



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

ARTÍCULO CIENTÍFICO

TEMA

**LA ACEPTACIÓN DEL EQUIPO DE PROFESIONALES DE SALUD Y DE LA PARTERA
TRADICIONAL LA MODALIDAD DE PARTO VERTICAL EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE
OTAVALO.**

AUTORAS:

Carla Maribel Cárdenas Rosero

Soraya Elizabeth CachiguangoQuinaluisa

DIRECTORA

Lic. Miriam Santillán

Ibarra, Ecuador 2012

La aceptación del equipo de profesionales de la salud y de la partera tradicional la modalidad de parto vertical en el Hospital San Luis de Otavalo¹

Acceptance team of health professionals and traditional birth vertical delivery mode in the Hospital San Luis de Otavalo

Cárdenas Carla² Y Cachiguango Soraya³

¹ Tesis para obtener el título de Licenciatura en Enfermería, Universidad Técnica del Norte.

² Estudiante de la Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería.

³ Estudiante de la Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería. elyzasory@hotmail.com

Resumen

El Ministerio de Salud Pública, en concordancia con el mandato establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, Objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población”, política 3.5. “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”, está promoviendo una política intercultural en salud y en particular el desarrollo de modelos de salud reproductiva con enfoque intercultural, a partir de abril del 2008, se incorporó la atención del parto culturalmente adecuado en el hospital, con la participación activa de parteras del cantón, lo cual ha dado logros positivos y ha permitido un entendimiento entre culturas y saberes,

mejorando así la calidad de atención del parto y con ello la disminución de la morbi-mortalidad materna”. 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 esfuerzos con los saberes ancestrales, para trabajar a favor de las mujeres embarazadas y sus niños. Las mujeres asistidas en el Hospital San Luis de Otavalo y que han acudido al Servicio de Gineco – Obstetricia durante el año 2011 se atendieron 606 partos a mujeres indígenas y 98 partos a mujeres mestizas afros, mientras que en el año 2012 se atendieron 620 partos a mujeres indígenas y 54 partos a mujeres mestizas y afros mediante el parto culturalmente adecuado, para esto en el hospital se han realizado las adecuaciones necesarias para adaptar las costumbres del sector rural indígena en el momento de dar a luz.

Palabras clave: parteras tradicionales, atención a la salud, parto, cultura (fuente: MSP, Folletos parto cultural)

Abstract

The Ministry of Public Health, in accordance with the mandate set out in the National Development Plan, Objective 3 "To improve the quality of life of the population" policy 3.5. "Recognize, respect and promote ancestral practices and alternative medicine and use of knowledge, tools and drugs", is promoting an intercultural health policy and in particular the development of reproductive health models intercultural approach, from April 2008, he joined the culturally appropriate delivery care in the hospital, with the active participation of midwives in the canton, which has given positive achievements and allowed an understanding between cultures and knowledge, thereby improving the quality of care delivery and it decreased maternal morbidity and mortality. "The formalization of culturally appropriate Childbirth is an unprecedented milestone in the history of the health of the people of Ecuador, for the first time unifies efforts

of Western science with ancient knowledge to work for pregnant women and their children. The women assisted at the Hospital San Luis de Otavalo and who have come to the Service of Gynecology - Obstetrics in 2011 were attended 606 births to Indigenous women and 98 births to women mestizo afros, while in 2012 they attended 620 births to indigenous women and 54 births to women with afros mestizo and culturally appropriate delivery for this hospital have made the necessary adjustments to adapt the customs of the indigenous rural sector at the time of delivery.

Key words: midwives, practical, health care (public health, MSP), parturition, culture

INTRODUCCIÓN

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 concordancia con el mandato establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, Objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población”, política 3.5. “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”, está promoviendo una política intercultural en salud y en particular el desarrollo de modelos de salud reproductiva con enfoque intercultural.

El Pueblo Kichwa Otavalo, como referente en el norte del país ha tomado la iniciativa respecto al ritual del parto de la mujer, es por esto que en el Hospital San Luis de Otavalo se adoptó el parto vertical como práctica habitual el cual es asistido conjuntamente entre médicos y parteras.

