.1.8. La Interculturalidad

Se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia. Es importante aclarar que la interculturalidad no se ocupa tan solo de la interacción que ocurre, por ejemplo, entre un chino y un boliviano, sino además la que sucede entre un hombre y una mujer, un niño y un anciano, un rico y un pobre, un marxista y un liberal, etc.

Por supuesto, la interculturalidad está sujeta a variables como: diversidad, definición del concepto de cultura, obstáculos comunicativos como la lengua, políticas poco integradoras de los Estados, jerarquizaciones sociales marcadas, sistemas económicos exclusionistas, etc. Es decir que la interculturalidad se ha utilizado para la investigación en problemas comunicativos entre personas de diferentes culturas y en la discriminación de etnias, principalmente. Otros ámbitos de los estudios interculturales son aplicados en el ámbito de la educación, los estudios de mercado y su aplicación en el diseño de políticas en Salud. Según Almaguer, Vargas y García (2007), la interculturalidad del siglo XXI tiene referentes precisos en los modelos de comunicación de masas en los Estados Unidos en la década de los 50's, los modelos de comunicación intercultural y migración en España y la integración Europea, cuyo principal teórico es Miquel Rodrigo Alsina, investigador de comunicación en la Universidad Autónoma de Barcelona. Otro elemento presente en los modelos y los procesos de gestión intercultural, son los desarrollados por los pueblos indígenas en Nicaragua de la Costa Atlántica, la lucha de los

pueblos Mapuches en Chile y las poblaciones indígenas en Bolivia, que bajo un ENFOQUE INTERCULTURAL autonómico han sido planteados por estudiosas como Myrna Cunninham y Alta Hooker.

Según el sociólogo y antropólogo Tomás R. Austin Millán *"La interculturalidad se refiere a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura. Si a uno o varios de los grupos en interacción mutua se les va a llamar etnias, sociedades, culturas o comunidades es más bien materia de preferencias de escuelas de ciencias sociales y en ningún caso se trata de diferencias epistemológicas"*.

Otras variables a las que se expone son: inserción e integración, en la primera se asume la presencia física de las personas a un determinado espacio donde prevalece la cultura dominante o mayoritaria, en el segundo caso, no solo se acepta sino que entra en juego la disposición a interactuar de manera intelectual, psicológica, y cultural al no solo dar por aceptada a la nueva cultura, además disponerse a conocerla, respetarla y aprender de ella en interacción mutua entre las mayorías y minorías culturales, dando como resultado un proceso intercultural (entre culturas).

2.1.8.1. La interculturalidad en Imbabura y Otavalo

Desde la independencia de las naciones latinoamericanas, uno de los desafíos más difíciles ha sido la convivencia armónica entre los diferentes grupos étnicos, el racismo y la exclusión.

Sistemática e institucionalizada de los ciudadanos indígenas, así como la imagen del indígena en términos como "raza vencida", "el pobre indio" etc. Son factores que hasta la Actualidad indican un

fracaso de las democracias latinoamericanas desde la perspectiva étnica. Si bien es cierto que hablar de indígenas en Ecuador frecuentemente es sinónimo a hablar de pobreza, hay excepciones de esta tendencia. En este artículo se analizará la lucha indígena y el reto asociado de la interculturalidad en el cantón de Otavalo, situado en la provincia Imbabura en la Sierra Norte ecuatoriana. Otavalo ha sido destacado como una sociedad particular donde los ciudadanos indígenas han logrado mejoras económicas y sociales, sin perder sus valores culturales fundamentales. A través de su artesanía, comercio y diversos procesos migratorios lograron superar los obstáculos tradicionales de la discriminación tradicional y volver la zona urbana indígena en vez de blanco-mestiza.

Mario Conejo Maldonado, sociólogo e hijo de comerciantes artesanales, fue electo como primer alcalde indígena de Otavalo en el año 2000, representando el movimiento político Pachakutik interculturalidad ha introducido cambios institucionales, políticos, económicos, sociales y culturales. Asimismo, Conejo se ha esforzado en confrontar la tarea tan difícil de unir los grupos étnicos de su cantón. Como un reconocimiento de estos esfuerzos de integración étnico-social, Otavalo fue declarada capital intercultural de Ecuador por el Congreso de la República en octubre de 2003.

No obstante, tensiones de carácter étnico emergieron ya desde la campaña electoral del año 2000 y a partir de entonces Pachakutik-Otavalo se ha caracterizado por pugnas internas y sectarismo. Conejo fue reelecto alcalde por Pachakutik en 2004, pero los conflictos internos del movimiento provocaron su desafiliación en enero de 2000, y más tarde el mismo año.

La transición económica otavaleña, inclusive los procesos migratorios y, sobre todo, las transformaciones socio-económicas para los ciudadanos indígenas, cimentaron la base sociopolítica y asimismo las perspectivas y probabilidades de éxitos para un nuevo movimiento político indígena (e intercultural). Asimismo, el factor de la educación es importante, ya que Mario Conejo y otras personalidades otavaleñas han regresado a su cantón con títulos universitarios.

2.2. Fundamentación conceptual

2.2.1. Comunicación

La comunicación es uno de los procesos más importantes y complejos que lleva a cabo el ser humano. Por ello es importante tomar conciencia y asumir el control de lo que comunicamos para ser eficientes y obtener el máximo de las personas y las situaciones.

(Publicaciones Vértice, 2008), afirma que la comunicación es “la facultad que tiene el ser vivo de transmitir al otro, u otros, informaciones, sentimientos y vivencias..., la comunicación es la transferencia de un mensaje, de un emisor a un receptor” pág.33.

2.2.2. Procesos de la Comunicación

La página web (www.relacionesypubli.lacoctelera.ne, 2008), afirma que: “la comunicación es el proceso en que intervienen dos autores auxiliados por unos medios para que el mensaje objeto de la comunicación circule desde el origen hasta el destino”.

La comunicación es un elemento dinámico. Los teóricos entienden la comunicación como un proceso que establece una relación de las

personas entre si y las organizaciones sociales de forma que la comunicación influyen la vida del ser humano tanto en el aspecto individual como en su dimensión social. No hay ningún acto de comunicación en el cual no haya persuasión. Detrás del acto de comunicar hay una intencionalidad. La información existe aunque no sea comunicada, es una información transmitida y recibida.

2.2.3. Comunicación Didáctica

De acuerdo a (Galera, 2001): “la comunicación didáctica es el conjunto de procesos que facilitan el traspaso de la cultura de una sociedad a sus miembros más necesitados de ella, generalmente las personas en edad escolar o juvenil, pero también las personas adultas con necesidades de formación, las personas inmigrantes....” pág.3.

La comunicación didáctica es estratégica, y se basa en conjuntos de acciones comunicativas intencionadas hacia el logro de aprendizajes, es el eje principal de la gestión del ambiente de aprendizaje, cuando ejercemos una comunicación de tipo didáctico, es porque pensamos que todo lo que se dice, la manera en que se dice, la escucha activa del educando y la interpretación que se hace de sus productos comunicativos, las acciones de producción de parte del educando y la retroalimentación, representan actos didácticos complejos: no sólo se aprende del contenido del mensaje, sino también de la forma.

2.2.4. Tipos de Comunicación

2.2.4.1. Comunicación Directa

Para (Palma, Garrido, Sanchez, & Quesada, 2003), la comunicación directa: “se caracteriza por que el emisor identifica explícitamente al receptor del mensaje en la operación del envío. El receptor a su vez identifica al emisor del mensaje, estableciéndose automáticamente un enlace de comunicación entre ambos...” pág. 219.

La comunicación directa se caracteriza por su mayor fuerza expresiva, por lo que contiene elementos sintomáticos del hablante y del oyente: tics, muletillas, lapsus, anacolutos, etc. Echa mano muy a menudo de las modalidades expresiva y apelativa del lenguaje: pronombres personales, apelaciones, vocativos, exclamaciones, insultos, mandatos directos, etc.

2.2.4.2. Comunicación Indirecta

Según (Arce, 1963): “la comunicación se realiza sin mediar relaciones personales íntimas, que algunos autores llaman relaciones “cara a cara”. Por el contrario, se utilizan medios indirectos, tales como radio, periódicos, revistas, folletos, cartas circulares, telégrafo, cine y televisión. La comunicación indirecta se conoce corrientemente como comunicación para las masas” pág.98.

La comunicación directa se caracteriza por su mayor fuerza expresiva, por lo que contiene elementos sintomáticos del hablante y del oyente: tics, muletillas, lapsus, anacolutos, etc. Echa mano muy a menudo de las modalidades expresiva y apelativa del lenguaje: pronombres personales, apelaciones, vocativos, exclamaciones, insultos, mandatos directos, etc.

Existen dos grandes formas de comunicación indirecta o de masas:

a) Comunicación Social

Para la página web (www.victorsolano.com), la comunicación social es: “un campo de estudio que explora principalmente las áreas de la información que puede ser percibida, transmitida y entendida, así como el impacto que puede tener en la sociedad. De este modo, el estudio de la comunicación social es política y socialmente más complejo que el simple estudio de la comunicación, aun manteniendo la consideración anterior”.

b) Comunicación Comercial

La comunicación comercial para (García, 2008), es: “aquella cuyo propósito es producir una reacción de la persona, en el campo de sus actuaciones como comprador o usuario. Adopta diferentes formas de comunicación externa, a disposición de la empresa, en su relación con el mercado: publicidad, promoción de ventas, fuerza de ventas, merchandising, relaciones públicas...” pág.29.

Los consumidores necesitan información porque hay una gran amplitud de productos en el mercado. Además no se conoce todos los productos que existen y aun conociéndolos no sabemos cuál puede satisfacer mejor nuestra necesidad.

2.2.4.3. Comunicación Gráfica

La comunicación gráfica y las ilustraciones son complemento para la comunicación de tipo verbal, se refiere a los apoyos gráficos que se utilizan tanto para apoyar un mensaje como para transmitir una idea completa.

Vela 2003, afirma que: “la comunicación gráfica, como cualquier tipo de comunicación, también necesita de un emisor, un receptor, un mensaje, un código, y un canal: pero tiene ciertas particularidades que la distinguen de cualquier otro tipo de comunicación..., la comunicación gráfica, la respuesta de la interacción no es inmediata, por lo tanto es más difícil contrastar su éxito, ya que no tendremos interlocutor que nos indique si nos ha entendido o no, o si el mensaje le es o no útil” pág.5.

Las organizaciones utilizan diagramas de avance, mapas, logotipos, iconos y otro tipo de gráficos para complementar la actividad de

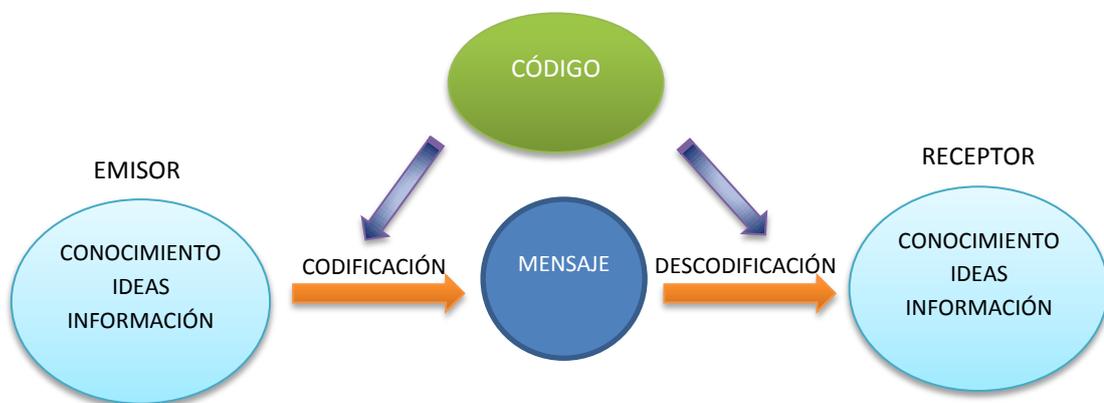
comunicación. Es importante combinar las ilustraciones con palabras bien seleccionadas para lograr el éxito de la comunicación.

De igual manera, las fotografías, pinturas y similares obras de arte tienen una función de comunicar por sí mismas, por medio de la imagen que transmiten.

2.2.5. Elementos del Proceso de Comunicación

Los elementos o factores de la comunicación humana son: fuente, emisor o codificador, código (reglas del signo, símbolo), mensaje primario (bajo un código), receptor o decodificador, canal, ruido (barreras o interferencias) y la retroalimentación o realimentación (feed-back, mensaje de retorno o mensaje secundario).

Gráfico Nº 1 Elementos del Proceso de Comunicación



De acuerdo a la página web (www.mitecnologico.com), los elementos del proceso de comunicación son:

- a) **Fuente:** Es el lugar de donde emana la información, los datos, el contenido que se enviará, en conclusión: de donde nace el mensaje primario.

- b) Emisor o codificador:** Es el punto (persona, organización...) que elige y selecciona los signos adecuados para transmitir su mensaje; es decir, los codifica para poder llevarlo de manera entendible al receptor. En el emisor se inicia el proceso comunicativo.
- c) Receptor o decodificador:** Es el punto (persona, organización...) al que se destina el mensaje, realiza un proceso inverso al del emisor ya que en él está el descifrar e interpretar lo que el emisor quiere dar a conocer. Existen dos tipos de receptor, el pasivo que es el que sólo recibe el mensaje, y el receptor activo o perceptor ya que es la persona que no sólo recibe el mensaje sino que lo percibe y lo almacena. El mensaje es recibido tal como el emisor quiso decir, en este tipo de receptor se realiza lo que comúnmente denominamos el feedback o retroalimentación.
- d) Código:** Es el conjunto de reglas propias de cada sistema de signos y símbolos que el emisor utilizará para transmitir su mensaje, para combinarlos de manera arbitraria porque tiene que estar de una manera adecuada para que el receptor pueda captarlo. Un ejemplo claro es el código que utilizan los marinos para poder comunicarse; la gramática de algún idioma; los algoritmos en la informática..., todo lo que nos rodea son códigos.
- e) Mensaje:** Es el contenido de la información (contenido enviado): el conjunto de ideas, sentimientos, acontecimientos expresados por el emisor y que desea transmitir al receptor para que sean captados de la manera que desea el emisor. El mensaje es la información.