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 esfuerzos con los saberes ancestrales, para trabajar a favor de las mujeres embarazadas y sus niños.

“A partir de abril del 2008, se incorporó la atención del parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo, con la participación activa de parteras del cantón, la cual ha dado logros positivos y ha permitido un entendimiento entre culturas y saberes, mejorando así la calidad de atención del parto y con ello la disminución de la morbi-mortalidad materna”.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó entre el segundo periodo de 2011 y el año 2012 Hospital San Luis de Otavalo. El enfoque del estudio fue cualitativo, enmarcado en la aceptación del parto vertical por los profesionales de la salud y en él participaron siete parteras tradicionales. La muestra fue teórica y estuvo conformada por la información suministrada por ellas.

El tamaño de la muestra y población, el centro de atención es el Hospital San Luis de Otavalo preferentemente a al equipo médico que conforma 26 profesiones y 13 parteras dando un total de 39 personas que es el 100% de la población.

Se utilizó la entrevista propuesta (5) para la recolección de la información y se realizaron tres a cada participante, en las cuales se trataron dos temas: las prácticas de cuidado durante la atención del parto y las creencias en torno a las mismas aceptación del parto vertical. En estas se intentó explorar los tres aspectos fundamentales de la experiencia humana propuestos (5): lo que hace (comportamiento cultural), lo que sabe (conocimiento cultural) y lo que usa o fabrica (artefactos culturales); y se direccionaron las preguntas a las tres cuestiones básicas que fueron: descriptivas, estructurales y de contraste.

Además se realizó observación participante de las características del contexto y las dinámicas de los habitantes de la comunidad. El análisis de la información se efectuó bajo el concepto de " análisis de aceptación" temas culturales (5).

El estudio se desarrolló en tres fases: la primera, en campo, mediante las entrevistas y análisis inicial en el cual se identificaron las relaciones semánticas y los dominios culturales, así como la observación participante del contexto ambiental. En la segunda, mediante la reducción de la totalidad de la información en cada caso del estudio y comparándose entre ellos, se construyeron las taxonomías culturales. En la última fase emergieron los cinco temas culturales propuestos, que es la agrupación de las diferentes taxonomías culturales y que permitió descubrir el nivel de aceptación por los profesionales de la salud la atención de esta modalidad de parto, cotejando las taxonomías culturales a la luz de la evidencia científica y los datos obtenidos mediante la observación participante durante el periodo de recolección de la información.

Durante la ejecución de la investigación se tuvieron en cuenta los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad o aplicabilidad (6) para lograr el rigor metodológico en la investigación cualitativa.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos planteados por 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 concordancia con el mandato establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, Objetivo 3 "Mejorar la calidad de vida de la población", política 3.5. "Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos", está promoviendo una política intercultural en salud y en particular el desarrollo de modelos de salud reproductiva con enfoque intercultural.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Atenciones del personal de salud en la consulta

Esta información es registrada en las unidades de atención de las diferentes parroquias, durante el año 2011, y según los casos que se presenten y ameriten atención especializada se da el pase al Hospital San Luis de Otavalo para el análisis y posterior tratamiento.

Número de partos atendidos en el periodo 2011

Tabla 2: Número de partos atendidos en el periodo 2011 - 2012

Parto	Año	
	2011	2012
Mestizas y otras etnias	811	785
Indígenas	878	850
TOTAL...	1689	1635

Esta información es fría en los números, sin embargo se puede apreciar que las madres indígenas en estado de gestación son las que más acuden por atención en el Hospital San Luis de Otavalo, con respecto al número de mujeres gestantes mestizas y otras etnias.

Durante el año 2012 se aprecia menor porcentaje de concurrencia de las mujeres indígenas respecto al año 2011 y respecto al número de mujeres mestizas y otras etnias, todavía sigue siendo mayor, esto es un indicador de que el Hospital cambió su política de atención, se evidencia más equidad.

PLAN DEL PARTO

EL plan de parto es un documento en que una mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento.¹

Se puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, un buen momento se considera las semanas 28 y 32, preguntando durante este tiempo cualquier duda a la partera o personal médico.

En el momento del parto la madre podrá modificar cualquiera de las preferencias descritas, según el desarrollo y estado de los acontecimientos.

Un plan de parto debe contener al menos las siguientes consideraciones:

LLEGADA AL HOSPITAL

Desde la percepción de los pueblos indígenas, los hospitales, los subcentros de salud, son espacios para blanco/mestizos, esta es una razón que explica la no utilización de los servicios del hospital.

Los pasos trascendentales que ha tenido el hospital San Luis de Otavalo es el cambio de señalética tanto en castellano como en Kichwa, esta es una forma de apropiación y obtener derechos sobre los servicios en el interior del hospital. Además se deber llenar una ficha si lo hay con las siguientes consideraciones:

Tabla 1: Ficha para llenar

¹http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/browse/49/ir_a/ciudadania/article//el-parto-vertical-es-una-alternativa-que-reduce-la-mortalidad-materna-e-infantil.html

Opciones	Respuesta
Durante mi parto deseo estar acompañada por :	
No deseo estar acompañada por:	
Otras observaciones:	

Identificar el momento del parto

Para las parteras tradicionales, el momento del parto era cuando la mujer se ponía " enferma" y comenzaba todo el proceso que significa " estar pariendo" . Más que acciones separadas, comprendía tres prácticas que realizaban de forma simultánea: la partera observaba, preguntaba y la examinaba para confirmar los datos o información que obtenía. Preguntarle a la mujer era la acción inicial y básica de la partera tradicional cuando llegaba a atenderla.

Entonces, yo ya para saber así, le digo: ¿Cómo se siente? ¿Está manchando? O está... ¿cómo se dice?... ¿ya rompió fuente? Entonces, ella me dice sí o no. Entonces, yo le digo: acuéstese que le voy a hacer el tacto... yo también le pregunto si ya está manchando, eso indica que ya está de parto. Eso son manchas de sangre y baba. Una baba que la coge uno con las manos y ella se corta, una babita espesa. Partera tradicional de 48 años

Quizá el signo al que más importancia le prestaban para saber si era el momento, eran los dolores. Valoraban: aumento, cantidad, duración, regularidad e intensidad, y además si estos eran lo que ellas llamaban " dolor con pujos" ya que el dolor daba ganas de pujar. Esta valoración mediante el interrogatorio se asemejaba bastante a las actividades de los profesionales durante la atención del trabajo de parto, en la cual se evalúa la actividad uterina a través de frecuencia, duración e intensidad de las contracciones (11).

A la vez que interrogaba a la mujer, la partera tradicional observaba si tenía el rostro " desencajado". Otra cosa es que la mujer se desencaja mucho. Uno, el día que está de parto, está uno, cómo le digo, ojerudo, cansado, ya que le duele todo el cuerpo, ya que se siente desencajada, como que le duelen las piernas, como un sueño intenso. Partera tradicional de 48 años

Una vez identificado el " desencaje" , se reparaba el " descuelgue" de la barriga, que indicaba si el bebé ya había " bajado" y estaba " buscando" la salida. Además observaban la posición del bebé: si era cefálica y el cuerpo estaba derecho. Finalmente, cuando tenían cierto grado de seguridad que ya era el " momento" , al pedirle a la mujer que se retirara la ropa interior para poder trabajar mejor, observaban si las " partes íntimas" estaban " abultadas" o " dilatadas" .

También, mediante la " sobada" identificaban la posición del bebé. Con mucha semejanza a las maniobras de Leopold, identificaban cómo y cuánto la sobarían para " acomodar" al bebé y así apresurar el nacimiento.

Después realizaban varios tactos, los cuales usaban para conocer la capacidad que tenía la mujer para la salida del niño, y para tocar la cabeza del bebé. Además, durante todo el proceso en que la mujer se encontraba " pariendo" , los tactos se utilizaban como una de las formas de averiguar la evolución del trabajo de parto. Según Hincapié (12), en la identificación de los conocimientos de las parteras tradicionales capacitadas en el municipio de Quinchía, Risaralda, el tacto era una técnica para conocer el momento del nacimiento, pero sin criterios claros para valorar la dilatación.