- f) **Canal:** Es el medio a través del cual se transmite la información-comunicación, estableciendo una conexión entre el emisor y el receptor. Mejor conocido como el soporte material o espacial por el que circula el mensaje. Ejemplos: el aire, en el caso de la voz; el hilo telefónico, en el caso de una conversación telefónica.
- g) **Referente:** Realidad que es percibida gracias al mensaje. Comprende todo aquello que es descrito por el mensaje.
- h) **Situación:** Es el tiempo y el lugar en que se realiza el acto comunicativo.
- i) **Interferencia o barrera:** Cualquier perturbación que sufre la señal en el proceso comunicativo, se puede dar en cualquiera de sus elementos. Son las distorsiones del sonido en la conversación, o la distorsión de la imagen de la televisión, la alteración de la escritura en un viaje, la afonía del hablante, la sordera del oyente, la ortografía defectuosa, la distracción del receptor, el alumno que no atiende aunque esté en silencio. También suele llamarse ruido.
- j) **Retroalimentación o realimentación (mensaje de retorno):** Es la condición necesaria para la interactividad del proceso comunicativo, siempre y cuando se reciba una respuesta (actitud, conducta...) sea deseada o no. Logrando la interacción entre el emisor y el receptor. Puede ser positiva (cuando fomenta la comunicación) o negativa (cuando se busca cambiar el tema o terminar la comunicación). Si no hay realimentación, entonces solo hay información más no comunicación.

2.2.6. Objetivos de la Comunicación

De acuerdo a (Ildefonso, 2006), los objetivos de la comunicación son los siguientes:

- ❖ Informar: sobre la existencia de los productos, dar a conocer su aparición.
- ❖ Posicionar: productos en las mentes de los consumidores.
- ❖ Modificar Conductas: para atraer compradores de otras marcas.
- ❖ Enseñar a usar los Productos: las organizaciones pueden ayudar a que los consumidores adopten productos nuevos.
- ❖ Reforzar conductas: mediante la comunicación se puede poner de relieve las recompensas a las conductas del consumidor.
- ❖ Recordar la Existencia de los Productos: a veces la comunicación dirige a recordar a los consumidores que siguen existiendo en el mercado.
- ❖ Estimular la Demanda: en ocasiones persigue incrementar las ventas en combinación con ciertas actividades promocionales.
- ❖ Despertar Interés: sobre ciertos productos y persuadir para que se consuman.

La comunicación en la organización hace referencia al proceso por el que se trasmite y recibe información relevante desde el punto de vista organizacional. Es un proceso que afecta y es afectado por todas las

características de una organización: Las organizaciones están compuestas por individuos y grupos cuya relación exige un tipo de comunicación; además; se orienta hacia fines y objetivos que, en alguna medida, deben ser conocidos por sus miembros; la diferenciación de funciones requiere comunicación para su delimitación y para el establecimiento y puesta en práctica tanto de los tipos de interacciones necesarias entre las personas como de los mecanismos de información disponibles para cada tipo de funciones.

2.2.7. Fuentes de Comunicación

(Armentia & Caminos, 2008), asegura que: “uno de los procesos más importantes del trabajo periodístico viene determinado por la relación entre el medio de comunicación y las fuentes de información. Las fuentes de información lo impregnan todo y su importancia es tan grande que el trabajo con unas u otras fuentes de información aporta claras pistas sobre la estrategia informativa de los medios de comunicación” pág.97.

2.2.8. Periodismo

(RyzardKapusinski, 2002), afirma que “El verdadero periodismo es internacional al saber aquel que se fija un objetivo y que intenta provocar algún tipo de cambio no hay otro periodismo posible” pág. 38.

2.2.9. Señalética

Para (Fernandez, 2010), la señalética: “estudia y desarrolla un sistema de comunicación visual sintetizado en un conjunto de señales o símbolos que cumplen la función de guiar, orientar u organizar a una persona o conjunto de personas en aquellos puntos del espacio que planteen dilemas de comportamiento, como por ejemplo dentro de una

gran superficie (centros comerciales, fábricas, polígonos industriales, parques tecnológicos, aeropuertos, etcétera)”.

Por otra parte (Rico, 2006), afirma que el diseño de la señalética: “tiende a la simplicidad y a la claridad en la presentación de los contenidos, ya que debemos hacer llegar la información al cliente de la mejor forma posible para que ésta no pase desapercibida. Por ello es necesario enfatizar esta información con colorido llamativo y de gran tamaño de tipografía...” (p.122).

2.2.9.1. Importancia de la Señalética

La señalética es importante en todo lugar ya que permite al transeúnte, guiar y dirigir al lugar de destino, es así que (Fernandez, 2010), asegura que: “la señalética facilita la comunicación, ayuda a dirigir los movimientos y flujos de conjuntos, informa, identifica, orienta, previene y persuade, sistematiza los conjuntos de señales ya establecidas, ayuda a controlar la contaminación visual”.

La señalética se encarga de dirigir y transmitir diferentes movimientos; entre ellos explicativos, determinativos, ubicaciones, prevenciones, disuadir de algunas decisiones en determinados momentos.

2.2.10. Pictogramas

(Gómez, s/f), afirma que un pictograma es “tipo gráfico construido a base de figuras o dibujos con el propósito de atraer la atención del lector” (p.214).

Las características especiales de los dibujos, fotografías, etc., hacen que sean fácilmente comprendidos y puedan ser utilizados, en unos casos como sistema alternativo a la comunicación y en otros, como sistema alternativo a la comprensión, en un sentido general.

2.3. Posicionamiento Teórico Personal

La comunicación y sus estrategias, hoy en día, ya no son pasivos ni distantes, debido a que tienen una calidad de transmisores de información veraz, confiable y en tiempo real. El mundo cambiante y los desarrollos tecnológicos que se han generado a través de la historia, han hecho que éstos líderes comunicacionales tomen poder y se nutran fuertemente, forjando así una masividad bastante competitiva y clara ante los ojos de toda la humanidad.

En radio, prensa, televisión e internet, se están generando proyectos que miden sus propios efectos y en los que se corrobora, además, el gran dominio y la forma en que pueden llegar a generar nuevas fórmulas que permitan una comunicación supuestamente mucho más efectiva. El poder que se quiere referir consiste en el nivel de organización comunicacional que posee cada uno de ellos, para así entrar a ejercer un 'buen' papel en la acción comunicativa que se busca constantemente.

Entender el funcionamiento de cada uno de estos medios, su organización y el efecto que causa en las masas, es poder saber o conocer a fondo cómo se está cumpliendo el objetivo de responsabilidad social.

Si se declara inminente el poderío de un sistema de comunicación, es muy probable concebir que el trabajo que desde allí se realiza se encuentra en lo más alto de la cima, en lo que a comunicación se refiere.

Muchas veces, la función constante que realizan los medios se ve opacada por el interés privado de unos cuantos y la necesidad de estar siempre por encima de sus rivales, por tanto los medios olvidan la labor principal que se debe cumplir en el ámbito social.

En cuanto a las respuestas de los individuos frente a los mensajes masivos, está la teoría de las relaciones sociales, que indaga al individuo como líder de opinión y retransmisor de información en la masa. Y, por último, la teoría de las normas culturales, que explica la influencia de la cultura del individuo en la conducta y entendimiento frente al mensaje expuesto.

De acuerdo a todo lo mencionado e investigado por parte de la Dra. Myriam Conejo directora de la casa de salud “Jambi Huasi”, sobre el tema de la salud con ENFOQUE INTERCULTURAL, me posesiono de esta ideología así como de su planteamiento, por dar a conocer de una manera más clara y sustentada la fusión de las dos medicinas, enfoque que se trata de hacer llegar a las comunidades más alejadas de la provincia a través de diversos medios de comunicación, como: pancartas, videos, trípticos, entre otros, con el objetivo de dar a conocer los servicios que van en beneficio de los sectores rurales de la provincia.

2.3.1. Base legal

La elaboración de la presente normativa a través de protocolos que describen en forma ordenada y clara actividades de la partera en la atención del parto y posparto se sustentan en consideración a:

Que la Constitución Política del Ecuador (2008) caracteriza el estado como una entidad de derechos, justicia social, democrática, soberana, independiente, unitaria, intercultural, plurinacional y laico (Art. 1).

Que las comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, el pueblo afro ecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado Ecuatoriano, único e indivisible. (Art. 56).

Que en la constitución actual concibe una nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza, para alcanzar el buen vivir, el *sumak kawsay*. Una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas y las colectividades.

Que una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas, sentada, arrodillada, entre otras (parto tradicional).

Que el 52% de la población del Cantón Otavalo corresponde a la población indígena en el país y en particular en el Cantón Otavalo, por la realidad local, demanda, lucha constante del pueblo indígena a través de las organizaciones para lograr el respeto y reconocimiento de la medicina ancestral, razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas han motivado iniciativas tendientes a desarrollar procesos interculturales en salud que eviten que el idioma, la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

2.4. Glosario de términos

- ❖ COSMOVISIONES: son el conjunto de saber evaluar y reconocer que conforman la imagen o figura general del mundo que tiene una persona, época o cultura, a partir del cual interpreta su propia naturaleza y la de todo lo existente en el mundo.
- ❖ CURANDERO: Un personaje al que la gente recurre para sanarse físicamente, o para quitarse el llamado mal de ojo, o trabajo de brujo: magia negra.
- ❖ JAMBI-HUASI: Es una institución privada sin fines de lucro, que está integrada por profesionales indígenas y no indígenas comprometidos con el Plan Alternativo de Salud y por ende con el bienestar de la población, especialmente en la salud reproductiva de la mujer.
- ❖ JAMBIKKUNA: Personal de salud de la medicina indígena
- ❖ MORBILIDAD: Es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados.
- ❖ PACHAMAMA: Madre tierra
- ❖ PARTERAS: Mujeres que hacen el primer control a la mujer embarazada porque las buscan para hacerlo, hacen dos controles durante el embarazo, colocan al bebé, hacen un masaje gratificante, con un contacto cercano, el parto se atiende en casa, la mujer está rodeada de su ambiente familiar,

no se pone un enema, no se rasura, permiten que se amamante inmediatamente al niño o a la niña protegen la intimidad de las mujeres

- ❖ PLAUSIBLE: Se aplica a la cosa que merece ser aplaudida o elogiada

- ❖ YACHACS: Hombres de sabiduría

2.5. Resumen de Capítulo

En este capítulo se consideró la fundamentación teórica, haciendo referencia a los movimientos indígenas y sus luchas reivindicativas por la tierra, la salud e identidad y todos los procesos que durante los últimos años ha realizado por alcanzar los derechos de igualdad en la salud; fundamentación conceptual, en la que se hace referencia a la comunicación social en sí; posicionamiento teórico personal, donde se trata la base legal y el posicionamiento personal de los investigadores y glosario de términos.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología utilizada, contiene la descripción y argumentación de las principales decisiones metodológicas adoptadas según el tema de investigación y las posibilidades del investigador. La claridad en el enfoque y estructura metodológica obligada asegurar la validez del estudio.

3.1. Tipo de Investigación

3.1.1. Diseño

Se empleó un diseño no experimental, debido a que en la presente investigación no se utilizó hipótesis y por lo tanto no hubo manipulación de variables, la investigación se orientó por objetivos y preguntas de investigación, además fue de corte transversal, porque se lo realizó en un periodo determinado, es decir en el año 2011 – 2012.

Para reafirmar el criterio adoptado de la investigación no experimental (Benalcázar, Barrero, Puentestar, Rosero, Valenzuela 2011), afirman que “el diseño no experimental está orientado a estudios más cualitativos, no presenta hipótesis, en consecuencia no existe manipulación de variables, aunque estas estén implícitas en las investigaciones” (p.27)

3.1.2. De Campo

Fue de campo, porque se realizó en el lugar de los hechos, es decir en las comunidades rurales del cantón Otavalo, donde se recopiló los datos pertinentes para el estudio y el Hospital San Luis de Otavalo, obteniendo la información más relevante que ayudó en la investigación.

3.1.3. Descriptivo

Es de carácter descriptivo, porque se fue explicando las diferentes características encontradas en la sala de parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo, hasta llegar a conseguir los objetivos planeados.

3.2. Métodos

3.2.1. Inductivo

Este método fue aplicado para ir analizando las partes del objeto de estudio y posteriormente llegar a la meta.

3.2.2. Deductivo

Se lo aplicó para analizar el problema en todas sus partes y luego, llegar a formular conclusiones.

3.2.3. Analítico - Sintético

Para (Benalcázar, Barreno, Puentesta, Rosero Valenzuela, 2011), el método analítico se basa en: “el análisis de las situaciones parciales de las partes al todo” tratando de llegar a generalizaciones y conclusiones del tema estudiado” (p.86).

Por lo que se aplicó este método para realizar el análisis e interpretación de resultados, una vez tabuladas las encuestas dirigidas a las familias de las comunidades rurales del cantón Otavalo, y de las entrevistas aplicadas a los directivos de la casa de salud de Otavalo, así como las parteras de este método; además se vio reflejada en la formulación de las recomendaciones.

3.3. Técnicas e Instrumentos

3.3.1. Técnicas

3.3.1.1. Encuesta

De acuerdo a (Benalcázar M., 2010), la encuesta se aplica a “un número relativamente grande de personas previamente establecido con determinadas características...., para su construcción se sugiere aplicar normas de diseño y validez, de acuerdo a los objetivos, variables e indicadores, y las preguntas directrices”; la encuesta se aplicó a la muestra calculada.

3.3.1.2. Entrevista

Se aplicó a los directivos del Hospital San Luis de Otavalo y parteras de esta casa de salud, para obtener información que aportó a la conclusión de los objetivos propuestos.

3.3.1.3. Observaciones

La observación se la aplicó en el lugar de los hechos, para conocer cuáles son los procesos comunicacionales, y observa la existencia o no de los paneles informativos que guíen a la usuaria a utilizar este método

del parto vertical al mismo tiempo verificar las falencias que mantiene esta sala de parto vertical.

3.3.2. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio fueron: para la encuesta y entrevista el cuestionario estructurado, para la técnica de la observación se aplicó fichas de recolección de información.

3.4. Población

La población a investigar fue 3.256 familias de las comunidades de Azama, Cotama, Carabuela e Ilumán del cantón Otavalo.

Cuadro de Población

Comunidad	Nº de Familias
Azama	590
Carabuela	300
Cotama	650
Ilumán	1.716
Total	3.256

3.5. Muestra

Para calcular la muestra se tomó el universo y aplicando la siguiente fórmula se obtuvo la muestra general.

$$n = \frac{PQ * N}{(n - 1) \frac{E^2}{K^2} + PQ}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

PQ = Varianza de la población, valor constante = 0.25

N = Población o Universo

(N-1) = Corrección geométrica, para muestras grades >30

E = Margen de error estadísticamente aceptable 0.05
(recomendado en educación)

K = Coeficiencia de corrección de error, valor constante = 2

Aplicando la fórmula se obtiene una muestra de:

$$n = \frac{(0.25) * (3256)}{(3256 - 1) \frac{(0.05)^2}{(2)^2} + (0.25)}$$

$$n = \frac{814}{1.998}$$

$$n = 407.4$$

Para el cálculo de la fracción muestral se aplicó la siguiente fórmula:

$$m = \frac{n}{N} E$$

Donde:

m = fracción muestral

n = muestra

N = población / universo

E = Estrato (Población de cada comunidad)

Para la comunidad de Azama se obtuvo:

$$m = \frac{407.4}{3256} * 590$$

$$m = 73.4$$

Comunidad de Carabuela

$$m = \frac{407.4}{3256} * 300$$

$$m = 37.5$$

Comunidad de Cotama

$$m = \frac{407.4}{3256} * 650$$

$$m = 81.25$$

Comunidad de Ilumán

$$m = \frac{407.4}{3256} * 1716$$

$$m = 214.5$$

Cuadro de Fracción Muestral

Comunidad	Fracción
Azama	73
Carabuela	38
Cotama	81
Ilumán	215
Total	407

3.6. Resumen de Capítulo

El capítulo III menciona la metodología de investigación, tipo y diseño, métodos empleados (inductivo, deductivo, analítico – sintético), técnicas utilizadas para la recolección de información, población que intervino en el estudio y la muestra obtenida.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Procesos

Luego de haber realizado las encuestas a la población de las comunidades de Azama, Cotama, Carabuela e Ilumán del cantón Otavalo, se ha logrado obtener información necesaria para la realización de este proyecto.

La investigación ha tenido como objetivo analizar cada una de las respuestas tanto en forma cualitativa como cuantitativa, utilizando gráficos y cuadros mismos que detallan los porcentajes exactos de las respuestas obtenidas.

Para la recolección de la información se aplicó una encuesta a los pobladores de las comunidades de Azama, Cotama, Carabuela e Ilumán del cantón Otavalo.

Una vez que se obtuvieron los resultados en frecuencias se procedió a realizar el cálculo para transformar las frecuencias en porcentajes mediante una regla de tres simple.

Los porcentajes obtenidos se ingresaron a la hoja de cálculo Excel, luego en la Barra de Menú la opción insertar, en el grupo ilustraciones, se escogió gráficos de barras, los mismos que ayudaron a los investigadores en el análisis e interpretación de estos resultados, los cuales se presentan a continuación:

Encuesta dirigida a familias de las comunidades de Asama, Cotama, Carabuela e Ilumán del Cantón Otavalo.

1. ¿Ha escuchado hablar del servicio de parto vertical que brinda el H.S.L.O.?

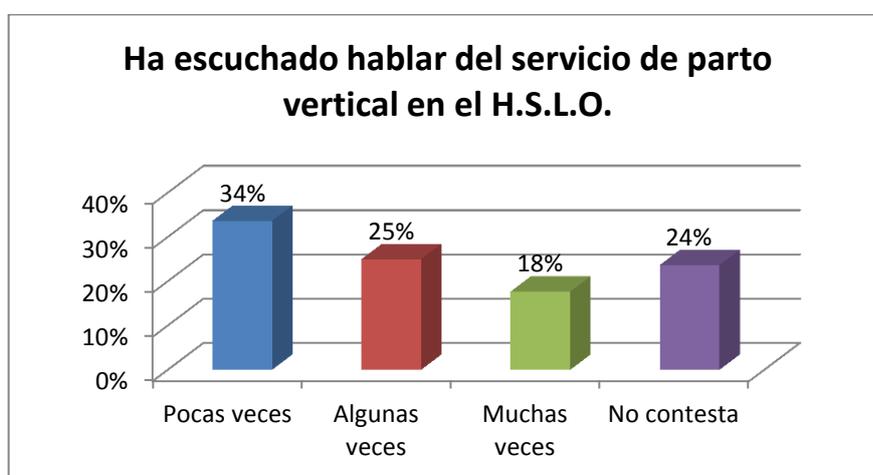
Tabla 1.

Alternativa	f	%
Pocas veces	137	34%
Algunas veces	101	25%
Muchas veces	72	18%
No contesta	97	24%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo.

Elaborado por: Los investigadores.

Gráfico 1.



Fuente: Tabla 1

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

Se aprecia que menos de la mitad de participantes de la encuesta han escuchado hablar del servicio de parto vertical que brinda el H.S.L.O.; una cuarta parte algunas veces, pocas familias muchas veces y otro cuarto no contesta a la interrogante.

2. ¿Tiene algún conocimiento sobre el parto vertical?

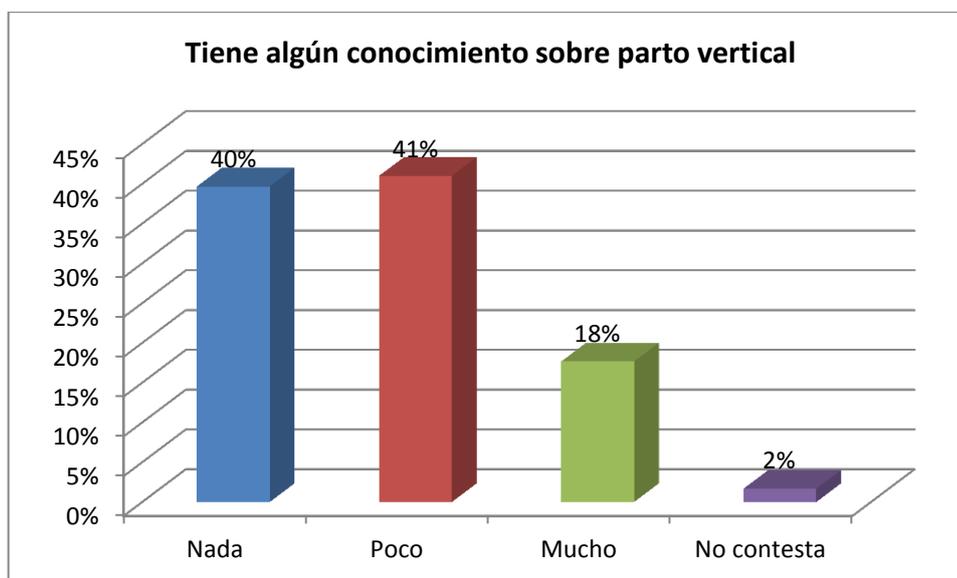
Tabla 2.

Alternativa	f	%
Nada	161	40%
Poco	165	41%
Mucho	72	18%
No contesta	9	2%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo.

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico 2



Fuente: Tabla 2

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

En los resultados obtenidos se aprecia que poco menos de la mitad de encuestados no conoce del servicio de parto vertical, otro grupo significativo conoce poco y un reducido grupo tiene pleno conocimiento de este tipo de parto. Resultados que demuestran claramente la falta de difusión del empleo de parto vertical que se brinda en esta casa de salud.

3. ¿Alguna vez acudió a la medicina tradicional para dar solución al tema de parto?

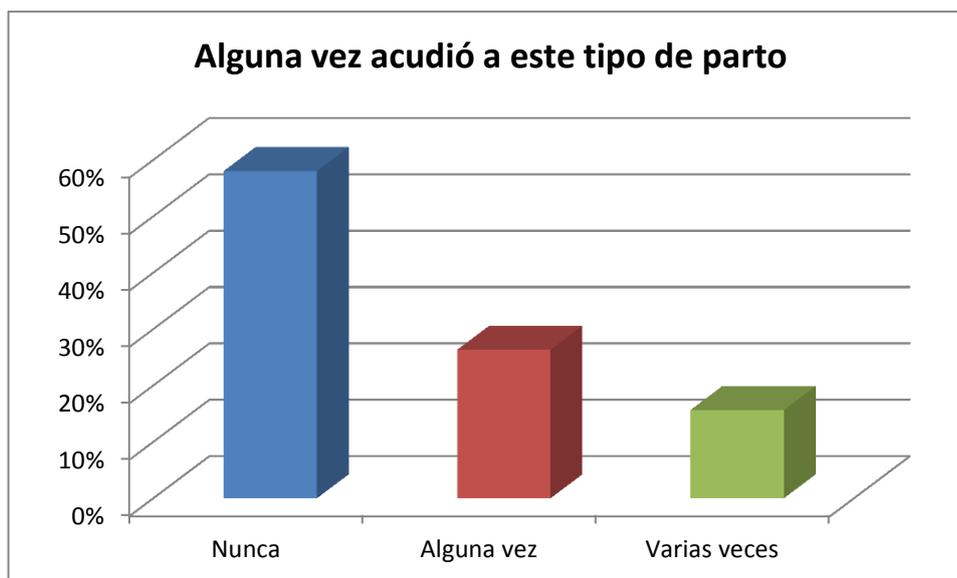
Tabla 3.

Alternativa	f	%
Nunca	235	58%
Alguna vez	107	26%
Varias veces	65	16%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico 3.



Fuente: Tabla 3

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

Más de la mitad de las participantes de la encuesta nunca han acudido a este método de parto; una cuarta parte lo ha hecho alguna vez y tan solo el pequeño grupo lo ha usado con frecuencia. Datos que reflejan que por el desconocimiento, no se puede hacer uso de los múltiples servicios que brinda el H.S.L.O.

4. ¿Tiene familiares que acuden a este método?

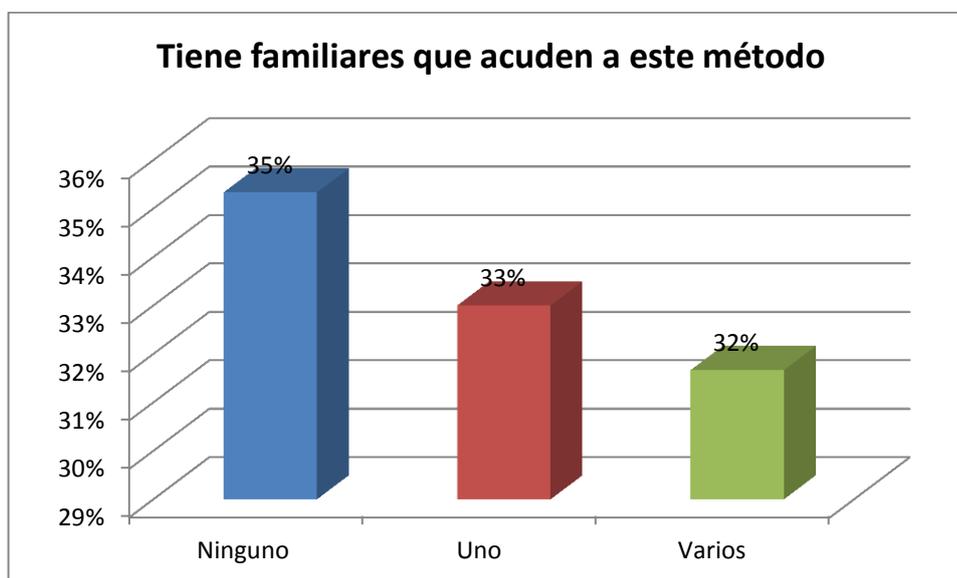
Tabla 4.

Alternativa	f	%
Ninguno	143	35%
Uno	135	33%
Varios	129	32%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo.

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico 4.



Fuente: Tabla 4

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

Se aprecia que de las personas participantes de la investigación, existen grupos equitativos que no tienen ningún familiar que haya acudido a este método; otro grupo uno de sus familiares y un tercer grupo varios familiares. Se verifica que por la escasa difusión de este método de parto, existe un bajo número de familias que han hecho uso del mismo.

5. ¿Cuál ha sido el resultado de esta asistencia en el parto vertical?

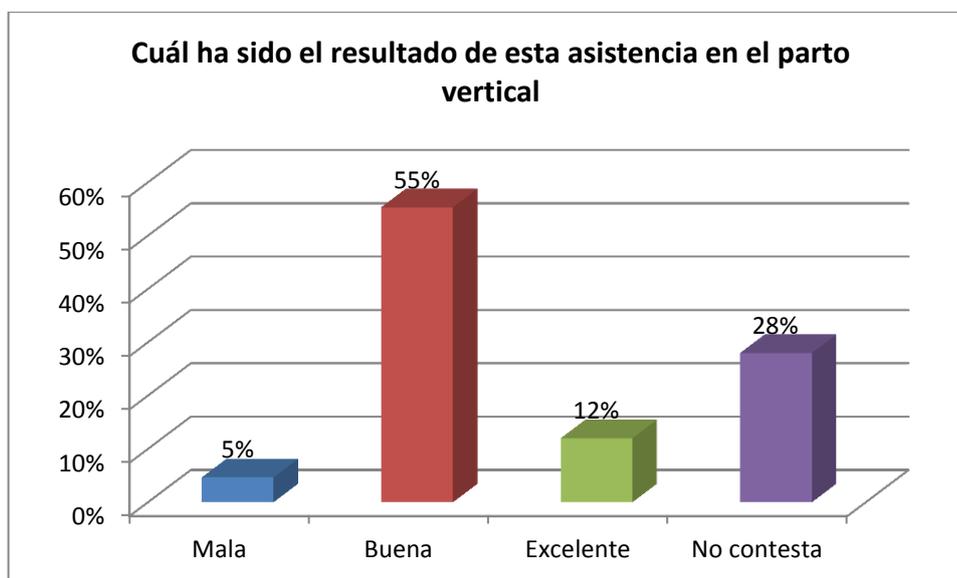
Tabla 5.

Alternativa	f	%
Mala	20	5%
Buena	223	55%
Excelente	50	12%
No contesta	114	28%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico 5.



Fuente: Tabla 5

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

De la totalidad de participantes de la encuesta que han empleado este tipo de parto, poco más de la mitad manifiesta que es buena, un pequeño grupo que es excelente y un reducido número que es mala, notándose que poco más de la cuarta parte no contesta a la interrogante. Por el reducido número de familias que conocen de este método de parto, las que lo han usado en su mayoría manifiestan que es bueno, razón por la cual se aprecia que el estudio efectuado traerá múltiples beneficios para la comunidad.