Foto 1. Forma en que la partera realiza el tacto vaginal con dos dedos



Foto 2. Forma en que la partera realiza el tacto vaginal con dos dedos

Ayudar a la mujer a parir

Las parteras tradicionales definían dos momentos durante la atención del parto: "pariendo" o "momento del parto" que era cuando presentaban todos los signos de un trabajo de parto, y que la mujer "para" o "parir" , que correspondía al nacimiento del niño y la placenta. Lo anterior difiere de los momentos establecidos en el modelo médico en el cual se determinan tres periodos: la dilatación y borramiento, el expulsivo y el alumbramiento (11).

Una vez establecido el momento del parto, la partera tradicional iniciaba una serie de prácticas que tenían como fin ayudar a la mujer a parir, apresurando el

parto para evitar complicaciones en el " vientre". Unas se encaminaban a sacar el frío de la barriga de la mujer y otras a facilitar la " salida" al bebé.

Sacar el frío es una creencia cultural sustentada en la teoría de frío calor o desbalance térmico, que plantea un desequilibrio que ocurre en el cuerpo de la mujer durante el parto, teniendo en cuenta la concepción del embarazo (13, 14).

Las posiciones para " parir" fueron acostadas y arrodilladas o en cuclillas (conocidas como posiciones verticales). En todos los casos la mujer era la que decidía cuál asumir teniendo en cuenta sus experiencias anteriores. En la primera, se acostaban en la cama con las piernas flexionadas y abiertas; levantaban la cabeza con una almohada para evitar que el bebé se subiera y para que la mujer pudiera hacer más fuerza. La partera u otra persona le ayudaba a mantener las piernas abiertas; la mujer se sostenía de la cama a fin de hacer la fuerza para pujar.

Las posiciones verticales eran preferidas por las mujeres en esta región. En una de ellas, se arrodillaba y otra persona la sostenía de los hombros o la cintura para que no se cayera y tuviera de dónde agarrarse para hacer fuerza. La otra forma consistía en que se arrodillaba en el suelo pero estiraba una de las piernas y le colgaban un lazo de una viga del techo para que ella se sostuviera e hiciera la fuerza necesaria para parir. La partera debía estar muy pendiente de la salida del niño para que no se fuera a pegar y además le colocaban un tendido o cobija para que no se contaminaran el bebé y la mamá con la suciedad del piso.

Uno pone a la mujer, si ella está acostumbrada a tenerlo en la cama, uno la pone, y si está acostumbrada en el suelo, arrodillada, uno las coloca así, como la mujer diga.

Uno la acuesta y le pone así, como un calzo en la cabeza, que le quede la cabeza levantada. Y uno le acoteja las piernas que le queden abiertas y ya uno

está ahí. Cuando están acostumbradas a tenerlas arrodilladas, uno le arrodilla una pierna y la otra la deja en el piso, se le hace la cama al bebé y la partera está adelante. Uno le acoteja cualquier cosa, una colchoneta, una espuma, cualquier cosa, uno lo arregla bien, cosa que la mujer no se estropee tanto. Partera tradicional de 46 años

Además del inconveniente de la posición horizontal de litotomía, que la mujer no tenga dónde hacer una fuerza efectiva para ayudarse a pujar durante el expulsivo, la preferencia y efectividad de las posiciones verticales están bien documentadas en relación con la primera. Esta posición favorece al feto para orientarse principalmente al canal del parto, facilitar su salida, disminuyendo así los traumatismos en el recién nacido. Además, a la mujer le permite una mayor participación en este evento, mayor eficiencia de las contracciones uterinas y acortamiento del periodo expulsivo, lo cual genera menos dolor y mayor sensación de libertad en el posparto (15). También se han comprobado otras ventajas como la reducción en el número de las episiotomías, y del dolor intenso durante el periodo expulsivo, y menos patrones de frecuencia cardíaca fetal anormal (16).