6. ¿Deberían prepararse las involucrad@s en este tema, para asistir de una mejor manera en el parto vertical?

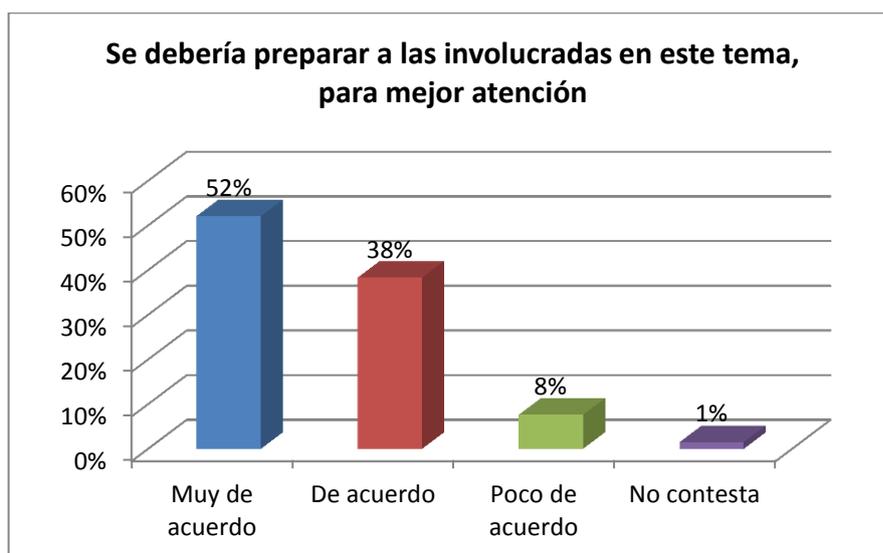
Tabla 6

Alternativa	f	%
Muy de acuerdo	212	53%
De acuerdo	156	38%
Poco de acuerdo	31	8%
No contesta	6	1%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico 6.



Fuente: Tabla 6

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

La mayoría de encuestados manifiestan que la preparación de las involucrad@s en este tema es fundamental para asistir de mejor manera en el parto vertical y un reducido número está poco de acuerdo. A pesar de existir un alto porcentaje de desconocimiento de la atención del parto vertical, las familias están conscientes que la preparación de todas las personas involucradas es primordial en la atención y seguridad de las usuarias.

7. ¿En qué % la articulación de estas dos medicinas es favorable para la salud de la sociedad?

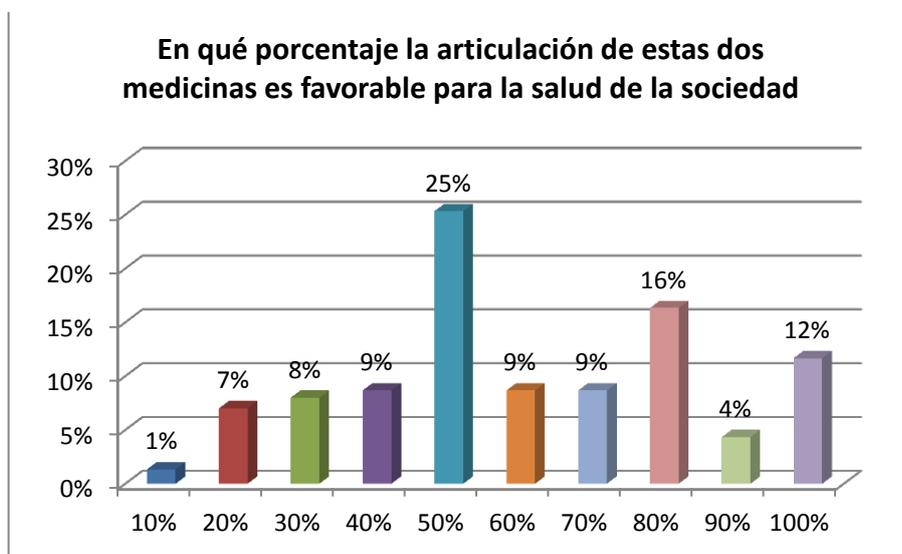
Tabla 7.

Alternativa	f	%
10%	5	1%
20%	29	7%
30%	33	8%
40%	35	9%
50%	102	25%
60%	36	9%
70%	35	9%
80%	66	16%
90%	18	4%
100%	48	12%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico 7.



Fuente: Tabla 7

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

Con los resultados obtenidos se aprecia que la cuarta parte de los participantes de la encuesta piensan que la articulación de estas dos medicinas es favorable para la salud de la sociedad en un cincuenta por ciento; otro grupo manifiesta que sería favorable en un ochenta por ciento y menos de la mitad opinan que sería favorable en un cien por ciento. Se aprecia que para la totalidad de familias encuestadas, la articulación de las dos medicinas es favorable para la salud de la sociedad.

8. ¿Debería existir un proceso comunicacional para difundir las bondades del parto vertical?

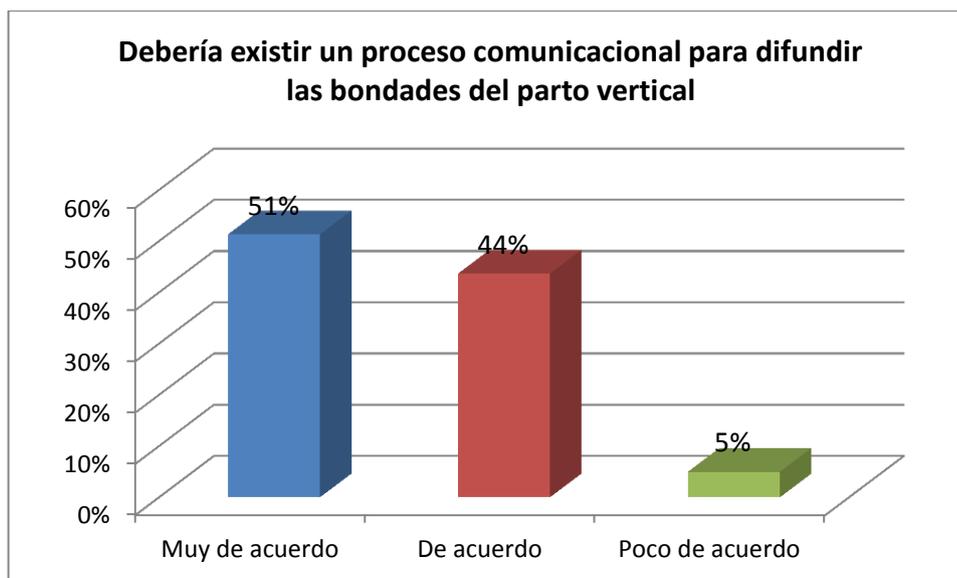
Tabla 8

Alternativa	f	%
Muy de acuerdo	208	51%
De acuerdo	178	44%
Poco de acuerdo	21	5%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico 8



Fuente: Tabla 8

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

Casi la totalidad de participantes del estudio manifiestan que debería existir un proceso comunicacional para difundir las bondades del parto vertical y un reducido grupo está poco de acuerdo.

9. ¿Tiene conocimiento que el servicio del parto vertical es para todo tipo étnico?

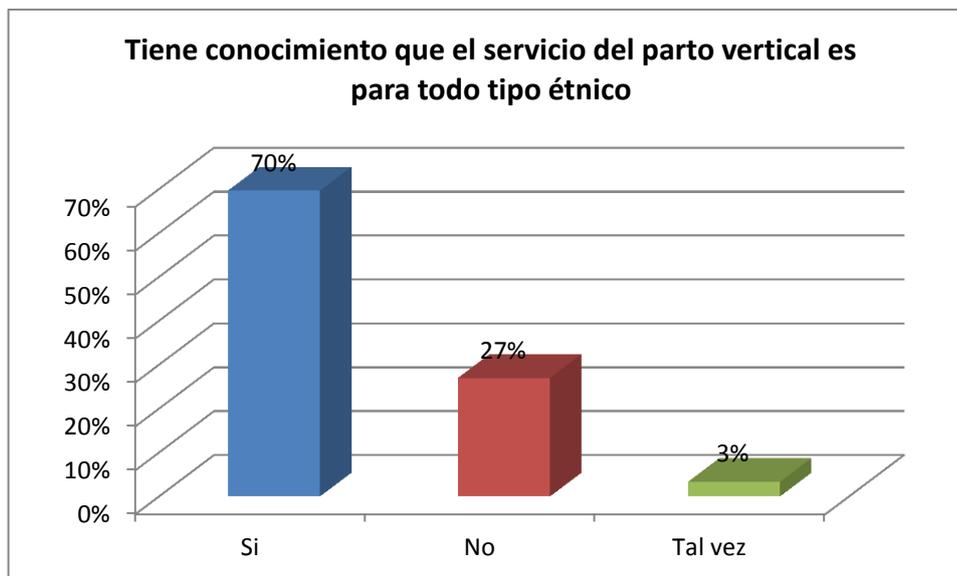
Tabla 9.

Alternativa	f	%
Si	283	70%
No	110	27%
Tal vez	14	3%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico 9.



Fuente: Tabla 9

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

Los miembros de las familias de las comunidades del estudio, en su mayoría tienen conocimiento que el servicio del parto vertical es para todo tipo étnico y un pequeño grupo desconoce esta situación. Con este análisis se aprecia la falta de difusión de los grandes beneficios que tiene el uso de este método de parto ya que va dirigido a toda la comunidad sin distinción de razas ni condición social.

10.¿Se debería difundir este tema a través de medios de comunicación alternativos?

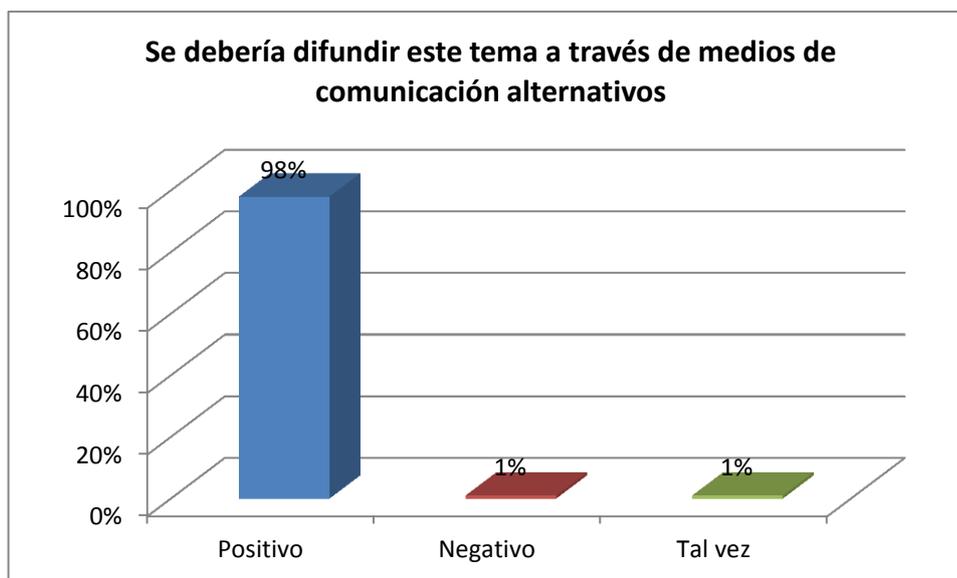
Tabla 10.

Alternativa	f	%
Positivo	399	98%
Negativo	4	1%
Tal vez	4	1%
TOTAL	407	100%

Fuente: Encuesta aplicada a familias de diferentes comunidades del cantón Otavalo

Elaborado por: Los investigadores

Gráfico 10.



Fuente: Tabla 10

Elaborado por: Los investigadores

Interpretación

Se aprecia que casi la totalidad de las participantes del estudio están de acuerdo en que la difusión del tema del parto vertical, utilizando medios de comunicación alternativos es de fundamental importancia para conseguir ampliar los conocimientos y crear confianza en la población, para el uso del parto vertical que brinda el H.S.L.O con la finalidad de reducir el índice de mortalidad infantil y riesgos de salud de la madre.

4.2. Interpretación de entrevistas aplicadas

En la entrevista realizada a la Presidenta de las señoras parteras, se apreció que:

- ❖ ¿Qué opina de que hoy se les tome en cuenta a las parteras en el sistema de salud a través de la sala de parto vertical?

La intervención de las parteras y la capacitación que han adquirido por parte del Ministerio de Salud Pública, ha sido de gran beneficio para todos los miembros de la comunidad otavaleña, ya que se ha complementado la diversidad y reencuentro de saberes en salud, respetando las prácticas ancestrales y constituyendo a las parteras como prestadoras primarias de salud comunitaria.

- ❖ ¿A través de este proyecto que es lo que ha logrado la medicina alternativa?

Con la prestación de este servicio en el Hospital San Luis de Otavalo, se ha logrado disminuir la morbi-mortalidad, generando satisfacción y confianza en las usuarias.

- ❖ ¿Cómo prestan el servicio de parto vertical a las usuarias?

El espacio físico se asemeja a un hogar, la sala está junto a un quirófano por si se presentara alguna complicación, las mujeres gestantes tienen la libertad de escoger la posición durante el parto, se permite el ingreso al esposo o familiar a la sala de partos, se provee de ropa apropiada, respetando el pudor de la futura madre.

- ❖ ¿Existe una gran afluencia de mujeres en gestación que se deciden por esta modalidad?

Todas las gestantes que ingresan a la sala de labor, reciben información de las distintas opciones de parto y son ellas las que eligen el método más apropiado.

- ❖ ¿Qué hace falta para mejorar el servicio de parto vertical?

La sala de parto culturalmente adecuada, está adaptada a la realidad cultural otavaleña, pero si existiera algún tipo de ingreso económico para las parteras, esto serviría para mejorar algunos instrumentos que se han deteriorado con el uso.

- ❖ ¿Qué se debería hacer para incrementar la participación de las mujeres en esta casa materna?

Se debe incrementar los medios de difusión y promoción de la sala de parto culturalmente adecuada para que toda la sociedad conozca de este servicio y tenga la opción de decidir la forma más apropiada para traer sus hijos.

Los resultados obtenidos en la entrevista aplicada al Director del Hospital San Luis de Otavalo:

- ❖ ¿Qué factores intervinieron para la creación de la sala de parto vertical implementada en esta casa de salud?

Para la creación de la sala de parto vertical, fue fundamental la opinión de las mujeres en edad fértil del cantón Otavalo, con lo cual se determinó que no asistían a esta casa de salud porque únicamente se brindaba servicios de salud occidental, sin tomar

en cuenta los factores culturales que prevalecen en las comunidades.

- ❖ ¿Cuál fue la inversión en este espacio materno y si justifica el servicio que presta hasta el momento?

La construcción del modelo de salud sexual y reproductiva con ENFOQUE INTERCULTURAL sufrió grandes cambios en la infraestructura y se creó un proceso de sensibilización y capacitación al personal de salud.

- ❖ ¿Cuál fue el plan comunicacional que se estructuró para dar a conocer esta articulación de medicinas?

Dentro del Ministerio de Salud Pública existe a nivel nacional y local el departamento de salud intercultural, encargado de la difusión de la complementariedad de las medicinas y sus beneficios.

- ❖ ¿Hasta el momento cuáles son los resultados del plan de difusión en los sectores a los que llegaron?

El plan de difusión ha logrado cambiar la percepción de los pueblos indígenas en relación a los servicios de salud, que anteriormente estaban destinados a la raza blanca y mestiza.

- ❖ ¿Qué es lo que hace falta para cumplir con la visión de este proyecto?

Este proyecto debe ser complementado con la voluntad y apoyo político para general cambios en salud, es necesaria la coordinación interinstitucional.

❖ ¿Qué se aspira de este proyecto en un futuro?

Se aspira involucrar al personal en una visión intercultural, fortaleciendo el trabajo interinstitucional, consolidar redes locales y comunitarias como una base que ofrezca sustento a los servicios de salud en el Hospital San Luis de Otavalo.

Se aprecia claramente que tanto la Presidenta de las parteras como el Director del Hospital San Luis de Otavalo, manifiestan que este método de parto culturalmente adecuado, ha sido de gran beneficio en la población indígena, que ha tenido la opción de escoger un método de parto de acuerdo a sus creencias ancestrales, disminuyendo notablemente el índice de mortalidad; pero que hace falta la difusión y promoción a las usuarias que asisten a las diferentes casas de salud del cantón Otavalo.

4.3. Resumen de Capítulo

En el capítulo IV se hace mención al análisis e interpretación de resultados, tanto de la encuesta aplicada a las familias de las comunidades del cantón Otavalo que intervinieron en el estudio, como de las entrevistas aplicadas al Director del Hospital San Luis de Otavalo y la Presidenta de Parteras de esta institución.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- ❖ Se analizó los contextos sociales e históricos de la salud desde el pensamiento indígena y su cosmovisión, comenzando con luchas reivindicativas desde el año de 1984 por la INRUJTA-FICI (Federación Campesina e Indígena de Imbabura), constituyéndose el Jambi – Huasi “Casa de la Salud”, institución fundamental para la complementariedad de los sistemas de salud indígena y occidental rescatando las fortalezas de cada uno de ellos y procurando una adaptación a las necesidades de la población indígena y mestiza; con respecto a la cosmovisión indígena, el principio de relacionalidad indica que todos los elementos que conforman la totalidad, el cosmos, están relacionados entre sí, son seres animados que se complementan y relacionan y que contribuyen al “buen vivir”; este principio aplicado a la salud, significa que el ser humano tiene que ser visto en su totalidad, en su integridad.
- ❖ Se investigó los movimientos indígenas, sus luchas reivindicativas por la tierra, la salud e identidad, los procesos que vivió este sector por conseguir la igualdad en la salud; venciendo el racismo y discriminación presentes en los propios miembros de la comunidad, lo que les impedía reconocer las capacidades de los médicos indígenas; de igual forma existía la discriminación de género, las doctoras indígenas eran discriminadas por ser mujeres, llegando al punto de

verificar los títulos y capacidades profesionales, pero la directora de Jambi Huasi y su equipo demostraron eficiencia en todos los servicios, en la generación de propuestas y en los resultados de atención de los usuarios y usuarias.

- ❖ En cuanto al nivel de conocimiento de las familias de las diferentes comunidades del cantón Otavalo, sobre el parto vertical que brinda el H.S.L.O; pocos de ellos han escuchado hablar de éste método representado con el 34%; los que tienen pleno conocimiento del tema son muy pocos, razón por la cual no han asistido a este servicio que brinda el hospital; de las familias que asisten a esta área manifiestan que la atención recibida es buena y no se han presentado inconvenientes ya que el personal destinado a esta sección se prepara continuamente para desempeñar sus funciones con la mayor responsabilidad; los encuestados manifiestan que la articulación de las dos medicinas es muy favorable ya que permite que la atención sea para todo tipo étnico y que debería ser un ejemplo a seguir por otras casas de salud del país que cuenta con esta cultura; en cuanto a la difusión de este tema la gran mayoría de participantes está de acuerdo en que se debe transmitir este método de parto a través de medios de comunicación alternativos, con lo que se contribuirá en mejorar la calidad de vida de los miembros de la comunidad.
- ❖ Con toda la información obtenida en la investigación se estructuró un proceso de difusión acerca del tema de parto vertical que brinda el H.S.L.O. que serán difundidas en los diferentes centros de salud presentes en las comunidades del cantón Otavalo, con la finalidad de dar a conocer los grandes beneficios de la salud intercultural.

5.2. RECOMENDACIONES

- ❖ Que en el Hospital San Luis de Otavalo se implemente medios de difusión masiva complementarios, para rescatar las costumbres ancestrales tratando de que el Parto Vertical recupere la capacidad y la confianza en la propia naturaleza, sin renunciar a la tecnología, sino reservándola para las complicaciones y los casos de riesgo.
- ❖ Al Director del Hospital San Luis de Otavalo, que realice charlas periódicas con las y los usuarios que asisten a esta casa de salud, para difundir el método de Parto Vertical, usando medios de comunicación alternativos como: videos, trípticos, pancartas, etc.
- ❖ Al Ministerio de Salud Pública genere convenios con el Hospital San Luis de Otavalo, con la finalidad de retroalimentar con nuevos conocimientos en las diferentes comunidades del cantón Otavalo.
- ❖ Al Ministerio de Salud Pública motive el involucramiento de todo el personal del Hospital San Luis de Otavalo, en una visión intercultural de los servicios hospitalarios, consolidando procesos de capacitación del personal de gineco-obstetrica en el manejo y atención en la sala de parto culturalmente adecuado.
- ❖ Al Director del Hospital San Luis de Otavalo aplicar la propuesta del *Proceso comunicacional para difundir las bondades del parto vertical que brinda el Hospital San Luis de Otavalo, empleando diferentes alternativas de información.*

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA ALTERNATIVA

6.1. TÍTULO DE LA PROPUESTA

Proceso comunicacional para difundir las bondades del parto vertical que brinda el Hospital San Luis de Otavalo, empleando diferentes alternativas de información.

6.2. JUSTIFICACIÓN

La comunicación alternativa para difundir información, es la respuesta para brindar a la comunidad el intercambio comunicativo de las tradiciones ancestrales rescatadas, de una cultura que luchó para conservarlas y reivindicarlas complementando así los sistemas de salud indígena y occidental, reflejados en el parto vertical, que brinda el Hospital San Luis de Otavalo, instalado como un plan piloto en la provincia de Imbabura.

6.3. FUNDAMENTACIÓN

6.3.1. Fundamentación social

La fundamentación social, se emplea para alcanzar una visión propia, a fin de que la comunidad tenga el papel protagónico para obtener una verdadera incursión en los temas de salud indígena y occidental a través del parto vertical, cumpliendo con el propósito de colaborar con la comunidad otavaleña.

6.3.2. Fundamentación educativa

Se hace uso de la fundamentación educativa por la estrecha relación que existe entre la comunicación y la educación, como un proceso de obtención de conocimientos, desarrollo de habilidades y destrezas, así como la formación de valores en un individuo, que les permita comprender para transformar la realidad concreta en que vive, es oportuna la aseveración de Pintos Cubo (2004), cuando señala que *"necesitamos información para entender la realidad...una parte de la información la obtenemos de forma directa, por nuestras experiencias desde que nacemos, pero la mayor parte de la información necesaria para la vida nos llega de otras personas, a través de la comunicación"*.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1. Objetivo general

- ❖ Mejorar el proceso comunicacional para difundir las bondades del parto vertical que brinda el Hospital San Luis de Otavalo, con el empleo de diferentes alternativas de información, que beneficien a las familias de las comunidades del cantón Otavalo.

6.4.2. Objetivos específicos

- ❖ Dar a conocer a la población del cantón Otavalo los beneficios del servicio de parto vertical.
- ❖ Optimizar el flujo de la información entre la comunidad y la casa de salud.

- ❖ Elaborar material de comunicación alternativa para difundir información.

6.5. UBICACIÓN SECTORIAL

La propuesta fue difundida en el Hospital San Luis de Otavalo, en el área de servicio de parto vertical, constituida en un plan piloto a nivel nacional.



Fuente: www.imbabura.galeon.com

6.6. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

6.6.1. Comunicación para el Desarrollo

Se refiere a la vinculación de la comunicación estratégica en proyectos de desarrollo como herramienta de cambio en el comportamiento de una comunidad, que es conducida al compromiso de sus miembros con una causa común, requisito fundamental para lograr un desarrollo sostenible. Dentro de este marco, la comunicación para el desarrollo busca circular información a públicos específicos, atender sus necesidades e inquietudes y responder apropiadamente. En este sentido, fomenta la participación de los agentes involucrados para la construcción, ya sea ésta dentro de un proyecto específico -desde salud, educación o desarrollo rural hasta desarrollo del sector privado, o reforma financiera o judicial- la idea es construir el mayor consenso posible, mejorando para ello el grado de entendimiento público y promoviendo un diálogo informado entre todas las partes involucradas.

La importancia de la comunicación para el desarrollo o el cambio social radica en que la comunidad llegue a modificar comportamientos y actitudes que obstruyan el paso del progreso hacia la reapropiación de sus condiciones, derechos, cultura y cohesión social, con lo cual se estaría promoviendo la construcción de un plan de vida conjunto que involucraría al total de la población con sus expectativas y aportes, que son la misma base de la propuesta de transformación, desde la comunicación, a partir los propios procesos iniciados por la comunidad. Para dar lugar a estos procesos de transformación y desarrollo social, se empleó una serie de herramientas diseñadas para responder a las necesidades expuestas y es, además, una propuesta que nace del seno de la población.

6.6.2. Medios Alternativos de Comunicación

A diferencia de los medios masivos, los medios alternativos permitieron la retroalimentación que es la condición para que se genere comunicación. Entre los más comunes encontramos el volante, la cartelera, el periódico mural, el periódico local y el plegable; más comunes porque son económicos en su construcción y además llega a mayor público. La Comunicación alternativa permitió a los miembros de una comunidad generar y fortalecer lazos de unión, esto dentro del mismo nivel y calidad de información, lo que hace al medio alternativo de carácter democrático.

La comunicación alternativa es de la comunidad para la comunidad, nace de la iniciativa de sus miembros que es el valor agregado que tiene el medio, pues quién más que la comunidad conoce las necesidades de información; además, la construcción de este medio generó un sentido de pertenencia e identidad, todo en beneficio de la sociedad.

Con todo lo anterior, la comunicación alternativa propone al comunicador ser un mediador de procesos de interlocución entre los proyectos y los beneficiarios; es decir, generó la necesidad de aprovechar las herramientas tradicionales, los medios de comunicación alternativos y sus formas de expresión para fortalecer los planes de vida y los proyectos de desarrollo comunal. Los medios alternativos cumplieron una labor que trasciende la mera información, pues es el proceso creativo, divulgativo y de transformación lo que permite formar los públicos, visibilizar las comunidades y movilizar las instituciones en torno a causas comunes.

6.6.3. Desarrollo comunitario desde la comunicación alternativa

La comunicación alternativa fomenta el desarrollo comunitario partiendo de la misma intervención social de la comunidad. Puesto así, la comunicación alternativa se convierte en herramienta de construcción, educación, información, cultura, identidad, organización y formación comunitaria.

Los medios alternativos son la respuesta a las necesidades de comunicación de la comunidad, en este caso específica, que se apropió y construyó un proceso participativo dentro del marco social; es interesante observar la generación de medios alternativos en la perspectiva del cambio social y su capacidad de dinamizar discursos y prácticas sociales.

6.6.4. Estrategias de comunicación

Teniendo en cuenta las necesidades visibles de comunicación, se ha implementado estrategias para agilizar estos procesos, entre ellas encontramos: tríptico, cartel publicitario y video.

6.6.4.1. Tríptico

En comunicación social, un tríptico es un folleto informativo doblado en tres partes, por lo regular es del tamaño de una hoja de papel tamaño carta, contiene la información del evento e institución que lo organiza y las fechas, en la cara frontal, en las tres del centro de la hoja vienen los datos que se desean difundir, en la parte posterior se dejan los datos para inscripción e informes. Su nombre deriva, por extensión, de los trípticos artísticos. La disposición de la información suele ser la siguiente:

- ❖ En la portada se coloca el eslogan o frase de la campaña así como el logotipo identificativo de la empresa.
- ❖ En el interior se despliega el argumentario de ventas exponiendo ventajas competitivas del producto o servicio, generalmente, apoyadas por fotografías o gráficos. El juego de tres láminas que se van desplegando permite ir exponiendo los argumentos en un orden determinado de modo que vaya creciendo el interés del cliente.
- ❖ Por último, la contraportada se reserva para colocar el logotipo de la empresa y datos de utilidad como localización, teléfono de contacto, etc.

Para la investigación se diseñó un tríptico, empleado como herramienta para difundir los múltiples beneficios del parto vertical en las comunidades del cantón Otavalo. (Ver Anexo 7).

6.6.4.2. Cartel Publicitario

Se define a los carteles publicitarios como medios gráficos de comunicación, porque al fin y al cabo su misión es comunicar algo: una publicidad, un mensaje, una ideología política, etc. En varias ocasiones se ha visto la necesidad de comunicarse a través de carteles o posters; hoy en día, la comunicación a través de carteles se ha tornado una de las modalidades más estudiadas y explicadas en congresos, seminarios y cursos.