Proteger al bebé después del nacimiento

Proteger al bebé después del nacimiento involucraba varias prácticas con las que las parteras tradicionales y especialistas de la salud recibían y daban la bienvenida a la nueva vida. Estas incluían los cuidados con el ombligo, evitar que el bebé se infectara y examinar al bebé.

El ombligo del bebé era el blanco de los cuidados más apremiantes para evitar que el bebé se desangrara y pudiera morir, o que se infectara, problema que consideraban muy grave. Un ombligo bien cuidado debía caer tres días después

de nacido el bebé y no debía oler fétido. Que esto se cumpliera era uno de los aspectos que daban más credibilidad al trabajo de la partera tradicional.

Proteger a la mujer después del nacimiento

Preservar la vida de la mujer después del nacimiento era vital por el grave peligro que significa este momento. Estas prácticas iban encaminadas a disminuir la vulnerabilidad causada por la "apertura" y el desequilibrio "frío-calor" del cuerpo de la mujer, y a prevenir complicaciones. La primera práctica se encaminaba a ayudar a salir la placenta, y otras a evitar que la mujer se infectara y favorecer el cierre de las caderas.

Respecto a la placenta, en varias culturas esta es tratada con especial cuidado pues se considera originaria a partir del óvulo, como parte del feto. Así, una vez expulsada, debe ser enterrada y tapada con brasas u otros elementos que le provean calor. Esta práctica asegura la salud de la madre pues la placenta se encuentra en un lugar caliente como cuando la placenta y el niño se hallaban en el vientre de la madre. "Esto le proporciona a la mujer tranquilidad ya que evitará enfermarse del pasmo y peligros de brujería. Parecería que la relación que establecen las sociedades entre madre, hijo, placenta está asociada con la protección de la salud de ambos, así como con las relaciones de pertenencia e identidad del individuo con un lugar, una tierra y una familia" (14).

El alumbramiento era el último periodo del trabajo de parto. Según la norma médica ecuatoriana para la atención de este evento, la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este periodo comprende esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para halar el cordón (11). Existe el consenso científico de considerar 30 minutos para diagnóstico de placenta retenida (17).

Sin embargo, las parteras tradicionales ejecutaban varias acciones de forma secuencial para ayudar a que saliera. Después de darle un margen de aproximadamente 15 minutos para que esta saliera sola y amarrar el cordón umbilical al muslo de la mujer, sobaban, con enjundia de gallina calentada con flores de manzanilla, la parte inferior del abdomen durante 3 a 5 minutos, de 1 a 3 veces.

La limpieza de las " partes íntimas" se realizaba después de la salida de la placenta y de la sangre mala. Esta práctica fue considerada fundamental ya que durante la atención del parto podían producirse pequeñas heridas o rasguños que se podían infectar con la " sangre mala". Limpiaban a la parturienta con agua tibia y alcohol, utilizando un trapo limpio con el cual restregaban hasta hacer desaparecer todo rastro de sangre desde el abdomen hasta los muslos, teniendo cuidado de limpiar primero las partes íntimas por delante y posteriormente por atrás.

En la lógica de la pérdida del desbalance térmico realizaban además un baño en las partes íntimas con " plantas calientes" como hojas de mango, naranjo, limón y guanábano, o agregándole sal al agua.

Finalmente, se cerraban las caderas para evitar que la mujer sufriera de dolor al entrar el frío y evitar la entrada de infecciones durante el posparto. Lo anterior se lograba sobando una sola vez en la cintura, de atrás hacia delante entre 10 y 15 veces. El proceso concluía al " fajar" a la mujer, amarrándole fuertemente una sábana en la cintura, con la cual debía mantenerse 40 días.

Pues toda la fuerza que uno hace pa´ parir el bebé, eso es mucha fuerza y las caderas se desacomodan y eso da mucho dolor después; entonces, uno por eso la faja, primero lo hace con mañita por aquí (señala las caderas hacia delante),

la soba suavcito, de atrás hacia delante, de lado y después le pone un trapo bien apretadito. Partera tradicional de 58 años

Reflexiones a la luz de la teoría de la universalidad y diversidad de los cuidados culturales

En este aparte se realizará una reflexión acerca de las prácticas de los cuidados culturales de las parteras tradicionales a la luz de la teoría de la universalidad y la diversidad del cuidado cultural y la evidencia científica en el tema de estudio. Sin embargo, es necesario tener en cuenta las características de las participantes en el estudio y el complejo contexto ambiental del Hospital San Luis de Otavalo si se piensa en una intervención desde la enfermería, fin último del presente trabajo.

En el caso particular del estudio, las prácticas de cuidado que se proponen preservar son la invocación de la ayuda divina, la búsqueda de apoyo para la atención del parto en la familia, la identificación del momento del parto, las prácticas de interrogatorio y observación. Que la mujer camine, indicarle cuándo y cómo pujar, optar por el parto vertical, son prácticas realizadas adecuadamente y comprobada su utilización científicamente y desde la experiencia. Que la mujer sea protagonista en este evento y el sentido de "acompañamiento" a ella, son otras acciones a resaltar.

Entre las que se deben negociar se encuentran algunas que, a pesar de realizarlas, podrían mejorarse y fortalecerse a la luz de la evidencia mediante la intervención profesional. Estas son: el lavado de manos, la desinfección del ombligo y de los elementos de corte, el amarre del ombligo, el examen físico y la revisión de la placenta.

CONCLUSIONES

- El Área de Salud Nro 4 del Ministerio de Salud Pública MSP, juega un papel preponderante en cuanto a atención primaria de salud se refiere, en vista de que los Centros y Subcentros de salud realizan la primera atención por mandato constitucional, y estos a su vez son direccionados a los hospitales más cercanos si los casos de enfermedad son graves.
- Las mujeres tanto indígenas como mestizas y que se encuentran en estado de gestación las primeras atenciones y seguimiento al parto se realizan en las unidades operativas del MSP, cuando se ha cumplido el número de semanas de gestación las pacientes madres son trasladadas al Hospital San Luis de Otavalo para que den a luz bajo la modalidad que en ese momento elijan.
- De las estadísticas que reposan en el Hospital San Luis de Otavalo, durante los años 2011 y 2012, periodo que se propone en esta investigación, las mujeres indígenas que optaron por el parto culturalmente adecuado corresponde al 86% durante el año 2011 y en el año 2012 representa el 92%, este comportamiento se puede entender debido a que el hospital adoptó y adecuó las instalaciones para que las mujeres indígenas tengan el espacio que por lucha el Estado Ecuatoriano reconoció la medicina ancestral como parte complementaria de la medicina occidental.
- A partir del año 2008 se incorporó en el Hospital San Luis de Otavalo el parto culturalmente adecuado (parto vertical), para que las mujeres indígenas acudan al centro hospitalario y obtengan una atención adecuada tomando en cuenta las costumbres y rituales que se hacen en función del parto.

- El hospital San Luis de Otavalo es la unidad médica que hizo las adecuaciones necesarias y adoptó la modalidad del parto culturalmente adecuado (parto vertical) para disminuir el porcentaje de mortalidad tanto de las madres y niños en el momento de dar a luz, tomando en cuenta que en el sector indígena las madres dan a luz a sus hijos en sus propias casas y asistidas únicamente por parteras.
- Se evidencian varias ventajas del parto culturalmente adecuado frente a las desventajas, por lo tanto es prudente difundir y realizar campañas de concientización a nivel de los equipos médicos de los hospitales y de las usuarias principales como son las madres en estado de gestación, es decir los hospitales deben tener las adecuaciones necesarias para recibir al recién nacido.
- Los cuidados que brinda la partera tradicional del Cantón Otavalo se comprenden en la lógica del cuidado de la vida y de la continuidad de esta con bienestar. Sus cuidados se insertan en la dinámica de una fuerte relación con la naturaleza y el contexto ambiental en el cual su pueblo ha construido su historia como colectivo, ejemplo de la resistencia pacífica por una vida digna. Cuidar la vida para la partera tradicional significaba asegurar la existencia de su pueblo en el marco de la guerra.

En la intervención profesional para reestructurar y negociar las prácticas que a la luz de la evidencia científica sean imprescindibles, se mantenga una postura de respeto por los saberes de las parteras tradicionales y de las condiciones en que desarrollan su quehacer. Además, se podría pensar en la inclusión, en la práctica profesional, de otras que realizan estas agentes, cuya efectividad se ha comprobado. Es el caso de la posición vertical durante el expulsivo y el acompañamiento de la mujer durante el parto.

Un elemento que no se debe olvidar: el contexto ambiental del Cantón Otavalo y las complejas condiciones sociopolíticas y económicas en las que se insertan las participantes, que han traído como consecuencia unas pésimas condiciones de vida de su población.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital San Luis de Otavalo por la apertura brindada, en especial a los servicios de sala de partos, estadística, a cada una de las usuarias y familiares que acuden a dicha casa de salud por facilitar y colaborar con datos para el desarrollo del trabajo de tesis, así como a las parteras tradicionales de esta región, por su ejemplo de grandeza frente a la adversidad.

GLOSARIO

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

ALUMBRAMIENTO.- Desde el momento de la salida del feto al exterior, hasta la expulsión de la placenta y sus membranas, se extiende el periodo de alumbramiento.

CREENCIAS.- Actitud mental que genera a consecuencia de los ritos y costumbres de las sociedades.

CONOCIMIENTOS.- Acción y efecto de conocer, entendimiento, razón cultural. Ciencia y sabiduría.

CULTURA.- Conjunto de rasgos distintivos espirituales, materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a la sociedad o grupo social en un periodo

determinado. El término “Cultura” engloba además modos de vida. Ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano. Tradiciones y creencias. A través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y busca obras que la trasciendan.

EMBARAZO.- El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de una mujer y este ovulo fecundado se implanta en la pared del útero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1)http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticiasciudadania-ecuador/browse/49/ir_a/ciudadania/article//el-parto-vertical-es-una-alternativa-que-reduce-la-mortalidad-materna-e-infantil.html [[Links](#)]

(2)<http://www.patrimonio.ezonec.com/es/inicio/noticias/archivo-2008-2009/110agosto-2008/346-el-parto-culturalmente-adecuado-una-realidad-en-el-ecuador>.

(3)<http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=71> [[Links](#)]

(4)www.consumer.es › [Bebé](#) › [Parto](#) › [Tipos de parto](#) [[Links](#)]

(5)www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=71 [[Links](#)]

(6)www.enbuenasmanos.com › [Vida sana](#) › [Parto natural](#) [[Links](#)]

(7) Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud; 1993. [[Links](#)]

(8) <http://www.prensarural.org/spip/spip.php?article1098> [[Links](#)]

(9) <http://www.prensarural.org/acvc/becerra20050202.htm> [[Links](#)]

(10) Solarte R. Voces y silencios: paradojas de la Virgen. Teología Xaveriana. 2004; 149:98-102. [[Links](#)]

(11) Ministerio de la Protección Social de Colombia. Norma técnica para la atención del parto; 2007. [[Links](#)]

(12) Hincapié E, Valencia C. Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal del municipio de Quinchía, Colombia. Col Med. 2001; 31:11-5. [[Links](#)]

(13) Martínez G, Planchuelo AM. La medicina tradicional de los criollos campesinos de Paravachasca y Calamuchita, Córdova (Argentina). ScriptaEthnologica. 2003; 25(25):83-116. [[Links](#)]

(14) Rojas B. Cuerpos tiernos y abiertos. Embarazo y parto entre las mujeres campesinas de Macuchíes. Boletín Antropológico. 2000; 49:75-92. [[Links](#)]

(15) Ministerio de Salud del Ecuador. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural; 2009. [[Links](#)]

© 2013 Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencia de la Salud, Escuela de Enfermería