Los buenos carteles poseen un gran atractivo visual y fuerza emotiva, y es por esto que lo vuelven uno de los medios de comunicación de mensajes más eficaces: esta comunicación puede establecerse con personas, instituciones, familias, etc. Los carteles son empleados en la

política, el comercio, la educación, la industria, la salud, etc.; y como es un medio eficaz de comunicación, hay que planearlo, realizarlo y saber difundirlo.

Los carteles se definen como materiales gráficos capaces de transmitir un mensaje, se encuentra integrado en una unidad estética compuesta por imágenes que tienen un gran impacto en el individuo y por breves textos.

Muchos estudios han definido a los carteles como un grito en la pared, que capta la atención y obliga, de alguna manera, a percibir el mensaje. También puede definirse como un susurro que tiene como objetivo penetrar la conciencia del individuo e inducirlo a adoptar la conducta sugerida por dicho cartel.

En forma general se define a los carteles como materiales gráficos, cuyas funciones son enviar distintos mensajes al espectador con el propósito de que sea captado por éste, lo recuerde, y luego actúe en forma concordante a lo que fue sugerido

Tomando en cuenta que el cartel es una técnica de información que permite llegar a gran cantidad de público, sin necesidad de invertir grandes recursos, se diseñó un cartel publicitario, integrado armónicamente con la información del parto vertical, para estimular al receptor y conseguir orientarlo al mensaje, con la intención de impactar en el individuo un mensaje que perdure. (Ver Anexo 8).

6.6.4.3. Video

El video es un tipo de tecnología utilizada para capturar, grabar, procesar, transmitir y reproducir una secuencia de imágenes de una

escena que se encuentra en movimiento que posee luminosidad, contraste y saturación cromática o cantidad de color. En la propuesta se elaboró un video digital procedente de una cámara de video digital que lleva la información de imagen mediante la representación de cada pixel de un fotograma de video.

La importancia de realizar el video, radicó en que la imagen adquiere movimiento y además se tuvo la posibilidad de crearla, con recursos sofisticados y no necesariamente costosos para promover la creación y el diseño, desarrollando el pensamiento visual y otras habilidades que favorecen la capacidad de conceptualización y de síntesis obteniendo representaciones gráficas del mundo real.

Las ventajas de realizar el video fueron:

- ❖ Manejo sencillo del equipo
- ❖ Manipulación durante la reproducción
- ❖ Posibilidad de modificar el contenido
- ❖ Facilidad y rapidez de exhibición
- ❖ Facilidad y bajo costo de la edición de copias
- ❖ Perdurabilidad del soporte físico.

El video realizado sobre el parto vertical será difundido en las charlas semanales planificadas en el área de parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo y en las casas de salud de las diferentes comunidades, conteniendo material visual del proceso de parto vertical para crear la confianza en las familias y hacer uso de este método tradicional y natural de parto, la duración del video es de 10 minutos, tiempo estimado para lograr la atención y captación del mensaje difundido.

6.6.5. Proceso del parto culturalmente adecuado

Para el proceso de atención del parto culturalmente adecuado el área cuenta con:

Una infraestructura adecuada, con ambiente hogareño, acabados mixtos de madera, una chimenea artificial, calefacción, área para atención del parto colchoneta, banco de madera, tubos empotrados en la pared, cama para control de embarazo, encaderamiento, lavabo, área para preparación de infusiones medicinales, área para recepción del recién nacido.

Se permitirá la presencia de extraños (pasantes), si se cuenta con el consentimiento de la parturienta para prevalecer el respeto a la privacidad y el bienestar de la parturienta.

Si hay personas del MSP que requieran capacitarse, se programará estas pasantías para que sea individual, máximo de 2 personas.

❖ Dentro de los rituales se encuentra:

- ✓ Limpiar el mal viento previo al ingreso de sala de partos.
- ✓ Corta el cordón umbilical el padre.
- ✓ Viste al recién nacido la suegra o madre de la parturienta.
- ✓ El cosido simbólico de la boca del niño y consejos para el futuro.
- ✓ Retiro y entierro de la placenta en su domicilio.

❖ El personal de centro obstétrico está conformado por:

- ✓ 13 parteras certificadas que trabajan en horario rotativo las 24 horas.

- ✓ Una obstetrix de 8 a 16h30
 - ✓ 1 médico residente las 24 horas
 - ✓ Un médico residente de pediatría para la recepción del recién nacido 24 horas.
 - ✓ Una enfermera para la sala de partos en horario rotativo 24 horas
 - ✓ Una auxiliar de enfermería 24 horas
 - ✓ Personal de servicios varios que apoya con la limpieza del área.
- ❖ Equipo de salud para la atención del parto.- Para la atención del parto culturalmente adecuado se contará con la presencia de:
- ✓ Un médico residente u obstetrix.
 - ✓ Un médico residente de pediatría
 - ✓ Una enfermera y/o auxiliar de enfermería
 - ✓ Una partera certificada
- ❖ Insumos y equipamiento de la sala de parto culturalmente adecuada
- ✓ Todo el equipo necesario para una adecuada atención en el parto, complementando con una cocina para preparar aguas medicinales, chimenea adaptada con un calefactor cubierta de madera para abrigar el ambiente, tubos de acero empotrados en la pared protegidos con fajas de colores que utiliza la mujer indígena otavaleña, un sistema de sujeción (soga y sábana contorneada, de apoyo sujeta al techo para la paciente que desee adoptar la posición de pie); y el paquete de parto con adecuación intercultural.
- ❖ Normas internas de atención de la partera en la sala de partos culturalmente adecuada en el H.S.L.O.

- ✓ La partera recibirá a la paciente de forma respetuosa y cordial, comunicará inmediatamente al personal de Enfermería para la legalización mediante reporte de enfermería.
- ✓ La partera conjuntamente con el personal de salud del servicio evitará emplear palabras que resulten difíciles de comprender.
- ✓ Explicar a la mujer todos los procedimientos del Parto Culturalmente Adecuado.
- ✓ Crear un ambiente de apoyo y aliento para el parto con respeto.
- ✓ Brindará a la paciente tranquilidad y apoyo continuo.
- ✓ Asegurar la privacidad y confidencialidad de los deseos de la mujer.
- ✓ Las parteras deberán ingresar a sala de labor utilizando gorra, bata y mascarilla, únicamente en el servicio de Centro obstétrico, respetando su vestimenta tradicional.
- ✓ Acompañará al personal de salud y explicará a la paciente y acompañante los procedimientos que se realizará durante el parto, postparto y atención al recién nacido.
- ✓ Explicará a la parturienta la importancia de colaborar en los procedimientos médicos necesarios para su valoración.
- ✓ La partera puede valorar a la paciente conjuntamente con el profesional si la paciente lo desea.
- ✓ Realizará el interrogatorio inicial (ingesta de aguas medicinales, aplicación de emplastos, etc.) e informará al personal de salud.
- ✓ La partera atenderá el parto con vigilancia y observación del profesional
- ✓ Controlará que el familiar ingrese a sala de parto culturalmente adecuado con bata azul, gorra, botas y mascarilla según norma establecida.
- ✓ Se permitirá el acompañamiento de un familiar por cada paciente hasta que se produzca el parto, debiendo consultar a la parturienta quien desea que se quede a su lado.

- ✓ Preparará conjuntamente con el personal de enfermería, el instrumental, e insumos de paquete de parto culturalmente adecuado que se requerirá para la atención del parto.
- ✓ Permitirá que la paciente elija la posición más cómoda durante el trabajo de parto y expulsión.
- ✓ Brindará a la paciente bebidas medicinales tibias, según las normas establecidas para mantener el calor corporal y ayudar en el trabajo de parto.
- ✓ Cumplirá el protocolo de atención de parto culturalmente adecuado detallado en la guía durante las etapas del parto.
- ✓ Brinda apoyo psicológico y realiza masajes.
- ✓ Establecerá el contacto físico emocional, promoverá el vínculo familiar entre la madre y el niño inmediatamente colocando al recién nacido sobre el vientre de la madre.
- ✓ Educará a la madre sobre los beneficios que brinda la lactancia materna.
- ✓ Si la decisión de tratamiento es quirúrgico la partera no debe intervenir en esta decisión.
- ✓ Si la partera identifica posible complicaciones en el trabajo de parto informará inmediatamente al profesional de turno.
- ✓ Proporcionará agua caliente de plantas medicinales establecidas para aseo vulvoperineal.
- ✓ Proporcionará agua tibia de plantas medicinales establecidas para el aseo de las manos de la madre antes de la lactancia.
- ✓ Educará e incentivará a la paciente la importancia de acudir al control postparto luego de una semana.
- ✓ Apoyará en la comunicación con el idioma quichua.
- ✓ Las parteras deberán tener conocimientos básicos sobre manejo de desechos hospitalarios.
- ✓ Las parteras deberán tener conocimientos básicos acerca de Asepsia y Antisepsia.

- ✓ Las parteras deberán realizar entrega recepción de turno de las pacientes que se encuentren en trabajo de parto, en sala de labor y casa materna.
- ✓ Cumplirán con el horario establecido, en caso de ausencia justificar con la coordinadora de enfermería o enfermera de centro obstétrico en 48 horas.
- ✓ Colaborarán con el cuidado de equipo, materiales e insumos de Centro Obstétrico y reportar pérdidas al personal del servicio.
- ✓ Realiza control prenatal (encaderamiento, masajes).
- ✓ Indicaciones nutricionales pre y posnatal.
- ✓ Ayuda informando para planificación familiar (posparto) según el caso.
- ✓ Realiza acompañamiento en todo el proceso de atención del parto.

6.7. IMPACTOS

Los niveles de impacto en las diferentes áreas se evaluaron tomando en cuenta la siguiente tabla:

VALORACIÓN DEL NIVEL DE IMPACTO

VALORACIÓN	NIVEL DE IMPACTO
- 3	Impacto alto negativo
- 2	Impacto medio negativo
- 1	Impacto bajo negativo
0	No hay impacto
1	Impacto bajo positivo
2	Impacto medio positivo
3	Impacto alto positivo

Fuente: Posso, Miguel. (2006). Metodología para el trabajo de grado (Tesis y Proyectos)

Una vez que se obtuvo la valoración correspondiente de cada impacto se aplicó la siguiente fórmula para conocer el nivel de impacto causado.

$$\text{Nivel de Impacto Social} = \frac{\Sigma}{n}$$

Dónde:

Σ = sumatoria de los niveles de impacto

n = número de indicadores

6.7.1. Impacto social

IMPACTO SOCIAL							
Niveles de impacto	-3	-2	-1	0	1	2	3
Indicadores							
Proyección en la comunidad							X
Mejoramiento en la calidad de vida							X
Reducción del índice de mortalidad							X
TOTAL	-	-	-	-	-	-	9
							$\Sigma = 9$

Elaborado por: Los investigadores

$$N.I. Social = \frac{\Sigma}{n} = \frac{9}{3} = 3$$

Impacto alto positivo

Análisis

Este impacto social tiene resultados altamente positivos, por cuanto la proyección en la comunidad fue ampliamente difundida a través de trípticos, gigantografías y la presentación de un video promocionando el parto vertical en las diferentes casas de salud de las comunidades de la

investigación; procurando a la vez las condiciones de comodidad y dignidad para la madre, visualizándose un mejoramiento en la calidad de vida tanto de la madre como del recién nacido, logrando a corto plazo una reducción notable del índice de mortalidad.

6.7.2. Impacto económico

IMPACTO ECONÓMICO							
Niveles de impacto	-3	-2	-1	0	1	2	3
Indicadores							
Control prenatal gratuito							X
Atención del parto intercultural gratuito							X
Control posparto							X
TOTAL	-	-	-	-	-	-	9
							$\Sigma = 9$

Elaborado por: Los investigadores

$$N.I. Económico = \frac{\Sigma}{n} = \frac{9}{3} = 3$$

Impacto alto positivo

Análisis

En cuanto al impacto económico se aprecia que tiene resultados altamente positivos, ya que las familias reciben una atención totalmente gratuita en el Hospital San Luis de Otavalo, sin tener que realizar gastos extras, manteniendo una estabilidad económica por la llegada de un nuevo miembro de la familia puesto que el control del recién nacido y de la madre son totalmente gratuitos procurando mejorar la calidad de vida de toda la familia y la comunidad en general.

6.7.3. Impacto educativo

IMPACTO EDUCATIVO							
Niveles de impacto	-3	-2	-1	0	1	2	3
Indicadores							
Adquisición de nuevos conocimientos							X
Difusión del parto vertical en la comunidad							X
Rescate de tradiciones ancestrales							X
TOTAL	-	-	-	-	-	-	9
							$\Sigma = 9$

Elaborado por: Los investigadores

$$N.I. Educativo = \frac{\Sigma}{n} = \frac{9}{3} = 3$$

Impacto alto positivo

Análisis

El impacto educativo que genera la propuesta es altamente positivo, la adquisición de nuevos conocimientos por parte de los investigadores es amplia y enriquecedora formando profesionales críticos y emprendedores, en cuanto a la difusión del parto cultural (vertical) en la comunidad, ampliando los horizontes de las familias para un empleo más seguro con toda la información adquirida sobre este proceso; y el rescate de las tradiciones culturales que es quizá el impacto más trascendente de la investigación ya que se está respetando la tradición y cultura de los miembros de la comunidad otavaleña.

6.8. DIFUSIÓN

La propuesta fue difundida a través de las charlas semanales que se presentan en cada área del Hospital San Luis de Otavalo, procurando que el mensaje llegue en forma directa se destinó a tres ejes de actuación, proyectando un video detallado del proceso de parto cultural (vertical) y la entrega de folletos en los subcentros de salud de las diferentes comunidades.



6.8.1. Comunicación interna

La comunicación interna se realizó con el personal de ginecología y obstetricia del Hospital San Luis de Otavalo y las mujeres parteras que colaboran en la sala de parto vertical, generando una información estructurada, garantizando una gestión eficaz y transparente, así como una fluida y eficiente comunicación, con el uso de varias herramientas como:

- ❖ Entrega y proyección de material sobre parto vertical, en charlas programadas con el personal del área de ginecología.
- ❖ Reuniones periódicas de todo el personal incluido las parteras.

6.8.2. Comunicación externa

La comunicación externa, se aplicó a las beneficiarias directas, mujeres embarazadas, que asisten al control en el Hospital San Luis de Otavalo y en los diferentes Subcentros de las comunidades del cantón Otavalo; con el empleo de las siguientes herramientas:

- ❖ Folletos con información general del proyecto y divulgación de información sobre actividades y publicaciones específicas.
- ❖ Jornadas de sensibilización.
- ❖ Charlas mensuales en los subcentros de salud de las comunidades.

6.8.3. Difusión general

La difusión general, se aplicó a las familias de las comunidades y público en general que asiste al Hospital San Luis de Otavalo y a los subcentros de las diferentes comunidades con el uso de las siguientes herramientas:

- ❖ Distribución de folletos con la información pertinente del tema.
- ❖ Proyección de video del proceso de parto vertical.
- ❖ Publicidad fija ubicada en lugares estratégicos de las casas de salud del Cantón Otavalo.

Estos tres ejes de actuación constituyeron los pilares fundamentales de la comunicación y difusión del proyecto de investigación; que

permitieron una comunicación sistematizada con información fluida y transparente sobre el tema de parto vertical.

6.9. Resumen de Capítulo

En el capítulo V se presenta la propuesta alternativa, con la finalidad de cumplir los objetivos planteados y contribuir con la comunidad. Para el desarrollo de la propuesta se contó con materiales propios de la comunicación alternativa, como son: video del proceso de parto vertical, gigantografías y trípticos, difundidos directamente a los usuarios de las comunidades del cantón Otavalo que asisten a las diferentes casas de salud; para finalmente analizar los impactos que resultaron con la ejecución de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESTRELLA, E. (1978). “La práctica de la Medicina Aborigen en la Sierra Ecuatoriana”.
2. FAMILY CENTER INTERNACIONAL (2005), “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva”. New York, USA.
3. FISCHER, Laura y ESPEJO, Jorge. (2004). “Mercadotecnia”, Tercera Edición, Mc Graw Hill, Págs. 360 al 376.
4. GALERA, A. (2001). Manual de didáctica de la Educación. “Una perspectiva constructivista moderada. Funciones de programación”. Barcelona. Paidós.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. Disponible en la página electrónica: www.inec.gob.ec.
6. HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO. (2008), “Manual de Kichwa básico para trabajadores de la salud” Otavalo.
7. HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO. (2009), “Registros médicos y estadísticas hospitalarias” Otavalo.
8. KOTLER, Philip y ARMSTRONG, Gary, PRENTICE, Hall, (2003). “Fundamentos de Marketing”, Sexta Edición, Pág. 489.
9. LUNA, Pedro (2008) “informe de consultoría sobre capacitación en parto culturalmente adecuado”, Consultoría Hospital San Luis de Otavalo – UNFPA.
10. MAFELÓPULOS, Paolo. (2002). “Introducción a la comunicación participativa para el desarrollo sostenible”. Santa Marta: Ministerio del Medio Ambiente: Unión Europea. Fundación Pro-Sierra Nevada de Santa Marta.
11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, (2010). “Hacia la construcción de un modelo de Salud Reproductiva con ENFOQUE INTERCULTURAL en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador”.

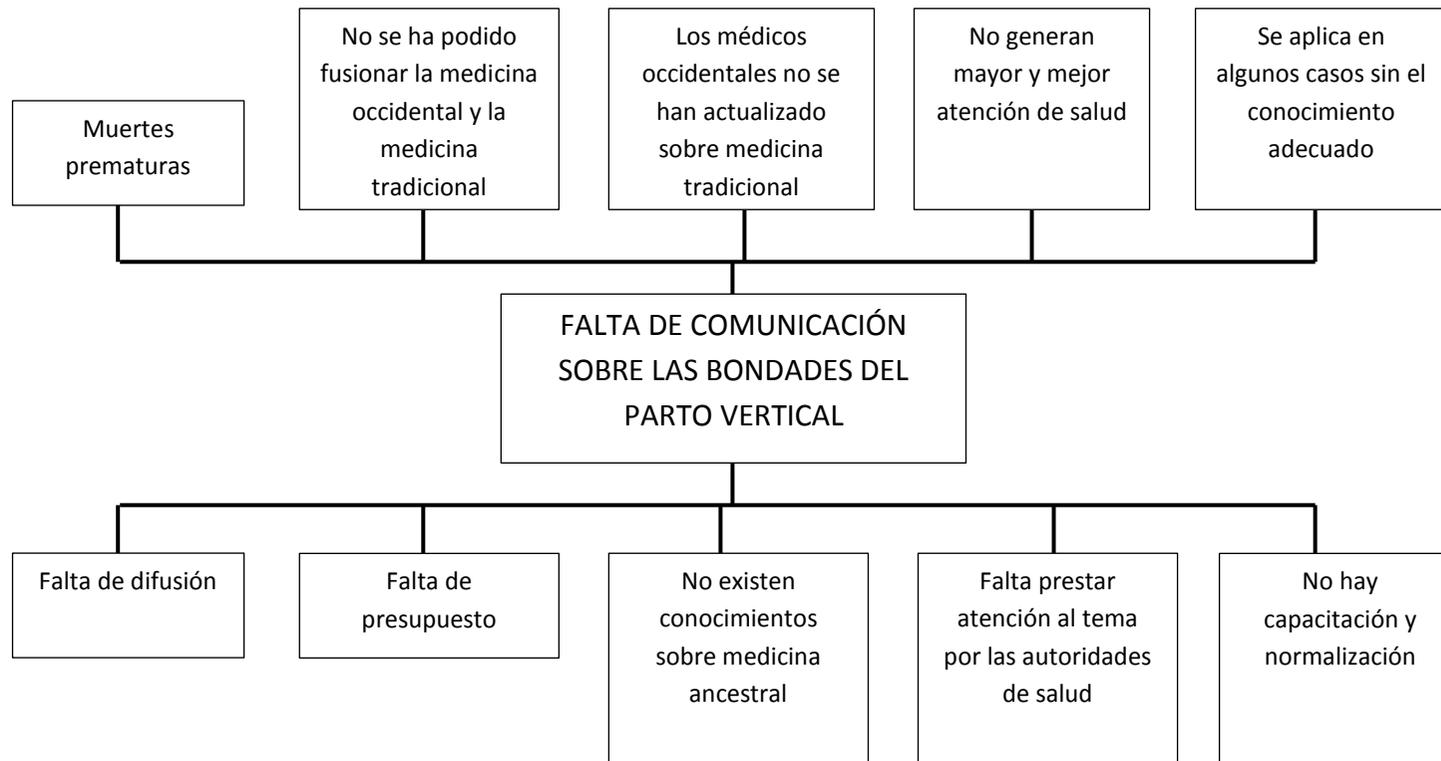
12. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2008), "Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado". Quito.
13. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2008), "Plan de reducción acelerada de la muerte materna". Quito.
14. ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, "La medicina tradicional en el Ecuador: Memorias de las Primeras Jornadas Ecuatorianas de Medicina Andina". Editores: Plutarco Naranjo y Ruperto Escaleras, Gabriel Cisneros
15. PALMA, José., GARRIDO, Ma. Del Carmen., SÁNCHEZ, Fernando y QUESADA, Alexis. (2003). Programación Concurrente. Editorial Thomson.
16. PÉREZ, Rafael Alberto. (2001). "Comunicación Estratégica". Barcelona, España. ED. Ariel.
17. POSSO, Miguel. (2006). "Metodología para el trabajo de grado" (Tesis y Proyectos).
18. PUBLICACIONES VÉRTICE. (2008). Atención al Cliente. "La Comunicación del servicio". Pág. 33.
19. RODRÍGUEZ, Lily. (2009), "Interculturalidad en Salud: percepciones de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el Hospital San Luis de Otavalo", Tesis de Maestría, Universidad Politécnica Salesiana, Quito.
20. SÁNCHEZ, José, (1996). "Población y Pobreza Indígena". Quito: CAAP.
21. UNFPA (2005) "Informe del Estado de la Población Mundial"
22. UNFPA, CEPAR, HSLO, 2009, "Informe de resultados de la Encuesta a Usuarias de servicio y al personal de salud del Hospital San Luis de Otavalo", Informe de Consultoría.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

1. www.relacionesypubli.lacoctelera.ne. Consultado el 14 de mayo del 2012.
2. www.mitecnologico.com. Consultado el 3 de abril del 2012
3. El Jambi Huasi, Área de Salud de la FICI, Dra. Myriam Conejo, Directora Ejecutiva, jambihua@im.pro.ec Consultado el 2 de abril de 2012.
4. Ley Orgánica de Salud – www.asambleanacional.gov.ec. Consultado el 16 de febrero de 2012.
5. Lacaze D. Medicina tradicional de los pueblos indígenas. Experiencia en unidades operativas del oriente ecuatoriano. En: <http://arutam.free.fr/Etnomedx.htm>. Consultado el 22 de marzo de 2012.

ANEXOS

Anexo N°. 1. Árbol de Problemas



Anexo 2. Matriz de Coherencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL
<p>En concordancia a lo expuesto anteriormente. ¿De qué manera podemos difundir el tema sobre las bondades del parto vertical a través del modelo de atención con ENFOQUE INTERCULTURAL que brinda el Hospital San Luis de Otavalo, con una propuesta alternativa de información?</p>	<p>Determinar cuál es el proceso comunicacional sobre las bondades del parto vertical, que realiza el Hospital San Luis de Otavalo, en las comunidades; Ilumán, Carabuela, Cotama y Azama.</p>
SUBPROBLEMAS / INTERROGANTES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Cuál es la situación comunicacional que tiene al momento del Hospital San Luis de Otavalo? ❖ ¿Cuál ha sido la colaboración que existe entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental? ❖ ¿Qué grado de satisfacción tienen las madres de familia del servicio de parto vertical en el Hospital San Luis de Otavalo? ❖ ¿De qué manera una propuesta de comunicación externa para el parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo, ayudará a resolver el problema de la falta de conocimiento de este método en las comunidades? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diagnosticar la situación comunicacional que brinda el Hospital sobre las bondades del parto vertical. ❖ Analizar los contextos sociales e históricos de la salud desde el pensamiento indígena, su cosmovisión y colaboración con la medicina occidental. ❖ Establecer el nivel de conocimiento que tienen las madres de familia de varias comunidades del cantón Otavalo sobre las bondades del parto vertical. ❖ Diseñar una propuesta general para comunicar y poner a criterio de la población Otavaleña el proceso de atención de la Sala de Parto Vertical del Hospital San Luis de Otavalo.

Anexo 3. Matriz Categorial

CONCEPTO	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE O PREGUNTAS
Medicina tradicional.- Es un derecho del ser humano, como tal dentro de las manifestaciones de la cultura, debe ser valorado en sus distintas dimensiones	Lo ancestral		Conocer	¿Sabe que es la medicina tradicional?
Aportes.- Desde los inicios de la evolución del hombre la medicina tradicional ha cumplido con el deber de ser un aporte en la curación de varias enfermedades	Aportes en el área de salud	Externo	General	¿Alguna vez acudió a la medicina tradicional para dar solución a un problema de salud?
Salud.- Desde el inicio de la evolución del hombre se practica el tema de la salud a través de sus diferentes formas.	Salud	Conocimiento	Parto vertical	¿Sabe qué es el parto vertical?
			Familiar	¿Algún familiar ha conocido el método de parto vertical?
			Resultado	¿Qué resultados se obtuvieron del parto vertical?
	Atención de parto		Preparación de parteras	¿Deberían tener mejor preparación las parteras para asistir en estos casos?
Fusión de medicina ancestral con medicina occidental			Articulación	¿Qué porcentaje de articulación existe entre medicina ancestral y medicina occidental?
	Medios de comunicación		Difusión parto vertical	¿Conoce sobre los servicios y beneficios que presta el parto vertical?
La elección del o los medios a utilizar en una campaña publicitaria es una decisión de suma importancia porque repercute directamente en los resultados que se obtienen con ella.	Medios de comunicación		Difusión	¿Se debe difundir el método de parto vertical a través de los medios de comunicación?
	Medios de comunicación		Proceso comunicacional	¿Debería existir un proceso comunicacional para difundir las bondades del parto vertical?

Anexo 4. Entrevista

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

ENTREVISTA DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

Como parte del plan comunicacional sobre la difusión de la sala de parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo, a ejecutarse por parte de los estudiantes de comunicación social de la Universidad Técnica del Norte, dirigimos esta entrevista al Director del área de salud número cuatro.

Objetivo: Recoger información de la fuente, relacionada con el tema propuesto y sus posibles soluciones a corto, mediano y largo plazo.

Cuestionario

1. ¿Qué factores intervinieron para la creación de la sala de parto vertical implementada en esta casa de salud?
.....
.....
2. ¿Cuál fue la inversión en este espacio materno y si justifica el servicio que presta hasta el momento?
.....
.....
3. ¿Cuál fue el plan comunicacional que se estructuró para dar a conocer esta articulación de medicinas?
.....
.....
4. ¿Hasta el momento cuales son los resultados del plan de difusión en los sectores a los que llegaron?
.....
.....
5. ¿Qué es lo que hace falta para cumplir con la visión de este proyecto?
.....
.....
- 6.- ¿Que se aspira de este proyecto en un futuro?
.....
.....
.....

Anexo 5. Entrevista

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

ENTREVISTA DIRIGIDA A LA PRESIDENTA DE LA SALA DE PARTO VERTICAL DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

Como parte del plan comunicacional sobre la difusión de la sala de parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo, a ejecutarse por parte de los estudiantes de comunicación social de la Universidad Técnica del Norte, dirigimos esta entrevista a la Presidenta de la Casa Materna de Parto Vertical.

Objetivo: Recoger información de la fuente, relacionada con el tema propuesto y sus posibles soluciones a corto, mediano y largo plazo.

Cuestionario

1. ¿Qué opina de que hoy se les tome en cuenta a las parteras en el sistema de salud a través de la sala de parto vertical?
.....
.....
2. ¿A través de este proyecto que es lo que ha logrado la medicina alternativa?
.....
.....
3. ¿Cómo prestan el servicio de parto vertical a las usuarias?
.....
.....
4. ¿Existe una gran afluencia de mujeres en gestación que se deciden por esta modalidad?
.....
.....
5. ¿El ambiente en el que se desarrolla el trabajo es apropiado?
.....
.....
.....
6. ¿Qué hace falta para mejorar el servicio de parto vertical?
.....
.....
.....
7. ¿Qué se debería hacer para incrementar la participación de las mujeres en esta casa materna?
.....
.....

Anexo 6. Encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
ENCUESTA DIRIGIDA A FAMILIAS DE LAS COMUNIDADES DE ASAMA,
COTAMA, CARABUELA E ILUMÁN DEL CANTÓN OTAVALO
ENCUESTA

Con la finalidad de cumplir de una manera transparente el tema de investigación referente al servicio de Parto Vertical que brinda el Hospital “San Luis de Otavalo” a través de la **Medicina Tradicional** en articulación con la **Occidental**, el siguiente cuestionario trata de precisar así como de evaluar los beneficios de la aplicación de esta medicina.

De manera clara y concisa, responda el siguiente cuestionario que ponemos a consideración, escribiendo con una “x” donde considere necesario.

1. ¿Ha escuchado hablar del servicio de parto vertical que brinda el H. S. L. O?

Pocas veces ()

Algunas veces ()

Muchas veces ()

2. ¿Tiene algún conocimiento sobre el parto vertical?

Nada ()

Poco ()

Mucho ()

3. ¿Alguna vez acudió a la medicina tradicional para dar solución al tema de parto?

Nunca ()

Alguna vez ()

Varias veces ()

4. ¿Tiene familiares que acuden a este método?

Ninguno ()

Uno ()

Varios ()

5. ¿Cuál ha sido el resultado de esta asistencia en el parto vertical?

Mala ()

Buena ()

Excelente ()

6. **¿Deberían prepararse las involucrad@s en este tema, para asistir de una mejor manera en el parto vertical?**

Muy de acuerdo () De acuerdo () Poco de acuerdo ()

7. **¿En qué % la articulación de estas dos medicinas es favorable para la salud de la sociedad?**

10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

8. **¿Debería existir un proceso comunicacional para difundir las bondades del parto vertical?**

Muy de acuerdo ()

De acuerdo ()

Poco de acuerdo ()

9. **¿Tiene conocimiento que el servicio del parto vertical es para todo tipo étnico?**

Si ()

No ()

Tal vez ()

10. **¿Se debería difundir este tema a través de medios de comunicación alternativos?**

Positivo ()

Negativo ()

Tal vez ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 7. Ficha de Observación

FICHA DE OBSERVACIÓN			
Objetivo: Observar los procesos comunicacionales existentes del Hospital San Luis de otavalo dentro de la Sala de Parto Vertical.			
Investigadores:	Darwin Joel Muñoz Badí Raúl Pavón		
Fecha de visita:			
Lugar:	Sala de Parto Vertical del Hospital San Luis de Otavalo.		
Procesos Comunicacionales			
Nº	Indicadores	Si	No
1	Ha escuchado hablar del servicio de parto vertical que brinda el H. S. L. O		
2	Tiene algún conocimiento del tema antes mencionado		
3	Alguna vez acudió a este tipo de medicina para dar solución al tema de parto		
4	Tiene familiares que acuden a este método		
5	Cuál ha sido el resultado de esta asistencia en el parto vertical		
6	Deberían prepararse las involucrad@s en este tema, para asistir de una mejor manera en el parto vertical		
7	En qué % la articulación de estas dos medicinas es favorable para la salud de la sociedad		
8	Cree que el plan piloto de la sala de parto vertical de la casa de salud de Otavalo, debe ser ejemplo para otros sectores del país		
9	Tiene conocimiento que el servicio del parto vertical es para todo tipo étnico		
10	Se debería difundirse este tema a través de un medio de comunicación alternativo		

Anexo 8. Tríptico



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

**PARTO VERTICAL
 "HOSPITAL
 SAN LUIS DE OTAVALO"**

Autores:
 Muñoz Juma Darwin Joel
 Pavón Báez Badi Raúl

Director:
 Dr. Galo Álvarez

**La Salud Reproductiva con
 Enfoque Intercultural**

**Ibarra - Ecuador
 2012**

**Ibarra - Ecuador
 2012**

PARTO VERTICAL

La oficialización del Parto Culturalmente Adecuado, es un hito sin precedentes en la historia de la salud del pueblo ecuatoriano; por primera vez la ciencia occidental unifica fuerzas con los saberes ancestrales, para trabajar a favor de las mujeres embarazadas y sus niños.



El Hospital San Luis, cuenta con una sala especial para el parto vertical, donde la mujer puede escoger dar a luz de pie, en cuclillas, o de rodillas, mientras recibe la atención de un médico, una partera y una enfermera.

La sala también ofrece el ambiente oportuno y culturalmente adecuado para el alumbramiento, proceso considerando como parte de la cosmovisión andina, donde el ambiente en el cual nace el bebé debe facilitar intimidad y abrigo, como en el parto domiciliario.

VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL

- La posición vertical y, en concreto, el parto en cuclillas ofrece unas cuantas ventajas:
 - La fuerza de gravedad actúa a favor de la mujer. Mayor facilidad, y la dilatación necesaria para el parto, produciendo un acortamiento del trabajo de parto.
 - El feto sufre menos y está más oxigenado. Mejora la circulación de la madre y, por tanto la frecuencia cardiaca del bebé.
 - Las contracciones son más frecuentes y eficaces. Se favorece que el feto presione el cuello del útero de manera adecuada.
 - El dolor disminuye y, con él, la necesidad de administrar analgésicos. Dar a luz con parto vertical supone que, durante el trabajo de parto, la mujer puede adoptar las posiciones que le resulten más cómodas. Las posturas verticales reducen las molestias lumbares y el dolor de las contracciones. Se liberan más endorfinas las "hormonas de la felicidad", que ejercen un poderoso efecto calmante en el organismo.
- Reducción de malas posiciones fetales. Cuando la futura mamá está en posición vertical, la cabeza del feto se alinea mejor con el canal de parto. Esto facilita el parto natural, disminuye la utilización de instrumentos médicos y reduce el índice de cesáreas.



Anexo 9. Pancarta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

PARTO VERTICAL

"HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO"

Maternidad Segura y Saludable



Ibarra - Ecuador

2012

Anexo 10. Fotografías

Hospital San Luis de Otavalo



Subcentro de Salud de Ilumán



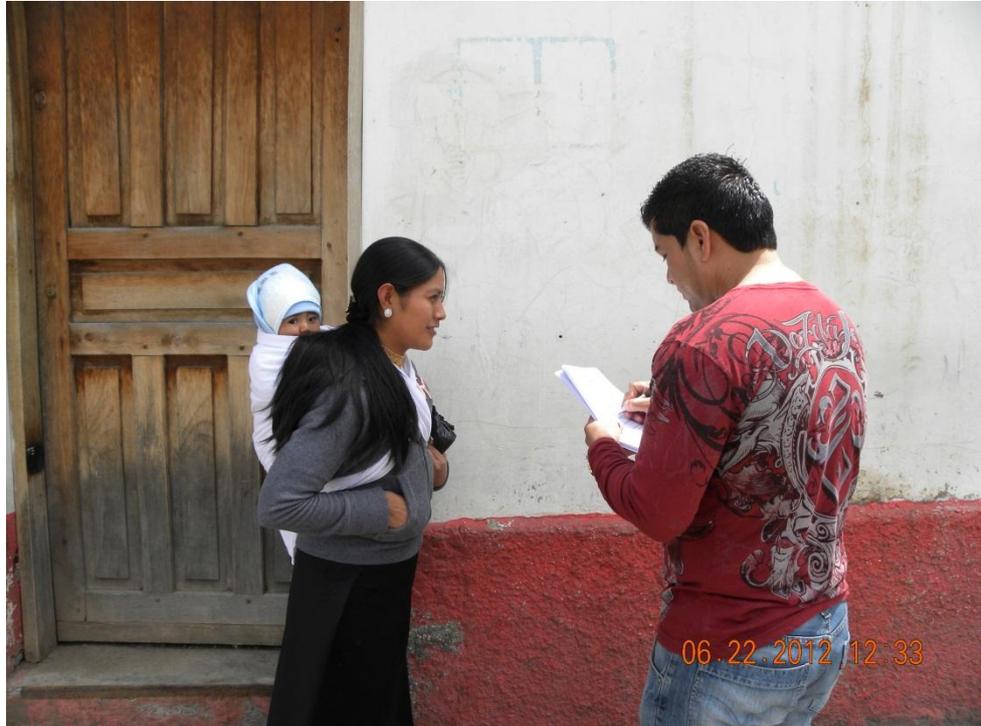
Comunidad en celebración Inti Raymi en Otavalo



Aplicación de encuesta en la comunidad de Azama



Aplicación de encuesta



Aplicación de encuesta



Sala de Parto Vertical



Área de Maternidad



Área de neonatología



Sala de parto vertical "Hospital San Luis de Otavalo"



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIA Y TECNOLOGIA
COMUNICACIÓN SOCIAL

FICHA DE VALIDACION
PROPUESTA ALTERNATIVA

"ESTUDIO DEL PROCESO COMUNICACIONAL SOBRE LAS BONDADES DEL PARTO VERTICAL DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, EN LAS COMUNIDADES; ILUMÁN, CARABUELA, AZAMA Y COTAMA. PRPUESTA ALTERNATIVA DE INFORMACIÓN"

Ibarra, 04 de Enero del 2013

Dr. Salomón Proaño

Director del Hospital San Luis de Otavalo

Dígnese revisar y abalzar el trabajo que ponemos a su consideración, para lo cual presentamos la respectiva ficha.

La escala de valores del 1 al 3

3 equivale MUY SATISFACTORIO

2 equivale SATISFACTORIO

1 equivale POCO SATISFACTORIO

Por lo tanto, dígnese marcar con una X en el casillero que considere pertinente.

DATOS PERSONALES DEL EXPERTO

Apellidos y Nombres: *Salomón Proaño Rosales*
Título Profesional: *Médico - Administrador en Serv. de Salud.*
Cargo que Desempeña: *Director Area de Salud MSP - Otavalo.*
Dirección: *Soc. 7 EE.UU.*
Teléfono: *0998786530.*



ASPECTOS	DESCRIPCION	INDICE	INDICE	INDICE
		1	2	3
Pertinencia	Dirigido al director del Hospital San Luis de Otavalo			X
Presentación	Contiene secuencia en los aspectos presentados			X
Cientificidad	Elaborado en base a Técnicas de la Comunicación Social.			X
Originalidad	La investigación es elaborada en base a criterio de los comunicadores sociales, investigadores, expertos y mediante textos internet y otros.			X
Actualidad	Se incluye espacios, productos y temas de interés social y esencialmente humano apoyado con la tecnología moderna		X	
Claridad	La investigación permite informar y orientar en aspectos relevantes de interés del Hospital San Luis de Otavalo y las usuarias de la sala de partos.			X
Metodología	Utiliza medios actuales para la recopilación de información y la aplicación de la propuesta.			X
Propuesta	Contiene aspectos importantes para mejorar las condiciones actuales y brindar un mejor servicio a las usuarias.			X

Observaciones: Fortalecer el marco propositivo,

Sugerencias: Continuar con este tipo de estudios operando al desarrollo social.

Firma: 

CI: 170985753



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA
COMUNICACIÓN SOCIAL

Ibarra, 04 de Enero del 2013

Los abajo firmantes certificamos haber formado parte de la socialización y recibido un ejemplar de la propuesta “ESTUDIO DEL PROCESO COMUNICACIONAL SOBRE LAS BONDADES DEL PARTO VERTICAL DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, EN LAS COMUNIDADES; ILUMÁN, CARABUELA, AZAMA Y COTAMA. PRPUESTA ALTERNATIVA DE INFORMACIÓN” como parte del trabajo de grado a la obtención del título de licenciados en la especialidad de comunicación social de los señores Muñoz Juma Darwin Joel y Pavón Báez Badí Raúl.

Nombres y Apellidos	Número de Cédula	Cargo que Desempeña	Firma
JOSE FARUWAGO ANIR	1001869005	Director Ejecutivo (e)	
Maria Juana Perugachi	100155325-2	Partero Jamborwasi	
Mouzi Mouzi	1709892250	Director Hosp.	
Gabriela Mencia	171932895-5	Rep. Salud Intercultural	
Fabiola Rija	1001753303	Técnica CARE	

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE

Yo, Darwin Joel Muñoz Juma con cédula de ciudadanía N° 1002560967 y Badí Raúl Pavón Báez con cédula de identidad N°1001462090, manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) del trabajo de grado denominado: **“ESTUDIO DEL PROCESO COMUNICACIONAL SOBRE LAS BONDADES DEL PARTO VERTICAL DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, EN LAS COMUNIDADES; ILUMÁN, CARABUELA, AZAMA Y COTAMA. PRPUESTA ALTERNATIVA DE INFORMACIÓN ”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciados en la Especialidad de Comunicación Social, en la Universidad Técnica del Norte facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra a los 04 días del mes de Enero del 2013

Darwin Joel Muñoz Juma

CI: 1002560967.

Badí Raúl Pavón Báez

CI: 1001462090.

**AUTORIZACION DE USO Y PUBLICACION A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TECNICA DEL NORTE**

1.- IDENTIFICACION DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de aprobar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO:			
CEDULA DE IDENTIDAD:	DE	1002560967	
		1001462090	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Darwin Joel Muñoz Juma	
		Badí Raúl Pavón Báez	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL	0991753558
			0999582477
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	"ESTUDIO DEL PROCESO COMUNICACIONAL SOBRE LAS BONDADES DEL PARTO VERTICAL DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, EN LAS COMUNIDADES; ILUMÁN, CARABUELA, AZAMA Y COTAMA. PRPUESTA ALTERNATIVA DE INFORMACIÓN "		
AUTORES:	Darwin Joel Muñoz Juma		
	Badí Raúl Pavón Báez		
FECHA:	Ibarra 04 de enero del 2013		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			

PROGRAMA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREGRADO	POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciados en la Especialidad de Comunicación Social	
ASESOR/ DIRECTOR:	Dr. Galo Álvarez	

2.- DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Darwin Joel Muñoz Juma con cédula de identidad N°1002560967 y Badi Raúl Pavón Báez con cédula de identidad N° 1001462090, en calidad de autor(es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 143.

3.- CONSTANCIAS

El (La) autor (a)(es) manifiesta (n) 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 (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 04 Días del mes de Enero del 2013.

LOS AUTORES:

.....
Darwin Joel Muñoz Juma

CI: 1002560967

.....
Badí Raúl Pavón Báez

CI: 1001462090

ACEPTACIÓN:

.....
Nombre: Lic. Ximena Vallejos

Cargo: JEFE DE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario