



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO
TRADICIONALMENTE HUMANIZADO EN MADRES EMBARAZADAS
DE LA PARROQUIA QUISAPINCHA”.**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: López Martínez, María Gabriela

Tutor: Dr. M. Sc. Villacís Sánchez, Ángel Patricio

Ambato – Ecuador

Junio, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“FACTORES ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO TRADICIONALMENTE HUMANIZADO EN MADRES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA”** de María Gabriela López Martínez, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2015

EL TUTOR

Dr. M. Sc. Villacís Sánchez, Ángel Patricio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de Investigación “**FACTORES ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO TRADICIONALMENTE HUMANIZADO EN MADRES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2015

LA AUTORA

López Martínez, María Gabriela

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realicen respetando mis derechos de autora.

Ambato, Abril del 2015

LA AUTORA

López Martínez, María Gabriela

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema **“FACTORES ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO TRADICIONALMENTE HUMANIZADO EN MADRES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA”** de María Gabriela López Martínez, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio del 2015

Para constancia firma:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por darme fortaleza, ser el soporte en mi vida y mi Carrera, por enseñarme que cada día es una nueva oportunidad para hacer las cosas de mejor manera, y permitirme realizar mi sueño.

A mi madre por su constancia, esfuerzo y sacrificio para mi educación por regalarme el mayor tesoro que es la Fe en Dios y mi profesión, porque tiene algo de Dios, en la inmensidad de su amor, y mucho de ángel por ser mi guarda con sus incansables cuidados. Gracias por no dejar que me diera por vencida, por el abrazo a tiempo. Te amo Mami.

A mi Padre por el tiempo dedicado hacia mí, el estar pendiente en cada momento, por varias noches de desvelo y varias madrugadas para conducirme a realizar mi sueño. Por escucharme cuando tenía problemas, o en mis días de largo trabajo en el hospital. Gracias Papi.

A mis hermanos, porque crecimos como cómplices, día a día y somos amigos incondicionales de toda la vida, compartiendo triunfos y fracasos los adoro.

A mi tía, mi segunda madre por siempre preocuparse de mí y cuidarme, por creer en que lo puedo lograr. Gracias mi Gordita.

A mis abuelos Papá Ángel y Mamá Rosita, sé que desde el cielo me miran y me cuidan.

A mi familia, viejos amigos y quienes se sumaron a mi vida gracias por estar conmigo, por sus risas, sus consejos, por regalarme algo de ellos.

AGRADECIMIENTO

Mi mayor agradecimiento a Dios por ser el motor y el motivo, por ser la luz y guía de mi camino.

A mi padres por su abnegación y preocupación en todos estos años de estudio a mi familia por su incentivo, motivación y apoyo para realizar este trabajo.

A mi querido subcentro de Salud Quisapincha y a todo el personal que en el labora por abrirme siempre las puertas, permitirme realizar mi proyecto junto a la comunidad y mi Doc Karina Castro por la selección del tema.

A mi tutor Dr. Patricio Villacís que con su guía y orientación ha permitido que este proyecto se realice.

A la Dra. Aida Aguilar quien siempre estaba presta a darme asesoría y consejos para encaminar mi tesis.

A mi amigo Carlitos por regalarme un poco de su tiempo y su paciencia para la realización de mi proyecto. Por acompañarme infinidad de veces para la recolección de datos y malas noches para el procesamiento de los mismos, mil gracias.

A todas las personas que de una u otra manera me apoyaron no solo con la elaboración de este proyecto sino también con mi carrera universitaria, mi pasión y mi sueño, Dios les pague.

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE.....	ixx
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xvi
RESUMEN.....	xviii
SUMMARY.....	xx

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 Tema.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	2
1.2.1 Contextualización del problema	2
1.2.2 Análisis crítico	7
1.2.3 Prognosis.....	10
1.2.4 Formulación del problema.....	11
1.2.5 Preguntas directrices	11
1.2.6 Delimitación del problema	11
1.3 Justificación	12
1.4 Objetivos.....	13
1.4.1 Objetivo general.....	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes investigativos.....	14
2.2 Fundamentación filosófica.....	32
2.3 Fundamentación legal.....	32
2.4 Categorías fundamentales	38
2.5 Fundamentación teórica.....	39
2.6 Hipótesis	55
2.6.1 Señalamiento de variables	55
CAPÍTULO III	56

METODOLOGÍA.....	56
3.1. Enfoque de la investigación	56
3.2. Modalidad básica de la investigación.....	56
3.3. Nivel o tipo de investigación	56
3.4. Población y muestra	57
3.5. Técnicas e instrumentos	57
3.6. Criterios de inclusión	57
3.7. Criterios de exclusión	58
3.8. Criterios éticos.....	58
3.9. Operacionalización de las variables.....	59
3.9.1. Variable independiente Factores asociados (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.)	59
3.9.2. Variable dependiente	60
3.10. Recolección de la información	61
3.11. Métodos de análisis aplicados en la investigación	61
CAPÍTULO IV.....	62
MARCO ADMINISTRATIVO	62
4.1 Recursos.....	62
4.1.1 Recurso Institucional.....	62
4.1.2 Recurso Humano	62
4.1.3 Recursos Físicos	62
4.1.4 Recursos Materiales	62
4.1.5 Presupuesto.....	63
4.2 Cronograma	65
CAPITULO V	66
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	66

5.1 Características de las pacientes.....	66
5.1.1 Edad	66
5.1.2 Nivel de Educación	67
5.1.3 Estado Civil.....	68
5.1.4 Procedencia.....	68
5.1.5 Autoidentificación.....	69
5.1.6 Ocupación.....	70
5.1.7 Significado del Parto Tradicionalmente Humanizado	70
5.1.8 Cómo influye el control prenatal en la decisión del lugar del parto	71
5.1.9 ¿Se controla el embarazo?	72
5.1.10 ¿Quién controla su embarazo y cuantos controles se ha realizado?	73
5.1.11 ¿Cuántos controles del embarazo se ha realizado?	73
5.1.12 ¿La forma como le atendió la persona que controla su embarazo le han permitido decidir si?	74
5.1.13 Grado de influencia de la familia en el parto atendido en domicilio	75
5.1.14 ¿Qué características refiere usted que presenta el parto tradicionalmente humanizado?	76
5.1.15 ¿Qué características refiere usted que presenta el parto intrahospitalario o en un servicio de salud?	77
5.1.16 Grado de importancia de los rituales relacionados con el parto	78
5.1.17 ¿Dónde le han permitido cumplir los rituales?	79
5.1.18 Lugar de atención de parto.....	80
5.1.19 ¿Por qué fueron atendidos los partos en estos lugares?	80
5.1.20 ¿Los ingresos de su familia al mes son de?	81
5.2 Cruce de variables	82
5.2.1 Relación entre procedencia y lugar donde serán atendidos los partos	82

5.2.2 Relación entre autoidentificación y lugar donde serán atendidos los partos.....	83
5.2.3 Relación entre estado civil y lugar donde serán atendidos los partos	84
5.2.4 Relación entre instrucción y lugar donde serán atendidos los partos	84
5.2.5 Relación entre la importancia de la realización de rituales en el parto y lugar donde serán atendidos los partos.....	85
5.2.6 Relación entre la ocupación y lugar donde serán atendidos los partos.....	86
5.2.7 Relación entre la edad y lugar donde serán atendidos los partos.....	86
5.2.8 Relación entre lugar donde serán atendidos los partos y si hubo control del embarazo	87
5.2.9 Relación entre lugar donde serán atendidos los partos y quien controló el embarazo	88
5.2.10 Relación entre lugar donde serán atendidos los partos y grado de influencia de la familia	88
5.2.11 Relación entre lugar donde serán atendidos los partos y grado de influencia de la familia	89
5.3 DECISIÓN FINAL:.....	90
CAPÍTULO VI.....	91
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	91
6.1 Conclusiones	91
6.2 Recomendaciones	93
LA PROPUESTA.....	94
7.1 Datos informativos	94
7.1.1 Institución ejecutora:	94
7.1.2 Beneficiarios	94

7.1.3 Ubicación	94
7.1.4 Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta	94
7.1.5 Equipo técnico responsable	94
7.1.6 Costo	95
7.2 Antecedentes de la propuesta.....	95
7.3 Justificación	96
7.4 Objetivos.....	96
7.4.1 Objetivo general.....	96
7.4.2 Objetivo Específico	97
7.5 Análisis de factibilidad.....	97
7.6 Fundamentación teórica.....	97
7.7 Metodología	102
7.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta	104
7.10 Evaluación.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
7.11 BIBLIOGRAFÍA.....	105
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA.....	108
LINKOGRAFÍA.....	109
ANEXOS	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cobertura de servicios de salud materna (julio 1999 a junio 2004)	16
Tabla 2: Técnicas e instrumentación utilizadas para el desarrollo de esta investigación.....	57
Tabla 3: Operalización de la variable independiente.....	59
Tabla 4: Operalización de la variable dependiente	60
Tabla 5: Recursos Humanos	63
Tabla 6: Recursos Materiales	63
Tabla 7: Rubros de Gastos	64
Tabla 8: Cronograma de actividades de la investigación	65
Tabla 9: Relación entre procedencia y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	83
Tabla 10: Relación entre autoidentificación y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	83
Tabla 11: Relación entre estado civil y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	84
Tabla 12: Relación entre instrucción y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	85
Tabla 13: Relación entre la importancia de la realización de rituales en el parto y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	85
Tabla 14: Relación entre la ocupación y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	86
Tabla 15: Relación entre la edad y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	87

Tabla 16: Relación entre lugar donde fueron atendidos los partos y si hubo control del embarazo Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	87
Tabla 17: Relación entre lugar donde fueron atendidos los partos y quien controla el embarazo. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	88
Tabla 18: Relación entre lugar donde fueron atendidos los partos y grado de influencia de la familia. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	89
Tabla 19: Relación entre la decisión del lugar del parto y los ingresos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	89
Tabla 20: Modelo Operativo.....	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Razones por las cuales decidió dar a luz en la casa.....	17
Gráfico N° 2: Tasa de mortalidad materna 1990, 2000 y 2013 (muertes de madres por cada 100.000 niños nacidos vivos, mujeres de 15 a 49 años).	37
Gráfico N° 3: Categorías Fundamentales	38
Gráfico N° 4: Distribución según grupos edad. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	67
Gráfico N° 5 Distribución según nivel de instrucción. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	67
Gráfico N° 6: Distribución según estado civil. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	68
Gráfico N° 7: Distribución según lugar de procedencia. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	69
Gráfico N° 8: Distribución según autoidentificación. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	69
Gráfico N° 9: Distribución según Ocupación. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	70
Gráfico N° 10: Distribución según Significado de Parto Tradicionalmente Humanizado. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014....	71
Gráfico N° 11: Distribución según influencia del control prenatal en la decisión del lugar del parto. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	72
Gráfico N° 12: Distribución según control de embarazo. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	72
Gráfico N° 13: Distribución según quien controla el embarazo. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	73
Gráfico N° 14: Distribución según cuantos controles del embarazo se ha realizado. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	74
Gráfico N° 15: Distribución según forma de atención y elección del lugar del parto. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	75

Gráfico N° 16: Distribución según grado de influencia de la familia para el parto atendido en domicilio. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	76
Gráfico N° 17: Distribución según características presenta el parto tradicionalmente humanizado. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	77
Gráfico N° 18: Distribución según características presenta el parto tradicionalmente humanizado. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	78
Gráfico N° 19: Distribución según grado de importancia de los rituales relacionados con el parto. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.....	79
Gráfico N° 20: Distribución según donde le han permitido cumplir los rituales. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	79
Gráfico N° 21: Distribución según lugar de atención de los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	80
Gráfico N° 22: Distribución según causa de atención de partos en los distintos lugares. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	81
Gráfico N° 23: Distribución según los ingresos de la familia al mes. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014	82

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“FACTORES ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO
TRADICIONALMENTE HUMANIZADO EN MADRES
EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA QUISAPINCHA”**

Autora: López Martínez, María Gabriela

Tutor: Dr. M. Sc. Villacís Sánchez, Ángel Patricio

Fecha: Ambato, Abril 2015

RESUMEN.

El presente trabajo, pretende aportar elementos para la reflexión que contribuyan al avance en el proceso de mejora de la humanización de la atención perinatal en la red hospitalaria pública. Para ello presentamos los resultados de la revisión bibliográfica que llevamos a cabo, sobre las experiencias de este campo. Son, por tanto, los resultados de un estudio exploratorio y analítico llevado a cabo durante los últimos meses. Es importante crear un fundamento a la reflexión y aportar ideas para la mejora de la atención en este ámbito. Los resultados indican que la mayor proporción de mujeres embarazadas residen en la zona alta de la parroquia Quisapincha, representando el 49.12% lo que dificulta el acceso a los servicios de salud y la elección del lugar del parto en su residencia, las madres refieren que la distancia al centro de salud desde sus domicilios es grande y sobre todo la deficiencia de transporte hacen que sea difícil la accesibilidad a los servicios.

Se puede apreciar que los factores culturales, igualmente influyen en la elección del lugar del parto ya que 42% de las pacientes encuestas creen que son importantes los rituales que se practican durante el parto. Al igual que el acompañamiento de la pareja y de la familia, ya que la participación todos es esencial para la madre.

Se observa que la mayor parte de encuestadas tienen creencias y tabúes que los consideran durante el parto y periodo de lactancia, una mínima cantidad de encuestadas no consideran ninguna creencia ni tabú.

Los factores socio- económicos también influyen en la elección del lugar del parto, un pequeño porcentaje no acude a los servicios de salud por falta de recursos económicos, mientras que un porcentaje un poco mayor prefiere acudir a los servicios públicos por la misma razón y argumentando que la atención y procedimientos son gratuitos.

Es importante saber que la participación de los servicios de salud, del equipo médico, en los cuidados de la madre durante el embarazo es importante, pero también es importante comprender y respetar las creencias de las pacientes, por lo que con este trabajo también se pretende concientizar al equipo de Salud.

PALABRAS CLAVES: PARTO, TRADICIONES, COSTUMBRES
EMBARAZADAS, QUISAPINCHA.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

**"FACTORS ASSOCIATED WITH THE CHOICE OF LABOR
TRADITIONALLY MOTHERS PREGNANT HUMANIZED PARISH
QUISAPINCHA "**

Author: López Martínez, María Gabriela

Tutor: Dr. M. Sc. Villacís Sánchez, Ángel Patricio

Date: Ambato, Abril 2015

SUMMARY

This paper seeks to provide food for thought to contribute to progress in the improvement process of humanization of perinatal care in the public hospital network. It presents the results of the literature review we conducted on the experiences of the field. They are therefore the results of an exploratory and analytical study carried out in recent months. It is important to create a basis for reflection and provide ideas for improving care in this area. The results indicate that the highest proportion of pregnant women living in the upper area of the parish Quisapincha, representing 49.12% which hinders access to health services and choice of place of birth in his residence, mothers report that the distance to the health center from their homes is large and especially transport deficiency makes it difficult accessibility to services.

It can be seen that cultural factors also influence the choice of place of birth as 42% of patients believe surveys are important rituals practiced

during childbirth. Like the accompaniment of the couple and the family, since participation is essential for every mother.

It is observed that most respondents have beliefs and taboos that consider during childbirth and lactation, a small amount of respondents do not see any belief or taboo.

Socio-economic factors also influence the choice of place of birth, a small percentage not attending health services for lack of economic resources, while a slightly higher percentage prefer to go to public services for the same reason and arguing care and procedures that are free.

It is important to know that the involvement of health services, medical equipment, in the care of the mother during pregnancy is important, but it is also important to understand and respect the beliefs of patients, so this work also aims Health awareness team.

KEY WORDS: LABOR, TRADITIONS, CUSTOMS PREGNANT, QUISAPINCHA.

INTRODUCCIÓN

La concepción y práctica sobre el embarazo, parto, post – parto, planificación familiar varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de uso o no uso de los servicios de salud pública.

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, entre los que podemos mencionar a los siguientes: factores personales como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de «no unida», el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente. Entre los factores institucionales más importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto.

Conociendo que el parto tradicionalmente humanizado es una constante en la parroquia de Quisapincha, mi proyecto se centra en focalizar las variables que llevan a que esta práctica sea cada vez más frecuente.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema

“FACTORES ASOCIADOS CON LA ELECCIÓN DEL PARTO TRADICIONALMENTE HUMANIZADO EN MADRES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA”

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización del problema

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento. (Harrison, Ethics and informed consent in labour, 1997)

La maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, principalmente porque el embarazo, parto y posparto son causas significativas de discapacidad y muerte de mujeres, que viven en países en vías de desarrollo, en la mayoría de los casos. (Harrison, Ethics and informed consent in labour, 1997)

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a

concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto. (Dominguez Pepi)

Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo y que son poco conocidas por el personal de salud.

En el Perú, donde ocurren 185 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos, a pesar de que el 85% de las mujeres reciben atención prenatal, solo el 58% tiene un parto institucional, y un porcentaje similar atención posparto. (JOHNSON H, 2000)

En este contexto, Qué factores influyen significativamente para que las mujeres tengan atención prenatal, parto institucional y atención posparto? y así tener una maternidad segura y saludable?. Son los factores individuales, o de la comunidad, los que tienen mayor efecto en las variables explicadas? (JOHNSON H, 2000).

Esta investigación pretende analizar la interrelación entre factores individuales y de la comunidad como predictores de la atención prenatal, parto institucional y atención posparto. Se hipotetiza que la atención materna, además de estar correlacionada con factores individuales como la educación de la madre, tiene estrecha relación con la disponibilidad de servicios de salud. (WHO & UNICEF, 1996).

La disparidad entre países desarrollados y en desarrollo es mayor en el área de la salud materna que en otras áreas de la salud pública (Wall, 1998). En países desarrollados el riesgo de morir por complicaciones del embarazo y el parto es de 1 de cada 1,800 mujeres, mientras que en los países en desarrollo este riesgo es de 1 en 48 (WHO & UNICEF, 1996). Al menos el 75% de las muertes maternas son debido a causas obstétricas directas: hemorragia, infección, hipertensión y parto prolongado. (WHO & UNICEF, 1996).

Los factores individuales y contextuales, que estarían contribuyendo al retraso en el tratamiento de complicaciones obstétricas, según Thaddeus

y Maine (1994) serían: 1) retraso de parte de la mujer embarazada, su familia o ambos, en buscar ayuda. 2) retraso en alcanzar un adecuado servicio de salud y 3) retraso en recibir el tratamiento adecuado en el servicio de salud.

La mayoría de lesiones y muertes maternas podrían ser evitadas si la mujer tuviera acceso a cuidados básicos durante el embarazo, parto y posparto, y fuera instruida para hacer uso de los servicios de salud materna.

Tras varias investigaciones en el Cantón Otavalo, esta práctica de salud intercultural se encuentra implementada en el Hospital de Otavalo desde el 2008, la incorporación de este servicio en el hospital fue consecuencia de un estudio que evidenció que un gran número de mujeres indígenas preferían la atención de una partera en sus hogares. (Méndez-González RM & 44:129-136).

Cuando hablamos de humanizar estamos hablando de la necesidad de devolverle al nacimiento su verdadero sentido, protagonizado por la mujer que pare, el hijo/a que nace y el hombre que acompaña, respetando los tiempos de la naturaleza que son distintos en cada mujer, cuando los verdaderos protagonistas viven este momento con la entrega que se requiere, la intervención de las/os profesionales, será solo de acompañar sin intervenir. Solo así lograremos un verdadero nacimiento, en donde los protagonistas saldrán fortalecidos como seres humanos. Dar a Luz plenamente es posible si le devolvemos a la mujer la seguridad perdida, preparándola para un nacimiento en un lugar que ella escoja y que le de seguridad, rodeándola de un ambiente cálido, acompañada por las personas que forman su núcleo de amor y amistad y dejándola asumir la tarea de acuerdo a sus creencias y necesidades. Así su parto y nacimiento se convertirá en un acto de entrega, de placer el que recordará como algo digno de ser vivido, dándole a su hijo/a esa placentera vivencia que se transformará en el primer paso de vida juntos, lo que ayudará a convertirla/o en un adulto sano que es lo que todas/os deseamos para nuestros niñas/os, es la única forma en que lograremos

una sociedad más justa en donde la comunicación, la fraternidad y el amor sean las bases a seguir. El proceso del trabajo de parto y nacimiento es diferente en cada mujer y cada bebé, es diferente en los aspectos tanto físicos como emocionales, diferente en su desarrollo temporal. La institucionalización de los partos ha hecho que se sistematicen una serie de controles y procedimientos sobre la mujer y el bebé sin evaluar el estado de salud de cada individuo y sus necesidades particulares, transformándose en rutinas; que suelen ser molestas, dolorosas y potencialmente riesgosas aplicándose sin justificación científica por costumbre del equipo de salud o que sigue pautadas que no han sido revisadas y actualizadas. Un eje central en esta “cadena” de rutinas sobre la mujer y el bebé es el tiempo, la imposición de que este proceso sea lo más breve posible, que todo termine rápido. En este apuro se generan iatrogenias que van desde casos leves a casos severos con sufrimiento fetal agudo y hasta muerte de la mujer y el bebé. Esto no sucedería si tan sólo se respetara el tiempo que cada mujer y cada bebé necesita para parir y nacer. Es necesario que conozcamos las rutinas que apuran el proceso de nacimiento para que podamos cuestionar su utilización indiscriminada; y saber que cuando esta cadena empieza es difícil detenerla, cada rutina hace necesaria la siguiente transformando un hecho fisiológico en un acto médico alterando por completo su ritmo saludable y natural. (Kitzinger, 2002)

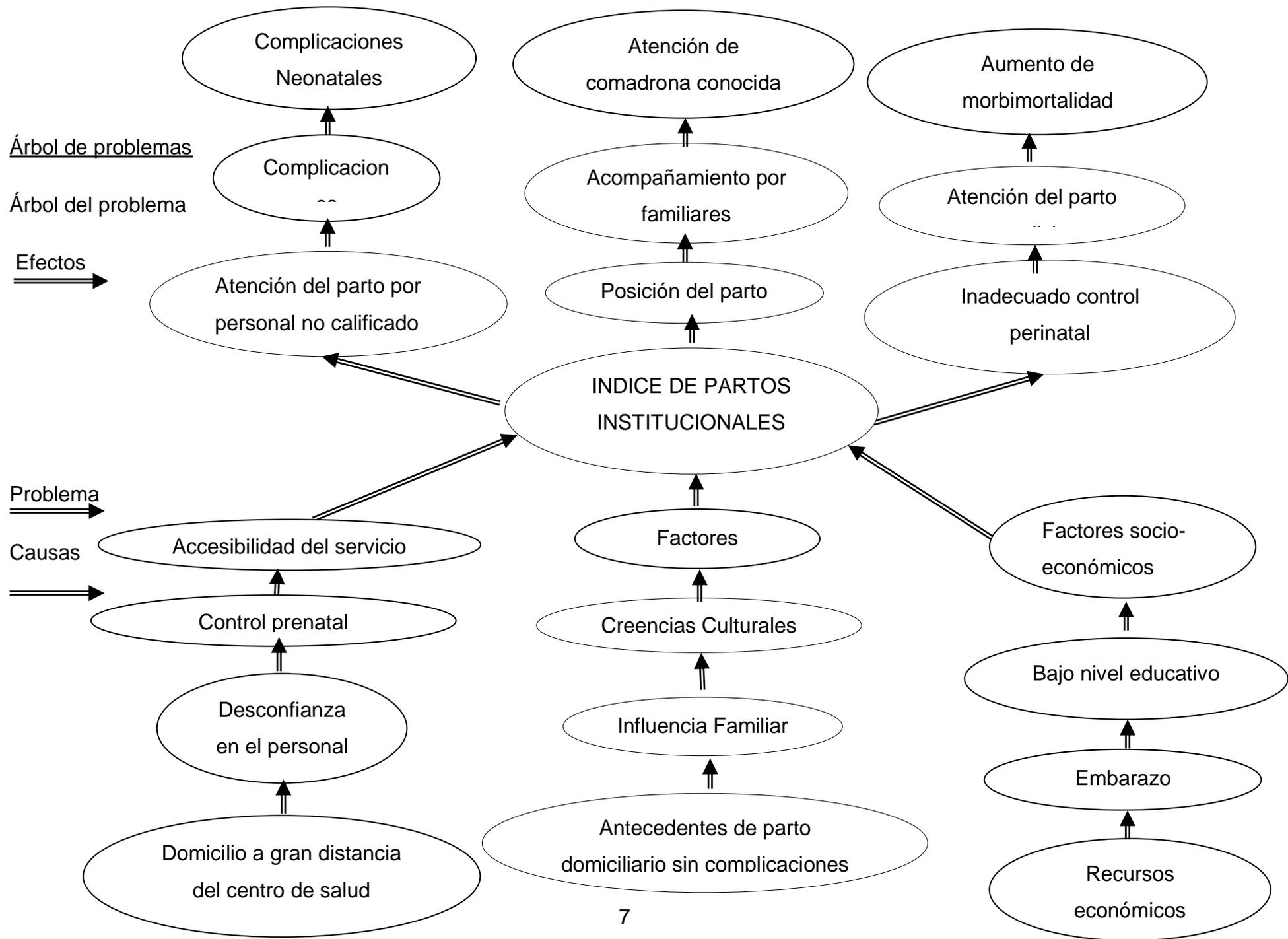
En la parroquia Quisapincha, siendo un sector rural del cantón Ambato y predominantemente habitado por comunidades indígenas, se conoce un alto índice de partos domiciliarios, cerca de un 50% de partos, que en su mayoría son atendidos por personal no calificado, por lo que existen complicaciones neonatales y maternas. El personal médico del subcentro de salud de Quisapincha refiere que las pacientes tienen desconfianza en el sistema de atención de partos, y la dificultad en la accesibilidad a los servicios, generalmente por la distancia geográfica entre las comunidades y los servicios de salud, a más de la dificultad que presenta la actitud de los pacientes por aferrarse a sus creencias y a la atención por personas

pertenecientes a sus comunidades. También el idioma se ha presentado como una barrera con algunos pacientes.

El grupo de Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS) que trabajan en conjunto con el subcentro de salud acuden a las comunidades pertenecientes a la parroquia Quisapincha y visitan a las mujeres embarazadas, controlando su presión, preguntando posibles síntomas y complicaciones, con la ayuda del personal médico, para reconocer signos de peligro pero muchas mujeres esconden su embarazo para no ser revisadas por el personal. Las mujeres que esconden su estado de gestación refieren presentar miedo y desconfianza por lo que se ven obligadas a eso, sin saber que puede presentar riesgos tanto para ella como para el bebé, refiere la doctora Soraya Cuenca directora del centro de salud de Quisapincha 2014.

En este sector no se presentan investigaciones sobre los factores que se asocian con la elección del parto, aunque los nuevos programas del Ministerio de Salud Pública han buscado la reducción de la tasa de morbilidad materno- neonatal los índices siguen siendo altos. (Modena, 2002).

Toda mujer tiene el derecho (y yo diría además el deber) de informarse de las diferentes posibilidades que tiene de traer a sus hijo/as al mundo, de lo que supone cada una de ellas, teniendo en cuenta sus propias necesidades y las del bebé; escogiendo la que crea más adecuada a sus expectativas y deseos. Para ello no hay más remedio muchas veces que "buscar" esa información fuera de los cauces hospitalarios y médicos usuales, tarea que facilitan grupos y asociaciones dedicados a informar, asesorar y proteger los derechos de madres y bebés (incluidas las valiosas asociaciones de apoyo a la lactancia) Sólo la concientización de madres y padres de lo que supone una manera u otra de dar a luz puede hacer cambiar finalmente actitudes y protocolos irrespetuosos con las mujeres y sus bebés. (Gaskin, 2002).



1.2.2 Análisis crítico

La llegada al mundo de un nuevo ser además de un hecho biológico que se da en el cuerpo de las mujeres, es sobre todo un acontecimiento cargado de significado cultural y social.

Cada sociedad proporciona las representaciones que lo ordenan, dan sentido y le confieren el carácter social de seguridad y control. Se nace en una época y en un determinado contexto, y en ellos se articulan las representaciones y prácticas que ayudan a entenderlo. (V., P., R., & V, Identificación, diseño y validación de indicadores de Salud Sexual y reproductiva en el marco de la Red de Parto Aymara, 2006)

Se debe tomar en cuenta de que embarazo, parto y puerperio conforman el proceso continuo en el que se da el nacimiento; el cómo ha evolucionado a través del tiempo, los discursos y actividades que se movilizan a su alrededor en cada etapa y contexto, son construcciones socioculturales históricas (Grimberg, 1998:25) que se van modificando por la influencia de otros procesos. Así, parir y nacer no son solamente sucesos biológicos y físicos, sino que en ellos se pone en evidencia “la ambigüedad de la interacción entre lo biológico y lo cultural; lo individual y lo social”¹ (Ranisio, 1998:8).

Hasta hoy se gesta en el cuerpo de una mujer y se nace en el acto físico que ella realiza al parir. Al referirnos al nacimiento incluimos tanto el parto que tiene lugar en la mujer-madre como el nacimiento nuevo ser. Ambos sucesos están tan íntimamente entrelazados que llegan a fundirse. (Donato H, 2006)

Además consideramos que la mujer suele estar acompañada bien sea por su pareja o por sus familiares, pero, sobre todo, se ha encontrado tradicionalmente presente la figura de una persona tenida como experta que, dependiendo de aspectos tan variados como el contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas o el tiempo histórico en el que ocurre el nacimiento, puede ser la de una mujer de la familia, la comadrona, el obstetra, el chamán o el cirujano. En

nuestra sociedad, el qué, cómo, quién y por qué cuidar los procesos del nacimiento, ha ido modificándose a lo largo de los siglos y conforme a la evolución social. De ser un suceso que transcurría en el interior del grupo con la ayuda y el apoyo en general de las mujeres, pasa a convertirse progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico (Ortiz, 1996) y que, por lo tanto, debe ser controlado. Cambiará así, el lugar del nacimiento y sus actores/as y se irán introduciendo nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo que conducirán hacia maneras específicas de representarlo. (M. & C., Sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile, 2005)

Vamos a acercarnos al estudio del nacimiento desde una orientación antropológica, esto es, considerándolo como un acontecimiento cultural, no sólo biológico, y desde el relato de la experiencia de los/as propios/as actores/as para, como propone David Le Breton (1999), hacer surgir lo que suele despreciarse del proceso terapéutico: la dimensión del sentido y de los valores, de manera que nos permita aproximarnos a entender la racionalidad en que operan y en la que participan los grupos sociales. Puesto que en nuestro contexto el sistema de atención profesional a los sucesos que engloban el nacimiento es asumido por la medicina oficial también llamada alopática o biomedicina, será esta institución el referente para el análisis. Conocer la dinámica de su organización asistencial, su ideología, sus relaciones con las mujeres gestantes y la repercusión de los discursos y prácticas del nacimiento como experiencia personal y social de las mujeres, es la finalidad de nuestra investigación y por lo que nos referimos a “culturas”, porque en él se dan formas diferenciadas de pensarlo y representarlo, considerando además, que estos fenómenos no son hechos aislados, sino que forman parte del sistema sociocultural en el que quedan reflejados en un tiempo y contexto específico. (Alarcón, 2004).

Así, el nacimiento se inscribe en la cultura, y se construye desde todo un conjunto de representaciones y saberes que lo sustentan y en interrelación con el resto de procesos sociales. (Alarcón, 2004)

En primer lugar, el eje de la investigación lo enfocamos en las mujeres-madres gestantes por ser las receptoras de la atención y asistencia sanitaria, portadoras de los discursos sociales y médicos que, por su vivencia e implicación física y emocional en la maternidad, las consideramos nuestro centro de interés. Entendemos que son ellas quienes por el hecho de experimentarlo se encuentran en un espacio privilegiado desde donde pueden proporcionarnos la información necesaria para el análisis cualitativo de las teorías y prácticas por su participación activa en el nacimiento, además que ellas tanto como su familia son las que dependiendo de varios factores, eligen el lugar en el que este acontecimiento tan importante como es el nacimiento, se llevará a cabo. (M. & C., Sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile, 2005)

Así, las culturas del nacimiento no son estáticas sino que evolucionan según las tendencias de factores económicos, políticos o de poder, y no sólo de un entorno próximo, sino de una más amplia globalidad más allá de las fronteras. (M. & C., Sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile, 2005)

En el ámbito de la salud, el sistema médico principal de atención es la biomedicina. Las actividades médicas para el cuidado del embarazo y parto en Ecuador están sistematizadas y recogidas en dos protocolos que son: El Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal del 2008 y la Guía Técnica para la atención del parto Culturalmente adecuado del año 2008, que han sido elaborados por un grupo interdisciplinario de médicos, matronas y obstetras. (M. & C., Sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile, 2005)

La atención al embarazo se considera desde el protocolo como el primer nivel de asistencia y se lleva a cabo en centros de atención primaria de

salud. La atención al parto se centra en los hospitales. Pueden ser de segundo nivel con un mínimo de equipamiento médico o de tercer nivel, con alta tecnología. (M. & C, Sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas , 2005).

Un parto humanizado es aquel en el que la mamá y el bebé son los protagonistas. Decidiendo como quiere llevar a cabo su parto, confiando en sus decisiones, informándose y sabiendo de entrada que la madre no es una persona enferma, es una mujer sana en un proceso saludable y natural que en la mayoría de los casos no requiere tratamiento, sólo observación confiando en sus decisiones. Es lo opuesto a un parto medicalizado en el cual la tecnología y los medicamentos sustituyen la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento y generando riesgos innecesarios para la madre y el bebé por lo cual es importante conocer porque las mujeres prefieren en parto domiciliario antes que el parto institucional por una alta incidencia de partos domiciliarios en ciertas zonas de nuestra población. (Ximena, 2012)

1.2.3 Prognosis

La presente investigación de no realizarse se desconocería acerca de los factores asociados a la elección del parto tradicionalmente humanizado. Una vez conocido los factores que influyen en la elección se debe realizar su respectivo seguimiento, debido a las complicaciones que puede presentar la elección del parto, tanto en el recién nacido como en la madre, si son atendidos por personal no calificado y en condiciones sanitarias deficientes.

Los datos de esta investigación están encaminados a describir la realidad local en mujeres embarazadas, y los factores que se asocian en la elección del parto tradicionalmente humanizado.

La prevención de complicaciones por el parto, empieza por el conocimiento propio de cómo los diversos factores se relacionan con la elección del parto, teniendo un conocimiento de esto, se informa a la

población y finalmente se tiene un mayor y mejor manejo de posibles complicaciones.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en las usuarias embarazadas que acuden al centro de salud de la parroquia Quisapincha.?

1.2.5 Preguntas directrices

¿Cómo influyen las acciones del control prenatal en la decisión de la elección del parto tradicionalmente humanizado?

¿Qué grado de influencia presenta la familia en la decisión de la elección del parto tradicionalmente humanizado?

¿Qué sugerencias son favorables para concientizar al personal de salud en el parto tradicionalmente humanizado?

¿Qué características perciben las pacientes, que presenta el parto domiciliario y el parto institucional?

1.2.6 Delimitación del problema

Aspecto: Parto Humanizado

Área: Embarazo

Campo: Obstetricia

Delimitación espacial: La presente investigación se realiza en el Subcentro de Salud de la parroquia de Quisapincha, cantón Ambato, Provincia de Tungurahua.

Delimitación temporal: La investigación se realiza en el periodo de Agosto-Enero del 2015.

1.3 Justificación

La importancia de realizar el proyecto radica en conocer los factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado ya que es un riesgo social para muchas madres y recién nacidos, de no ser atendidos por personal calificado. A lo largo de este proyecto ayudaremos a hallar nuevas soluciones para los problemas que se les presenten.

En el Ecuador en la última década la orientación de los servicios de salud ha dado muchos e importantes cambios en cuanto a su enfoque y propósitos. El actual gobierno desde el año 2007 nos habla del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y su enfoque en la Atención Primaria de Salud (APS) con sus tres niveles, como un objetivo del Plan Nacional para el Buen Vivir.

La presente investigación se focaliza en un grupo poblacional perteneciente a una comunidad rural de la sierra ecuatoriana, que a lo largo de la historia ha soportado condiciones de exclusión económica y social; la carencia de atención en salud, se ha agravado por las deficiencias del sistema educativo, lo que ha provocado que el problema de atención de parto en domicilio sea desestimado y postergado.

Para disminuir la mortalidad materna y neonatal, el MSP promueve políticas y acciones de salud para la atención del parto institucional. Esto incluye el desarrollo del Parto Tradicional Humanizado (PTH) en los servicios de salud del MSP, pero el problema radica en los partos domiciliarios atendidos por personas que no se encuentran calificadas y que no pueden manejar complicaciones obstétricas y neonatales. Al momento muchas parteras de las comunidades de Quisapincha no se encuentran calificadas y varios partos domiciliarios son atendidos por

familiares de la embarazada, presentando complicaciones como hemorragias uterinas, sepsis anemia neonatal etc.

El presente estudio busca encontrar los factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado y hallar soluciones para disminuir complicaciones por partos atendidos en domicilio que no son atendidos por personal calificado.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Conocer los factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en la parroquia Quisapincha.

1.4.2 Objetivos específicos

- Analizar la influencia del control prenatal en la decisión de la elección del parto tradicionalmente humanizado
- Conocer que influencia tiene la familia en la decisión de la elección del parto tradicionalmente humanizado
- Establecer que sugerencias son favorables para concientizar al personal de salud en el parto tradicionalmente humanizado
- Identificar qué características perciben las pacientes, que presenta el parto domiciliario y el parto institucional.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

La manera en que un niño(a) llega a este mundo es de vital importancia para él, para sus padres y para la sociedad en que nace. En ese momento, el recién nacido debería ser el principal protagonista, junto con sus padres; se trata de favorecer, y no perturbar, el proceso del nacimiento, de facilitar el encuentro entre la madre, el niño y el padre. El cambio en el modelo de relación entre profesionales de salud y usuarios/as, incorporando el derecho de los y las usuarias a recibir información sobre el estado de salud, posibilidades diagnósticas, terapéuticas y pronóstico previsible, condiciona un cambio importante en la asistencia médica con un rol más activo de los y las usuarios/as quienes tienen la oportunidad de asumir un mayor protagonismo en las decisiones sobre su salud. (M. & C, Sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas , 2005)

La Constitución de 1998 reconoce a nuestro país como multiétnico y pluricultural, acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional (Art. 1, 44, 84); garantiza también el desarrollo de otras prácticas relacionadas con medicina alternativa para la atención de la salud de la población, por ésta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

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

Como parte del Plan Nacional de Reducción de la muerte materna y neonatal, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha venido implementando, desde el año 2002, diversas estrategias de mejoramiento continuo de la calidad tales como: capacitación del personal de salud para mejorar la atención del embarazo, parto y post- parto, así como del manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido; cumplimiento de estándares de calidad de atención basados en la evidencia; vigilancia epidemiológica e investigación de la muerte materna, y monitoreo de la calidad de la atención y satisfacción del usuario mediante acciones que permitan mejorar la calidad percibida e indicadores que permitan medir periódicamente los resultados. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

Inicialmente los esfuerzos de mejoramiento de la calidad se enfocaron en aspectos clínicos de la atención, para dar paso desde finales del 2003 a la adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades y expectativas de la comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales; debido a la asimetría e inequidad de los datos oficiales a nivel nacional tanto en las tasas de muerte materna y neonatal como en los indicadores de acceso y calidad de los servicios obstétricos y neonatales. (Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal).

La encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 2004) muestra que el 78.5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en un establecimiento de salud, sin embargo, un análisis minucioso de los datos demuestra cómo este alto porcentaje de partos institucionales a nivel nacional enmascara diferencias regionales y étnicas significativas.

Los datos desagregados muestran que más del 40% de las mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región Amazónica, dieron a luz en su

casa. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

Adicionalmente, el 65% de las mujeres que se autoidentifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios. (INEC, 2006 - 2007).

La misma encuesta muestra una diferencia significativa entre los porcentajes de mujeres indígenas y no indígenas, de áreas urbanas y rurales, que acceden a los servicios de salud, evidenciando así la falta de atención en salud sexual y reproductiva hacia mujeres de ciertos grupos sociales y étnicos del país, tal como se puede observar en el siguiente cuadro (cuadro 1).

Tabla 1: Cobertura de servicios de salud materna (julio 1999 a junio 2004)

**Cuadro No. 1:
Cobertura de servicios en salud materna (julio 1999 a junio 2004)**

Salud Materna	Mujeres Indígenas	Mujeres no indígenas	Zonas Rurales	Zonas Urbanas	Total Nacional
Control prenatal	61.5	86.8	37.0	64.6	84.2
Atención del parto Institucional	30.1	80.2	57.1	88.6	74.7
Control postparto	15.4	37.7	26.4	44.4	36.2
Papanicolaou	13.5	33.0	33	46	31.4
Uso de métodos Anticonceptivos	47.2	74.7	67.1	76.6	72.7

FUENTE: ENDEMAIN 2004⁴

**Fuente: ENDEMAIN 2004
Realizado por: ENDEMAIN 2004**

Es necesario tener en cuenta que muchas de las razones por las que las mujeres prefieren dar a luz en la casa antes que en un establecimiento de salud, están relacionadas con un complejo conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas culturales. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

Al consultar a las mujeres las razones por las que decidieron dar a luz en su casa, se encontró que un 37% de ellas manifestó factores relacionados a la costumbre, seguido de un 29% que dijo haber decidido por factores económicos, tal como se muestra en el siguiente gráfico (gráfico 1):

Gráfico N° 1: Razones por las cuales decidió dar a luz en la casa



Fuente: ENDEMAIN 2004
Realizado por: ENDEMAIN 2004

Las mujeres indígenas tienen menor acceso a la atención sanitaria de calidad, debido a razones geográficas y económicas, pero sobre todo por la discriminación de género, etnia y cultura, puesto que los servicios de salud no satisfacen sus necesidades ni expectativas.

Existen varias razones que pueden explicar por qué algunas mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Entre ellas están la distancia, dificultades de transporte, los costos monetarios y de oportunidad asociados a la atención institucional, así como la falta de reconocimiento de las señales de peligro asociadas a complicaciones obstétricas que pueden poner en riesgo la vida de las pacientes. Algunas mujeres entrevistadas también han mencionado procedimientos médicos, tales como el baño (muchas veces en agua fría), la rasura del pubis, la aplicación de enemas, la realización de tactos vaginales o de episiotomías, como factores que han desalentado la elección de partos institucionales. (Fernández del Castillo, 2006)

Si bien los factores culturales no son la única razón por la que las mujeres y sus familias escogen no dar a luz en un establecimiento de salud y no buscan atención profesional ante complicaciones obstétricas, las investigaciones demuestran que los factores culturales juegan un rol clave en ésta decisión. Las pacientes y sus familias pueden obviar a los

establecimientos públicos cercanos de bajo costo o gratuitos y elegir pagar más para recibir tratamiento en un establecimiento privado alejado, donde perciben que la calidad de la atención es mejor. Estos dos hechos están relacionados puesto que la sensibilidad cultural y las características de la atención interpersonal son componentes importantes de la calidad para muchas usuarias. (Fernández del Castillo, 2006)

Así, las principales razones que llevan a muchas mujeres y sus familias a preferir un parto domiciliario antes que un parto institucional, se refieren a varios aspectos de la atención en donde la cultura juega un rol importante como componente de la calidad.

El aspecto más comúnmente mencionado por las usuarias en diferentes escenarios es el trato interpersonal deficiente de los prestadores de salud. Esto incluye numerosos comportamientos y actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia de los médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio; falta de habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la paciente; falta de privacidad; no brindar confianza a la paciente al no atender sus inquietudes y no informarle adecuadamente, el tiempo de espera para ser atendida, el no tener personal de salud pendiente de su progreso, hasta manifestaciones más explícitas de maltrato verbal y físico, trato excluyente y asimétrico, por lo tanto irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

Otros aspectos se refieren a la limitación de las usuarias para ejercer preferencias personales, tales como: escoger la posición más cómoda para su parto, la posibilidad de tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el nacimiento, llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido como por ejemplo:

El mantenerse arropada con su propio vestuario durante ésta etapa, el contar con una luz tenue y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas

especiales para la madre, e inclusive la posibilidad de acceder a la placenta para poder incinerarla o enterrarla según la costumbre local.

Por lo tanto, para incrementar la demanda de la atención obstétrica institucional es necesario mejorar la calidad de la atención interpersonal y el nivel de satisfacción de las usuarias de los servicios obstétricos de salud, adecuándolos a las necesidades culturales de la población. (Larrea C, 2007).

El parto normal reconocido como un proceso natural, debe ser asistido con el cuidado necesario, por la/el profesional (calificado) que esté expectante, asegurando el mínimo de intervención y la mayor seguridad para la madre, el niño/a y su pareja y/o acompañante. Durante el parto de evolución espontánea, la asistencia profesional será de vigilancia, control, apoyo psicológico y emocional a la madre, pero sin realizar maniobras o acciones tendientes a modificar la evolución del proceso. La/el profesional que asiste el proceso debe estar atento en todo momento a las necesidades de la madre y evaluar en forma integral a la mujer, respetando la progresión fisiológica del proceso de parto y la libre expresión de sentimientos por parte de la madre y su pareja. Debe favorecerse el espacio de intimidad para la vivencia del proceso, ofreciendo un acompañamiento permanente que brinde un ambiente de seguridad y afectividad, considerados fundamentales en este momento (calidad y calidez). (V., P., R., & V., Identificación, diseño y validación de indicadores de Salud Sexual y reproductiva en el marco de la Red de Parto Aymara, 2006).

El apego precoz es el vínculo afectivo entre el recién nacido y la madre, que los impulsa a permanecer juntos en el espacio y en el tiempo. Desde una perspectiva psicosocial, el apego se considera un sistema comportamental creado entre el recién nacido y su madre, dedicado a organizar de manera coherente ciertas conductas (llanto, búsqueda de proximidad, protesta frente a la separación) de acuerdo a las necesidades del recién nacido, asegurando la creación de vínculos firmes entre ambos, con el fin de favorecer la protección y la supervivencia. (Muñoz H, 2001)

a) Salud Intercultural en el MSP

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud y del Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural lleva a cabo un importante trabajo de reconocimiento, revaloración, y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral, impulsando la capacitación y acreditación a los sabios de la medicina ancestral reconocidos desde la comunidad a lo largo de todo el país. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

Además, está articulando una “Red de Modelos Interculturales”, con la finalidad de fortalecerlos de acuerdo a la realidad cultural local y garantizar el acceso a una atención integral del individuo, la familia y la comunidad. Esta “Red de Modelos” es una instancia organizativa que formula estrategias y propuestas, para aplicar el modelo, de salud intercultural. Esta Red de Modelos servirá de base para la construcción de políticas públicas interculturales en salud. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

ATENCIÓN EN BRASIL

La atención obstétrica en Brasil se caracteriza por el uso inadecuado de las intervenciones sin el proceso fisiológico del parto, el abuso puede producir efectos nocivos para la madre y el hijo. Además de las molestias físicas para la mujer y los riesgos asociados con las altas tasas de partos quirúrgicos, episiotomías y rutinas dependientes de la oxitocina y la amniotomía, que acumula la evidencia de una epidemia de partos prematuros. (Cols, 2002)

Causado por la interrupción voluntaria y ninguna indicación precisa clínica del embarazo. La Tasa de cesáreas, un indicador importante de cuidar llamado "tecnicismos" que está en vigor en Brasil, alcanzó en 2006 un

promedio nacional de 43,8%. Esta tendencia fue concomitante al aumento de la prematuridad oscilaron entre el 3,4% y el 15% en diferentes regímenes del país. La episiotomía, otro indicador importante, presenta media nacional del 71,6% y los estudios en Río de Janeiro mostraron uso de oxitocina entre 39,3% y 64,4%. A pesar del acceso prácticamente universal a la atención prenatal y el parto en el hospital todo el país y los importantes avances en el conocimiento científico, hay una paradoja en la atención obstétrica brasileña: las mujeres y sus recién nacidos enferman y mueren por falta y mal uso de la tecnología. Entendiendo como modelo de atención la forma de organización de las prácticas de atención, el Ministerio de Salud ha desarrollado en las últimas décadas, las estrategias para promover un nuevo modelo de atención al parto, que va dirigida a la humanización y reducción de la intervenciones innecesarias. Entre otras estrategias, Centros de Parto Normal (ANC) fue creado y estableció el Premio de Galba Araujo, que valora prácticas de maternidad humanizada. En la última década, se estaba reestructurando y adaptando la política de humanización sobre diversos servicios en el país, pero el modelo de la atención obstétrica con intervención de la tradición sigue siendo infrecuente. (Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, 2002).

b) Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichwas de Sucumbíos (FONAKISE)

La FONAKISE es una organización que agrupa varias comunidades de la Provincia de Sucumbíos, cuenta con personería jurídica y está legalizada por el Ministerio de Inclusión y Economía Social y el Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE).

Su principal trabajo es el fortalecimiento del Subsistema de Salud de la medicina indígena a nivel preventivo y curativo, realizando brigadas de salud que llegan a las comunidades por 2 veces al año, integrando a los promotores de salud, quienes constituyen el nexo con las comunidades y

determinan y coordinan los lugares que se deben visitar, para que la gente reciba a los profesionales de salud. (Mideros, 2008)

c) Adecuación Cultural del Hospital de Puyo

La Provincia de Pastaza, es la cuna de las nacionalidades por la coexistencia de 7 de ellas, Achuar, Andoas, Waorani, Kichwas, Shiwiar, Shuar, y Záparos, cuyas comunidades están asentadas en su mayoría en el interior de la selva y la accesibilidad se realiza por vía aérea.

Debido a las altas tasas poblacionales de indígenas y a las demandas multiculturales de los usuarios tales como: la insatisfacción con la prestación del servicio de salud, la insuficiente adecuación cultural del albergue, la desvalorización de la medicina ancestral, el difícil acceso a los servicios de salud en determinadas comunidades selváticas y la mal nutrición de la población, se implementaron estrategias que permitan la adecuación cultural del hospital. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

Sus principales estrategias son:

- Traductor multilingüe.- (Idioma Achuar, Shuar, Kichwa, Shiwiar) quien es el intermediario directo en la comunicación entre el paciente y los profesionales de la salud, traduciendo del idioma materno al castellano. Registra además, los pacientes que son atendidos en ésta casa de salud y realiza trámites de vuelo para el retorno de los pacientes que salen en la ambulancia aérea; Coordina con Trabajo Social y farmacia para exoneración de los costos en aquellos pacientes que no tienen recursos económicos.
- Albergue “Payas Huasy”.- Este albergue está administrado por Salud Intercultural y el Hospital de Puyo, aquí residen pacientes que no requieren hospitalización y los que están en recuperación con sus acompañantes, además permanecen en este albergue pacientes y familiares en espera de vuelo, además preparan alimentos de acuerdo a sus costumbres. Se ha implementado un huerto tradicional y se permite el

diagnóstico y curación ancestral; se da educación para la salud y medidas de prevención ancestral. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008)

d) Jambi Huasi de Otavalo

El Jambi Huasi, Area de Salud de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (FICI) nace de la necesidad de la población indígena de tener mayor acceso a los servicios sociales, debido a las barreras culturales, discriminación racial e idioma.

El Jambi Huasi (Casa de Salud) es un espacio donde un paciente puede escoger si desea la medicina formal o la ancestral, y donde los prestadores de salud de los dos tipos de atención le orientan de acuerdo al caso. Se trata de un sistema mixto de salud, que comparte un mismo espacio físico, donde la persona tiene la posibilidad de elegir un tipo de atención médica. Existe una red de transferencias entre los dos tipos de atención, en condiciones de mutuo respeto e igualdad, y donde se ha creado un ambiente de confianza entre médico-paciente por encontrarse con su propia gente. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

Los objetivos de esta casa de salud son:

- Brindar atención de salud considerando la situación sociocultural y cosmovisión de la población de Imbabura.
- Institucionalizar la medicina ancestral indígena y occidental.
- Desarrollar proyectos y programas de salud y educación indígena con enfoque de Salud Sexual y Reproductiva.
- Revalorizar la medicina ancestral indígena y el rol de sus Jambicunas (agentes de salud).

El equipo humano está conformado por trece profesionales de planta, 1 médico rural como contribución del MSP, 1 Interna de Obstetricia contribución de la Escuela de Obstetricia, y 1 voluntaria japonesa.

Todo éste equipo es personal bilingüe: (kichwa - castellano), se encuentra capacitado y sensibilizado en el tema de medicina ancestral indígena y occidental, tiene un alto compromiso con el trabajo bajo un enfoque Bio - Psico - Socio – Cultural.

La selección del recurso humano de la medicina ancestral indígena se realiza bajo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Haber sido oficial de un Yachak o Jambi por más de 10 años
- Reconocimiento y apoyo de la comunidad
- Liderazgo en la comunidad
- Conocimiento profundo de la medicina ancestral indígena.

El éxito de ésta casa de salud se basa fundamentalmente en el hecho de que la planificación, programación, ejecución y administración de la salud es manejada por profesionales Kichwas de la zona. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

e) Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP)
En el marco de la implementación del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SI- COE), en el 2005 la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, con el apoyo técnico y financiero del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP), y Family Care International (FCI), elaboró e implementó una propuesta piloto de humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) de los servicios de salud, a fin de que responda mejor a las necesidades culturales de las usuarias, sus familias y la comunidad. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

Dicha propuesta metodológica contempló la participación de parteras, brigadistas, líderes comunitarios, mujeres usuarias de los servicios, y profesionales de los centros de salud en tres áreas de la provincia de Tungurahua (Área 2 de Ambato, Hospital de Píllaro y Hospital de Pelileo).

El objetivo de la experiencia piloto en Tungurahua fue probar la factibilidad y aceptación de la metodología diseñada. Todos los participantes, incluyendo a los trabajadores de la salud, biomédica, los

agentes tradicionales de atención del parto, y las representantes de la comunidad, consideraron el enfoque como exitoso. En efecto, esta propuesta logró algo inédito: sentar en la mesa del diálogo a todos estos actores en igualdad de condiciones, cada uno aportando desde su sabiduría y realidad aquello que consideraban más importante para que las mujeres acudan con confianza a los servicios de salud. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

Como resultado de este proceso de diálogo intercultural, los equipos de las unidades de salud programaron e implementaron algunos cambios puntuales dirigidos a la adecuación cultural de la atención del parto. Ejemplos de las adecuaciones culturales incluyen la atención del parto en posición vertical; permitir que un miembro de la familia acompañe a la parturienta durante el trabajo de parto; elaboración de “Diez Mandamientos” para el buen trato al paciente; y permitir que las familias traigan comidas tradicionales apropiadas al establecimiento de salud.

Posteriormente, desde el año 2006 al 2008, ésta experiencia fue ampliada a cuatro provincias de la sierra central (Bolívar, Cañar, Cotopaxi y Chimborazo) en donde se seleccionaron unidades cantonales con alta afluencia de población indígena y con índices elevados de partos no institucionales. (Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal).

Luego de utilizar la misma metodología que en la Provincia de Tungurahua, se realizaron adecuaciones interculturales en los servicios de atención del parto; principalmente: el acompañamiento de una persona de confianza de la paciente durante toda la atención del parto; la adecuación de ciertas áreas del hospital tomando en consideración la temperatura ambiental; el respeto a la privacidad y la vestimenta de la paciente; el diseño y confección de batas en telas, colores y modelos adecuados a las creencias culturales y tradicionales de la localidad; la dotación de ciertas aguas de infusión durante todo el proceso de la atención del parto; la alimentación especial luego del parto según la tradición local y la adecuación del horario de visitas de acuerdo a las

actividades y disponibilidad de tiempo de los familiares de las pacientes. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

f) Hospital Andino Alternativo Chimborazo

Desde el 2002 el Hospital Andino Alternativo Chimborazo, en Riobamba, se encuentra desarrollando un modelo de atención intercultural en salud, integrando los conocimientos de la medicina occidental, con los de la medicina alternativa y la medicina andina. En éste proceso en el campo de la Obstetricia se implementaron servicios de atención del parto humanizado, permitiendo que la paciente elija la posición en la que desea dar a luz, así como con quién desea ser atendida y quién quiere que le acompañe. Con este fin se desarrollaron experticias para la atención del parto vertical: arrodillada, sentada o parada, para responder a la cosmovisión andina, implementando los espacios físicos adecuados para cumplir con este fin. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

Guía Técnica para la Atención del Parto | Antecedentes

Hospital San Luis de Otavalo, nuevo modelo de atención con enfoque intercultural

En el nuevo modelo de atención en salud el enfoque intercultural se hace necesario para establecer la convivencia adecuada dentro de una perspectiva de derechos, vivimos en un país pluricultural y multiétnico. El Cantón Otavalo, cuenta con una población de 104.000 habitantes de los cuales el 50% corresponde a mestizos y el 50 % a pueblos indígenas.

Una minga por la salud emprendieron las organizaciones e instituciones de Otavalo, para acercar los servicios de salud a la población, especialmente en lo referente a la salud materno infantil. El Hospital “San Luis” de Otavalo, unidad de Referencia de la red de servicios de salud del MSP, el Gobierno Municipal de Otavalo, Jambi Huasi (Casa de Salud) y la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, con el apoyo financiero del

Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), vienen trabajando en una propuesta de construcción de un “modelo intercultural de salud”. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

Con la finalidad de sustentar la propuesta y canalizar las necesidades identificadas, con el apoyo y coordinación de (UNFPA) y el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) se efectúa una investigación a través de una encuesta dirigida a las mujeres indígenas usuarias de los servicios de salud y al personal de salud del Hospital San Luis de Otavalo, arrojando como resultado que el 82% de personal de salud cree que existe barreras culturales para que las mujeres indígenas acudan al Hospital, que el 98% del personal de salud considera importante incorporar el enfoque intercultural en los servicios de salud reproductiva, así mismo todo el personal estaría a favor de que en el hospital de Otavalo se introduzcan cambios respetando la cosmovisión de las mujeres indígenas, el 59% de usuarias manifestaron que la posición ginecológica durante el parto era incomoda, y que conocían otra posición para dar a luz, de las cuales sobresale principalmente la posición arrodillada (75%). Sobre la opinión en cuanto a las parteras el personal de salud en un 55% cree que pueden ser de apoyo en la atención. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012). La sala de parto vertical en las instalaciones del Hospital fue inaugurada en el mes de abril 2008, en respuesta a las necesidades y demandas de la mujer y personal de salud. Las adecuaciones se han dado en la infraestructura, ambiente acogedor y abrigado, el acompañamiento durante la atención del parto por un familiar o la partera, la vestimenta cómoda, de color que respete su intimidad y pudor, las bebidas con hierbas medicinales de la localidad. En cuanto a la posición la paciente escoge sea ésta sentada, de rodillas o acostada, se respeta además la decisión de la paciente sobre la disposición final de la placenta. (Alarcón, 2004).

Este nuevo modelo de atención con enfoque intercultural tiene como objetivo:

Mejorar el acceso de las mujeres del cantón Otavalo especialmente del sector rural a los servicios de salud, y lograr la implementación del nuevo modelo de la atención del parto con adecuación intercultural a fin de mejorar la calidad de atención e institucionalizar la atención del parto y con ello disminuir la morbimortalidad infantil. Dar un servicio de calidad y calidez respetando la cosmovisión indígena, garantizada con el acompañamiento que realiza la partera cuando la paciente lo solicite. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008)

IMPLEMENTACION DE LA RED CONE NACIONAL Y QUISAPINCHA

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el Ministerio de Salud Pública (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional, emite la norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), como un instrumento efectivo para la aplicación de la Estrategia de Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

El objetivo de la norma es: “Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención del embarazo, el parto y posparto, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional”. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

Las cifras de referencia de mortalidad materna y neonatal en el Ecuador revelan la necesidad de aplicar mayores esfuerzos en controlar estos indicadores que revelan la pérdida de vidas que pueden ser evitadas, producto de los determinantes sociales relacionados con la salud como la pobreza, la falta de acceso a los servicios y el desconocimiento del riesgo

obstétrico y de los signos de peligro en el embarazo. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

La estrategia CONE en sus tres componentes promueve las acciones conducentes a la reducción de la muerte materna y neonatal en los tres niveles de atención, respondiendo a la nueva organización territorial del país: distrito y zona, la cual debe ser aplicada en todas las instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

En el CONE comunitario participan actores comunitarios y de la medicina ancestral, en interacción con el personal de salud del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud, con el fin de reconocer los riesgos y brindar solución oportuna y de calidad a los problemas que ocasionan muerte materna y neonatal. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

El CONE básico brinda atención en los Centros de Salud Tipo C del Primer Nivel y Hospitales Básicos del Segundo Nivel, coordinando con los establecimientos de salud del Primer Nivel de su jurisdicción distrital. Este nivel intermedio tiene la capacidad para resolver casos de salud de mediana complejidad. En este contexto, puede contrareferir al paciente al CONE comunitario y en el caso de que se presenten mayores complicaciones refiere al paciente al CONE avanzado, dentro de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

En el CONE avanzado, los hospitales generales del Segundo Nivel de Atención y los hospitales especializados del Tercer Nivel, proveen la atención adecuada para complicaciones mayores disponiendo de anestesia, cirugía, sangre y hemoderivados para las madres, así como de reanimación avanzada, ventilación y método madre canguro para neonatos, en forma permanente. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

El CONE es reconocido como la intervención de mayor nivel de evidencia científica para reducir la mortalidad materna y neonatal, cuyo propósito es velar por la integridad de la vida y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad con la participación ciudadana. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

En Brasil en el 2000 se puso en práctica el Programa de Humanización Prenatal y Nacimiento (PHPN), una iniciativa del Ministerio de Salud. (ANDREUCCI, 2011).

La creación de acciones de protocolo en la atención obstétrica por igual en todo el país fue el resultado de hacer frente a las cuestiones de política sigue sin resolverse después de varios años de la institución del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer. El PAISM fue la estrategia establecida en 1983 y en 1984 por el Ministerio de Salud para mejorar la atención de la salud reproductiva mujer. Las directrices de los programas previstos para la formación de los servicios de salud para satisfacer necesidades específicas de las mujeres, el enfoque de atención multidisciplinaria e integridad de atención (social, familiar, emocional y reproductiva y la salud preventiva) la humanización de asistencia durante todas las fases de la vida de las mujeres. (ANDREUCCI, 2011)

La Antropología médica, desde finales del 70, ha señalado que la entrega de su riqueza simbólica, el estatus social y el restablecer las relaciones, puede ser considerada como un rito, de paso que marca el comienzo de una serie de cambios en la situación de la mujer en la madre y las relaciones familiares.

Los estudios han demostrado que entre las principales expectativas de las mujeres, en relación al parto son la posibilidad de participación activa en estos momentos, el yo (durante las contracciones) y el control de la situación, además de conocer al profesional que las atenderá y tener seguridad sobre el apoyo que reciben del profesional y la expectativa de tener un acompañante. Para otros es importante participar en el proceso, saber que tiene el control del mismo y ser menos sujeto a las tecnologías de intervención durante el servicio. Para los más pobres, el trabajo se

asocia con el dolor y el sufrimiento, que quiero terminar lo antes posible con la ayuda de la intervención profesional. En ambos grupos, las mujeres están muy preocupadas por su seguridad y el bebé. (BASTOS, 2006).

Se realizó un estudio observacional, analítico, de casos y controles; con la finalidad de conocer los factores de riesgo asociados con la elección del parto domiciliario en 260 mujeres en edad fértil (MEF) con antecedente de parto durante los años 2001-2002 en una zona de atención primaria, correspondiente a la jurisdicción de la Microrred Pachacútec en Ventanilla, Callao que llevó a la conclusión de que las mujeres que tendrán mayor preferencia por la atención del parto en domicilio está constituido por aquellas que argumentan la poca continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención de parto, el difícil o poco entendimiento en el diálogo establecido entre proveedor-usuaria durante la atención de salud y cuyo lugar previsto de parto sea el domicilio. (TARQUI, 2005).

SERVICIOS DE SALUD EN YAPACANÌ, BOLIVIA

Un componente importante de la mala calidad de los servicios de salud de Yapacaní percibida es la forma displicente y degradante que los trabajadores de la salud tratan a los pacientes. Aunque los anuncios del SUMI, creado a nivel nacional y distribuidos en las comunidades rurales, animan calurosamente a las mujeres a visitar los servicios de salud culturalmente sensibles, sobre mujeres de la llegada son a menudo se reunió con la indiferencia y la hostilidad. (Kelsey E. Otis and John A. Brett, 2008)

En este contexto, no debe ser ninguna sorpresa que las mujeres tengan miedo y vergüenza de dar a luz en un centro de salud. Es posible que muchos profesionales de la salud, debido a la frecuente rotación, capacitación y sensibilidad cultural deficiente, no son conscientes de los estatutos del SUMI que hacen hincapié en los servicios que se ajusten a las necesidades culturales de las mujeres embarazadas. Las propias

mujeres señalaron que muchos médicos no tienen experiencia, saber más acerca de cómo facturar al paciente de cómo atender a sus necesidades. Incluso cuando el personal de salud está familiarizado con las normas del SUMI, a menudo carecen de recursos y tiempo para dar servicio adecuado. Asimismo, la falta de médicos permanentes en los centros de salud rurales significa que la salud mínimamente entrenado y sin licencia trabajadores suelen asistir a los nacimientos. (Kelsey E. Otis and John A. Brett, 2008)

2.2 Fundamentación filosófica

La presente investigación está basada en el paradigma Crítico-Propositivo ya que se analizarán los datos observados por el investigador, es decir los factores asociados a la elección del parto tradicionalmente humanizado, con el objetivo de proponer medidas necesarias para disminuir complicaciones maternas y en el recién nacido por partos atendidos en domicilio.

2.3 Fundamentación legal

La Constitución Política es la principal carta legal del Estado en la que están consagrados los derechos a la vida y a la salud, derechos económicos y socio culturales, para todos los ecuatorianos y ecuatorianas.

El Ecuador está comprometido con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y firmemente dispuesto a alcanzar el objetivo 5 de reducir en tres cuartos para el año 2015 las tasas de mortalidad materna del año 1990. Para cumplir con éste objetivo y con los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, el país ha desplegado un marco jurídico legal que crea un entorno habilitante para la reducción de la mortalidad materna. En este

sentido, además de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, (LMGAI) aprobada en 1994, y modificada subsecuentemente, el país cuenta ahora con las siguientes herramientas:

- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010.
- Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (aprobada el 6 de abril de 2005 por Decreto Ejecutivo N° 2717).
- Plan de acción de la Política de Salud y derechos sexuales y Reproductivos.
- Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
- Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal a partir del cual cada provincia elaborará su plan local para implementar este plan nacional que constituye el pilar fundamental dentro del Plan Nacional de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Agenda Mínima por los Derechos de la Niñez y Adolescencia Indígena del Ecuador.

“Hacer del embarazo y el parto procesos seguros para todas las mujeres es un objetivo incluido tanto en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), como en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)”.

(a) Derechos de las usuarias

A lo largo de las últimas décadas, el Ecuador ha suscrito varios tratados internacionales en materia de salud y sus derechos, que constituyeron la antesala al reconocimiento formal de los derechos sexuales y reproductivos en el país.

“La suscripción de varios documentos internacionales, la participación del país en foros internacionales y la influencia que han ejercido los movimientos de la mujer, la niñez y la juventud, han permitido algunas conquistas importantes tanto a nivel legislativo como en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos”

Otros convenios internacionales, como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 y La Conferencia

Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, también contribuyeron a delinear los derechos reproductivos de las personas, especialmente de las mujeres, así como mecanismos para superar la mortalidad materna. Adicionalmente, el Ecuador suscribió en el año 2000, el acuerdo para cumplir los compromisos planteados en la Cumbre del Milenio, entre los cuales se encuentran mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en la infancia. (V., P., R., & V., Identificación, diseño y validación de indicadores de Salud Sexual y reproductiva en el marco de la Red de Parto Aymara, 2006)

Por otra parte, la Constitución de la República del Ecuador de 1998 incorporó por primera vez los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el compromiso estatal de promover la salud sexual y reproductiva. De igual manera, se definió por primera vez al Ecuador como un país multiétnico y pluricultural, y se sentó el marco legal que ampara la práctica de la medicina tradicional. La Constitución de la República menciona en su Art. 44 que:

“El Estado formulará la Política Nacional de Salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos”. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012)

En la sección primera de la Carta Magna, en su capítulo “De los pueblos indígenas y negros o afroecuatorianos”, el Art. 84 reconoce y garantiza los derechos colectivos de estos pueblos a:

- Mantener, desarrollar y fortalecer su identidad y tradiciones en lo espiritual, cultural, lingüístico, social, político y económico.

La propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme a la ley.

- Sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas,

animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella”.

En el Capítulo III, Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud, Art. 7, se señala como derecho el acceso universal a la salud, y se puntualiza el derecho al respeto a las prácticas culturales de las personas y el uso de la lengua materna en atención de las usuarias indígenas. Entre otros derechos tenemos:

Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.” (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), expedida en 1994, operativizó, junto con otros mecanismos, la legislación y los varios compromisos relativos a la salud materna y reproductiva asumidos por el Ecuador. El objetivo de ésta ley es reducir la mortalidad materna a través del mejoramiento del acceso de mujeres y niños a una atención de salud de calidad, y fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones y control de calidad de los servicios. De ésta forma, la Ley de Maternidad Gratuita contribuyó a consolidar la concepción de la salud y la calidad de la atención como un derecho ciudadano. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

A más de señalar el acceso a la salud reproductiva como un derecho humano y ciudadano, el Estado ha asumido también la obligación de

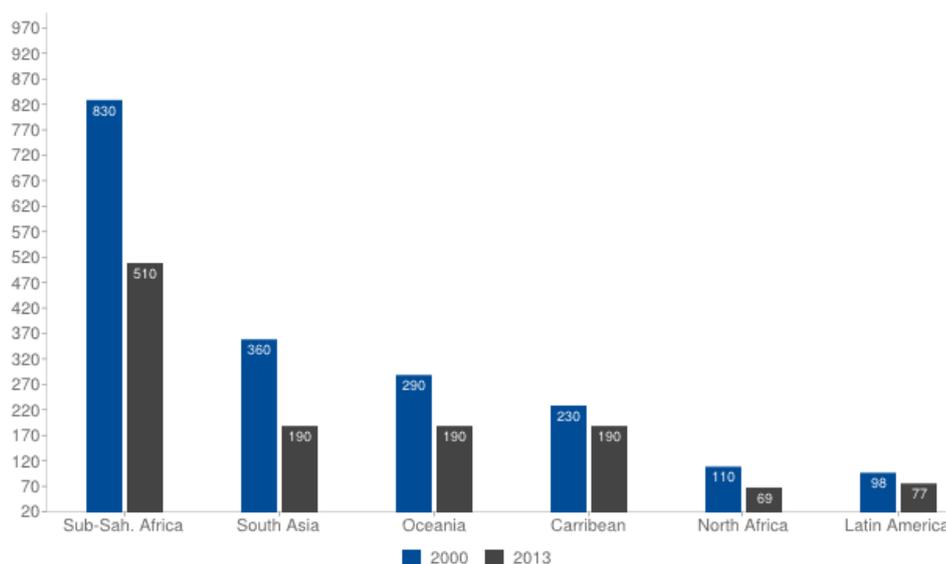
brindar servicios de salud de calidad, con calidez humana, y respetuosos de la diversidad cultural de las usuarias. Así, la “Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” decretada en el 2005, establece entre sus fundamentos y lineamientos estratégicos, la reforma del sector salud para el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva y la humanización de los servicios de salud, que incluye:

- “Inclusión del enfoque de derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en las acciones institucionales y de la sociedad civil”.
- “Sensibilizar al personal de salud sobre los derechos de las personas para lograr una humanización de los servicios”. entendida como poner en práctica la cultura por el respeto a los derechos y que contempla las adaptaciones culturales, técnicas, de procedimientos, la transparencia, la participación en la toma de decisiones, la veeduría social, el mejoramiento de la calidad y calidez, el reconocimiento de los saberes y prácticas de las nacionalidades y pueblos que cohabitan en el país” (pg. 52).
- “Implementar en todas las acciones de la política pública la no discriminación por: género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo de actividad, y otras” (pg. 53).
- “Potenciar y reconocer la práctica de las parteras dentro de la ley” (pg. 59).
- “Integrar a la red de servicios a la medicina alternativa y tradicional con todos sus conocimientos ancestrales, dotándoles de facilidades y recursos” (pg. 61).
- “Reconocimiento e integración y aceptación de los espacios de participación ciudadana en las instituciones públicas” (pg. 57).
- “Difundir los derechos sexuales y reproductivos y las obligaciones ciudadanas en el derecho y cumplimiento de los mismos. Así como los mecanismos de exigibilidad e instancias de apoyo y denuncia a violaciones de estos derechos” (pg. 57).

Objetivos del Milenio

Todavía queda mucho por hacer para reducir la mortalidad materna. La pobreza y la falta de educación son factores que influyen en las altas tasas de embarazos adolescentes. Asimismo, la falta de recursos para planificación familiar es una de las fallas para alcanzar los compromisos que apuntan a mejorar la salud reproductiva de la mujer.

Gráfico N° 2: Tasa de mortalidad materna 1990, 2000 y 2013 (muertes de madres por cada 100.000 niños nacidos vivos, mujeres de 15 a 49 años).

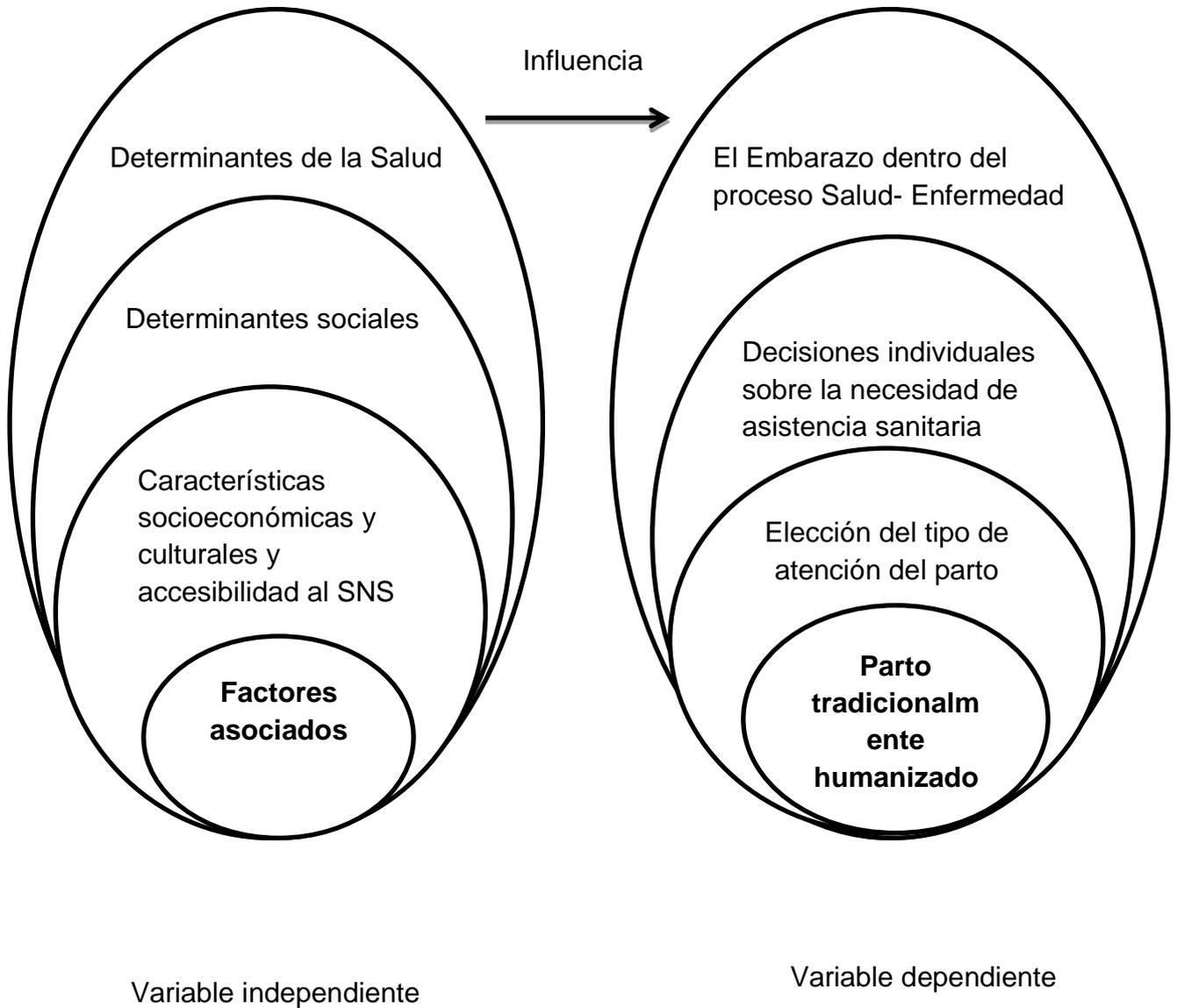


Fuente: Informe ODM 2014

- A nivel mundial, en 2013 murieron casi 300.000 mujeres por causas relacionadas o agravadas por el embarazo o el parto.
- En las regiones en desarrollo, entre 1990 y 2012 la proporción de partos asistidos por personal de salud capacitado aumentó del 56% al 68%.
- En 2012, en las regiones en desarrollo hubo 40 millones de nacimientos sin asistencia de personal de salud capacitado; más de 32 millones de esos nacimientos se produjeron en áreas rurales.
- En 2012, el 52% de las embarazadas recibió atención prenatal en cuatro o más ocasiones, lo cual supone un notable incremento desde 1990, cuando el porcentaje era de solo el 37%. (OMS, 2014)

2.4 Categorías fundamentales

Gráfico N° 3: Categorías Fundamentales



Elaborado por: María Gabriela López

2.5 Fundamentación teórica

Cultura, etnocentrismo e interculturalidad

En la vida diaria comúnmente usamos el término cultura para referirnos al nivel de instrucción de las personas, al grado de conocimientos que pueden tener, o a ciertos comportamientos que consideramos ideales en nuestra sociedad. De igual forma, cuando comparamos a un país con otro, utilizamos el término cultura como sinónimo de civilización, entendiendo ésta como desarrollo científico, tecnológico, e incluso artístico. (Arribas Mir I, 2002).

Sin embargo, la cultura vista ya no desde su uso común, sino desde una perspectiva antropológica, se refiere a “todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como producto histórico... desde este punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.” (Arribas Mir I, 2002)

Debido a las circunstancias históricas que condujeron a la difusión de la civilización occidental, el sistema biomédico moderno se ha institucionalizado, por encima de todas las posibilidades, como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones. El conocimiento científico se ha oficializado como la única forma permitida de conocimiento, excluyendo a otras formas por considerarlas “empíricas”, “míticas”, “primitivas”. Inclusive el sistema de medicina indígena, de otras culturas y/o alternativas (homeopatía, acupuntura, etc.), subsisten de forma marginada. (Arribas Mir I, 2002)

La sabiduría y los saberes de los pueblos y nacionalidades indígenas, “han sido históricamente desautorizado desde la oficialidad asociándolo con hechicería, brujería y charlatanería... Sin embargo, ello no ha implicado de ninguna manera su desaparición, pero sí ha negado algunas posibilidades de su potenciación. Desde siempre, la medicina tradicional ha prevalecido en el uso constante, y con frecuencia clandestino, tanto

entre los indígenas como en la sociedad no indígena.” (Arribas Mir I, 2002).

En contextos multiculturales el sistema biomédico no ha logrado articularse con la medicina indígena y otros saberes médicos tradicionales. (Bruce, 1990)

Ello se explica primordialmente porque los estados nacionales no han orientado sus planes de desarrollo hacia estos sectores sociales históricamente marginados, social y culturalmente, debido a un etnocentrismo generalizado. (Bruce, 1990)

El etnocentrismo es la tendencia a juzgar a las personas de otras culturas desde el punto de vista de nuestros propios patrones culturales, a pensar que nuestras costumbres son mejores, que nuestra cultura es superior a las otras, y por tanto considerar a las personas de otras culturas como seres inferiores, menos civilizados, y en algunos casos hasta menos humanos. (Borda C., 2001)

El etnocentrismo evita construir puentes entre las culturas, aún más cuando del etnocentrismo al racismo hay un corto paso y, en ese punto, las brechas entre las culturas se vuelven abismales. Sin embargo, como alternativa al etnocentrismo se presenta la interculturalidad o pluralismo cultural. Este principio promueve el diálogo cultural entre diferentes grupos, en un marco de respeto mutuo e igualdad. (Borda C., 2001)

En el ámbito de la salud, además la interculturalidad es una toma de posición con el objeto de promover el diálogo cultural entre diferentes grupos, en un marco de respeto e igualdad tendiendo hacia la inclusión, la simetría, la equidad. Además el principio de interculturalidad implica, en primera instancia, un cuestionamiento del modelo social y cultural desde el cual se ejerce la medicina occidental, caracterizada por una tendencia hacia la exclusión de otros saberes en salud. (Borda C., 2001)

Este cuestionamiento a la forma de hacer medicina, implica también un llamado hacia una democratización de la salud, es decir, el fortalecimiento de la participación de los usuarios en la definición de sus necesidades de salud, en los medios adecuados para satisfacerlas, en la visibilización de

su saberes y sabidurías para la resolución de problemas a través de un diálogo de doble vía con los servicios de salud institucionales. (Borda C., 2001).

Por lo tanto, los elementos más importantes de la interculturalidad son: el reconocimiento de la propia identidad y el diálogo en igualdad de condiciones para la construcción de acuerdos y la ejecución de compromisos. La interculturalidad promueve el conocimiento mutuo de las distintas culturas, la aceptación y valoración de las diferencias como algo positivo y enriquecedor del entorno social, la institucionalización del enfoque intercultural y la garantía del Estado para la aplicabilidad de las Políticas Públicas Interculturales en Salud. (Borda C., 2001).

Adecuación cultural de la atención del parto

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por ésta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para éste acontecimiento. (Gómez Bautista, 2006)

Al reconocer que nuestro país es plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico, es necesario también comprender que los distintos grupos étnicos tienen diversas expectativas en la atención de salud. En gran parte esto puede explicar por qué el sistema biomédico no satisface sus necesidades. (Gómez Bautista, 2006)

Según la antropóloga Margaret Clark, en estos contextos multiculturales un factor decisivo es la falta de reconocimiento hacia las creencias sobre las causas y curaciones de algunas enfermedades por parte de los médicos del sistema de salud occidental. Así por ejemplo, un médico que rechace la creencia del “mal de ojo” por considerarla irrelevante no tiene

posibilidades de ser respetado por la gente que cree en ello. (Gómez Bautista, 2006).

Y es que a diferencia del sistema biomédico, que define las causas y tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los saberes médicos ancestrales generalmente contemplan un conjunto complejo de aspectos socioculturales; religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holística que integra cuerpo, alma y espíritu. (Gómez Bautista, 2006)

Además, dentro de las diferentes comunidades, pueblos y nacionalidades, los sabios del Subsistema de Salud ancestral (yachaks, curanderos, hierbateros, parteras/os, fregadores, kuyfichak) y otras culturas, son gente que aparte de hablar el mismo idioma, están dispuestos a acompañar el tiempo necesario al paciente y no necesariamente cobran dinero sino que establecen un sistema de trueque, reforzando de ésta manera, las relaciones de afecto, confianza y solidaridad al interior de la comunidad. (Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal).

Por el contrario, ante la gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y falta de recursos humanos, el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además, el médico no habla su mismo idioma, el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Todo ello, junto con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado (Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal).

Reconocer las diferencias culturales en la atención de la salud es un aspecto muy positivo, sin embargo no es suficiente, pues es necesario estar conscientes de que estos principios culturales deben ser profundizados en su estudio y conocimiento. Debemos entender las concepciones y valores en el trasfondo de dichas diferencias para

tomarlas en cuenta en las consideraciones de la salud física, emocional y espiritual de la mujer embarazada, y poder adecuarlas a la atención calificada del parto en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto. (Castro, 2001)

Entre otros resultados, el desarrollo efectivo de éste componente aporta elementos para:

- Identificar las características culturales locales que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos;
- Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales;
- Modificar las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas, tales como:
 - Eliminar la práctica rutinaria de: episiotomía, rasura del vello púbico y aplicación de enema.
 - Facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto.
 - Permitir el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera durante el trabajo de parto y posparto.
 - Permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto.
 - Garantizar el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre- hijo/a así como la lactancia precoz exclusiva salvo el caso de screening VIH positivo.

- Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del MSP.
- Promover la conformación de comités de usuarias/os que den seguimiento a la calidad de la atención y apoyen las acciones de mejoramiento de la misma.
- Promover la participación activa de comités de usuarias/os, gobiernos comunitarios de salud (parteras y promotores), proveedores de los servicios de salud y gobiernos locales, en espacios de trabajo como los Consejos de Salud en donde hayan, y en donde no hayan motivar su conformación, que permitan examinar las actuales prácticas obstétricas y detectar las brechas culturales para introducir modificaciones consensuadas y progresivas para la humanización y adecuación cultural a los procesos de atención.
- Diseñar estrategias de sensibilización para el manejo adecuado de la resistencia al cambio.

En este sentido, la adecuación cultural del parto implica realizar cambios estratégicos en la atención del sistema biomédico. Para ello, hemos identificado algunos elementos que deben tenerse en cuenta:

a) El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares

El primer punto, y quizás el más importante, es el que se refiere a la forma como el personal de salud se relaciona con la paciente y con sus familiares. (Castro, 2001)

Habitualmente, en el sistema biomédico, el trato del personal de salud hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde se ejerce autoridad en base al cargo desempeñado. No obstante, en contextos multiculturales, la relación de poder se vuelve más compleja en cuanto intervienen criterios culturales, de género y de clase. Así pues, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afro descendientes constantemente han sido objeto de maltrato, discriminación y prejuicio.

Así, por ejemplo, algunas pacientes indígenas de la sierra ecuatoriana usualmente son objeto de crítica por la falta de planificación familiar, y de estigmatización por una supuesta falta de higiene. (Castro, 2001).

“...pero ellos no nos tratan como a un humano, dicen: ‘estas indias feas que vienen apestando, vayan a bañar primero’, en ese sangrado hacen bañar en agua fría, eso no debe de ser, haber esas cosas, discriminación en hospitales, como humano deben atender... a veces en hospitales preguntan: ‘¿cuántos hijos tiene?’, dicen: ‘cuatro, cinco, o seis’, ‘Pucha estas como puerkas tienen, hay que operar bien, la ligadura hay que hacer’, a veces dicen: ‘tienen que cuidar’, pero, ¿cómo deben de cuidar?, entonces a veces dicen: ‘ojalá por ahí, a los maridos hay que hacer poner, siquiera papel de bolo, para que cuiden’, eso no debe ser así, hay discriminación en hospitales. (Mideros, 2008).

Como es evidente, la principal causa del maltrato responde a valores y visiones discriminativas y etnocéntricas de la sociedad blanco- mestiza hacia las poblaciones indígenas y afro descendientes, visiones que han sido reproducidas históricamente desde la época colonial, cuando la sociedad estaba estructurada bajo un régimen de castas y clases sociales en el cual la jerarquía estamental se basaba en criterios de origen y color de piel. (Mideros, 2008)

El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante, la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continúa siendo uno de los problemas más importantes en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano. (MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, , 2012).

Numerosos datos cuantitativos y cualitativos han reflejado claramente que el maltrato que reciben los pacientes, especialmente los indígenas, en los centros de salud pública persiste ocasionando que las mujeres embarazadas no regresen más a dichos centros para la

atención del parto. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

Evidentemente este grave problema, que responde a construcciones étnico-raciales y coloniales arraigadas en la sociedad ecuatoriana, demanda procesos de cambio cultural de largo alcance facilitados, entre otros mecanismos, por una reformulación del sistema educativo en materia intercultural como propone la CONAIE en su documento de políticas de salud intercultural. (Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal).

Paralelamente, es necesario impulsar procesos específicos de sensibilización con el personal de salud, mediante trabajos de reflexión y análisis de causas y efectos del maltrato en cada uno de las unidades de atención, que desemboquen en una programación de actividades consensuadas por los diversos actores, tendientes a mejorar el trato interpersonal de los prestadores de salud hacia las usuarias y sus familiares. (Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal).

b) El acompañamiento durante la atención del parto

Según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. “Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital.

El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los “otros” ajenos a su cotidianidad, quienes dominan la situación”. (TARQUI, 2005).

Un cambio que demandan las pacientes que son atendidas en los centros de salud pública es, precisamente, que en el momento del parto se permita la presencia de familiares (esposo, mamá, o hermana), y la presencia de los demás familiares en las horas de visita. (TARQUI, 2005).

“Es necesario romper el esquema, prácticamente hermético de los hospitales, en cuanto a lo que se refiere a la restricción en las visitas a las madres que han dado a luz. Debería flexibilizarse la política de visitas en los hospitales. Por ejemplo, viene el esposo, se enteró la noche que está trabajando fuera, viene a visitarle, y a veces no puede pasar”. (TARQUI, 2005).

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con wawas, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte”. Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la mujer quien, en cualquier caso, recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o del partero. (TARQUI, 2005).

Las parteras y parteros también demandan que se les permita atender y acompañar a su paciente durante el parto hospitalario, sobre todo si ésta es referida por él/ella.

La presencia de un acompañante, sea familiar o no, durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias. Por ello, deberá ser permitido el acompañamiento de una persona a la paciente hasta la sala de partos, para que la acompañe durante el trabajo de parto, dándole facilidades y proporcionándole ropa y cualquier otro implemento que se considere necesario. (TARQUI, 2005).

c) Posición del parto

Como es evidente, la atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras o parteros y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal es antinatural al parto, causando que “el wawa se regrese”, y la madre pierda la fuerza. Por ello, se piensa que la atención del parto en la posición horizontal es uno de los obstáculos principales para que las mujeres indígenas acudan a los centros de salud pública. (Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado).

“Por mi parte, mi hija mismo dijo que, unas amigas había dicho: ‘no irá a hospital, porque en hospital como a una vaca, amarrando los pies así de lado y lado, hacen dar a luz’, y eso también, no me ha avisado a mi, y por no bajar a Ambato había ya estado pasando los dolores (sobreparto)”. (Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado)

La demanda de cambio fortalece el respeto a la cultura de la paciente para que escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, procurando con ello respetar la fisiología natural del parto. Siendo la posición fisiológica más adoptada por ser confortable la de cuclillas;

“La parturienta se coloca en cuclillas, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras el permanece sentado en una silla, sosteniéndola de los hombros y hablándole al oído para darle apoyo. La partera se coloca de rodillas por detrás de la parturienta, le da tratamiento pertinente (manteo, saumada, limpieza de energía negativa) y atiende el parto desde esa posición”. (Borda C., 2001).

Sin embargo, existe un sinnúmero de variaciones del parto vertical: de rodillas, elevada de los hombros por el esposo, sujetándose de una soga colgada de una viga del techo, apoyándose en una silla o baúl, en posición de gatear, etc. (Borda C., 2001).

Varias investigaciones, incluyendo estudios recientes de la OMS (WHO, 1996), sustentan con evidencia científica las ventajas del parto vertical para la parturienta y el bebé, como son:

- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. (Mendez Bauer, 1976);
- La ausencia de compresión de grandes vasos de la madre (Bieniarz, 1966). Como se sabe, la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de ésta manera la cantidad de oxígeno disponible para el feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga (Giraldo, 1992);
- El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido ántero posterior y 1 en transversal (Borrel, 1957) y moldeamiento de la articulación coxo femoral (Russell, 1969);
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto;
- Un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante (Arbues, 1982), como en el expulsivo (Gallo, 1992); (Caldeyro Barcia, 1987); (Sabatino, 1992); facilitando la transición feto-neonatal;
- Una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales (Mendez Bauer, 1975);
- Menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del feto por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal;

- Proporciona beneficios psicoafectivos y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente;
- Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo.
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente (Sabatino, 1992); (Paciornik, 1992); (Dunn, 1976).

El grupo de la Universidad de Campinas (Brasil) encabezado por el Profesor Hugo Sabatini ha demostrado, a través del análisis y mediciones, que la fuerza que ejerce la mujer en la fase expulsiva del parto es mucho más intensa en posición vertical. Además, la vagina se encuentra más relajada y, por tanto, se abre con mayor facilidad, lo que supone menor sufrimiento para la madre y más beneficios para el recién nacido. (Dominguez Pepi).

Tradicionalmente se ha considerado a la postura vertical para el parto como característica de culturas menos “civilizadas”, sin embargo, la evidencia científica respalda de forma concluyente su idoneidad. (Donato H, 2006).

Para la atención del parto vertical, los establecimientos de salud deben adecuar las salas de parto con los implementos físicos necesarios de acuerdo a las culturas, tales como colchonetas, barras de soporte, o sillas ginecológicas especialmente diseñadas para la atención del parto vertical. De igual forma el personal de salud deberá capacitarse en las técnicas y procedimientos de atención de las diferentes posiciones del parto vertical. (Bruce, 1990).

En el post parto se darán las condiciones necesarias para el seguimiento de acuerdo a las culturas (encaderamiento, baño interno y externo con hierbas naturales, calientes y dulces) (Bruce, 1990).

d) Abrigo / vestimenta

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

“Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaren éste equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el “principio de oposición” es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente”. (Castro, 2001).

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las críticas fundamentales de las parteras, parteros y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. Otra crítica se refiere a la “práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz en una sala fría. En cambio, ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto. (Castro, 2001).

“...para el lecho, lugar donde nacerá el wawa, lo prefieren al lado del fogón (tullpa) por estar siempre caliente, colocan bastante paja en el suelo de manera que quede suave, un poncho viejo sirve de tendida, cerca muy cerca le colocan un baúl o banco para que sirva de apoyo. Le abrigan, haciendo vestir con dos bayetas gruesas, tres anacos, y medias gruesas con el fin de que no ingrese el frío y se facilite el parto”. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

Muchas mujeres indígenas entrevistadas manifiestan que no les gusta usar las batas que se les proporcionan en las unidades de salud

puesto que sienten que “se enfrían y pierden fuerza”. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008)

Además, en relación al tema del pudor de las usuarias, muchas mujeres han mencionado que las batas que se les proporcionan en los servicios de salud son abiertas por detrás y que esto les ocasiona vergüenza. Por ello, su expectativa es que se les permita mantener su propia ropa durante la atención del parto, pues “tienen vergüenza que les desnuden”.

No les gustaría tener que sacarse toda la ropa, la bata que se les proporcione podría ser de franela para estar abrigadas. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

De igual manera las usuarias manifiestan que las salas de labor y parto deberían contar con calefactores que permitan mantener una temperatura abrigada durante todo el proceso del alumbramiento.

e) Alimentación

En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas, algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de anís, de manzanilla, de paraguay, de higo, etc. (según el sector). (Kelsey E. Otis and John A. Brett, 2008).

Algunas de las infusiones que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío, sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento. Tal es el caso de algunas infusiones que son cuidadosamente administradas por las parteras para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior. Por otra parte, ciertas plantas tienen

una eficacia natural y simbólica, como en el caso del agua de linaza, o el agua de melloco, que ingieren algunas parturientas “para que ayude a resbalar el feto y / o la placenta”. (Méndez-González RM & 44:129-136).

Comúnmente, los miembros de las comunidades indígenas y afroecuatorianos conocen el principio humoral así como las propiedades curativas de ciertas plantas, sin embargo, el saber de las propiedades específicas de las plantas y hierbas medicinales que deberán usarse para encontrar el equilibrio, lo poseen especialmente los sabios del subsistema de salud ancestral indígena, afroecuatorianos y otras culturas. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008)

En éste sentido, se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto. Sin embargo, el personal de salud debe evitar la administración de aguas de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la investigación y autorización expresa de la persona responsable de la atención. (Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado).

Algunas mujeres también quisieran ser alimentadas al poco tiempo de dar a luz, ya sea con alimentos dados por la unidad de salud o que se permita a sus familiares llevar a la institución alimentos tradicionales para las puérperas, como por ejemplo: caldo de gallina, o arroz de cebada. (Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado).

f) Información

El personal de salud que presta el servicio de atención del parto, en los niveles I y II, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento. (Arribas Mir I, 2002).

El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular. (Arribas Mir I, 2002).

g) Entrega de la placenta

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta, que en algunas comunidades se lo realiza “al igual que una persona”. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

En algunas comunidades aymaras incluso se la envuelve en ropa de varón si es niño, o en ropa de mujer si es niña, además se la acompaña con una serie de ofrendas a los espíritus ancestrales maternos: sebo, ají, sal, azúcar, coca y flores de rosa “para que la wawa sea de buen carácter”. Si no se realizan estos ritos se piensa que hay peligro de que la placenta pueda causar alguna enfermedad a la madre o al recién nacido; “esto se inscribe en la lógica andina de que la placenta continúa siendo parte de la madre e influye en su estado”. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud

reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008)

En algunas comunidades existe la creencia que si no se entierra la placenta, ésta puede regresar imbuida de los espíritus “encima de la mujer” y asustarle, hasta sofocarle, o también se cree que cuando el wawa ya es mayor “puede ser loco”, o “se le puede hacer la dentadura amarilla”. Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva y tomando en cuenta las normas de bioseguridad. (MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo, 2008).

2.6 Hipótesis

Los factores culturales, socio-económicos y la accesibilidad a los servicios de salud influyen en la elección del lugar del parto, en las mujeres embarazadas.

2.6.1 Señalamiento de variables

Variable independiente.- Factores asociados, accesibilidad a los servicios de salud, socio-económicos, y culturales.

Variable dependiente.- Parto tradicionalmente humanizado.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la investigación

Esta investigación es cualitativa porque se obtuvieron datos relacionados con las condiciones de vida, lugares para elección del parto, percepción de confianza con el personal de salud, lo que no orienta a la obtención de resultados. Cabe mencionar que también cuenta con una parte cuantitativa al obtener el total de pacientes embarazadas que reciben atención en el subcentro de salud y cuantas optan por parto institucional.

3.2. Modalidad básica de la investigación

La presente investigación utiliza una modalidad de campo al obtener los datos sobre los factores determinantes en la elección del tipo de parto en las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en la parroquia de Quisapincha, durante el periodo de noviembre a febrero del 2014. Se realizó investigación bibliográfica, aplicación de encuesta con preguntas cerradas e informativas; además se usó el tarjetero de la red CONE para obtener datos adicionales.

3.3. Nivel o tipo de investigación

El tipo de investigación es Analítica ya que los datos serán evaluados, se generó hipótesis de asociación causal, ligada a los datos de estadística. De interés social porque caracteriza a la comunidad en base al problema que representa en la sociedad la elección del lugar del parto y su posterior

control, lo que permitirá establecer conclusiones y recomendaciones relacionadas a la incidencia del parto tradicionalmente humanizado.

3.4. Población y muestra

El tamaño de la población, en este caso el universo de madres embarazadas que acuden al centro de salud de la parroquia Quisapincha es medible por lo que no se decide tomar una muestra.

3.5. Técnicas e instrumentos

Tabla 2: Técnicas e instrumentación utilizadas para el desarrollo de esta investigación

TÉCNICAS DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Información Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta
Información Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Libros relacionados con parto domiciliario <ul style="list-style-type: none"> • Internet • Páginas web 	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura Científica

Fuente:

Elaborado por: María Gabriela López

3.6. Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas
- Mujeres que acuden por primera vez o subsecuente al control prenatal, tomadas en cuenta para la encuesta por 1 ocasión.
- Mujeres que conozcan las características del parto domiciliario y parto institucional.

3.7. Criterios de exclusión

- Paciente que se niega a participar en la investigación
- Pacientes que no acudan al centro de salud

3.8. Criterios éticos

En el presente estudio se tomaran datos específicos de los pacientes para lo cual cada uno tendrá absoluta privacidad y anonimato utilizando como medio de identificación, no se tomaran nombres ni apellidos y se guardara absoluta reserva, con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad al no permitir por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto

3.9. Operacionalización de las variables

3.9.1. Variable independiente Factores asociados (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

Tabla 3: Operalización de la variable independiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	TECNICA /INSTRUMENTO
<p>Son condiciones, socio-económicas, culturales o ambientales que influyen en la decisión del sitio para el parto</p>	<p>FACTORES ASOCIADOS</p>	<p>Institucionales</p> <p>Socio-Económicos.</p> <p>Costumbres</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controles prenatales en el embarazo - Acceso a los servicios de salud - Trato intrahospitalario - Nivel de instrucción de la madre. - Rituales usados durante el parto <ul style="list-style-type: none"> - Posición del parto - Acompañamiento de familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta

Elaboración: María Gabriela López

3.9.2. Variable dependiente – Enfermedad Trofoblástica Gestacional (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.)

Tabla 4: Operalización de la variable dependiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	TECNICA/ INSTRUMENTO
<p>El parto tradicionalmente humanizado se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales.</p>	<p>Parto tradicionalmente humanizado</p>	<p>Elección del lugar del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Domiciliario - Institucional - Servicio de Salud Privado 	<p>Encuesta</p>

Fuente: María Gabriela López

3.10. Recolección de la información

Se utiliza la encuesta como instrumento para obtener información, con preguntas cerradas e informativas. Además se utilizó el tarjetero de la red CONE para obtención de datos.

3.11. Métodos de análisis aplicados en la investigación

El procesamiento de la información recogida se realiza mediante la revisión crítica depurando los datos y constatando su pertinencia. La información cuantitativa ha sido tabulada realizando un cruce de variables e interpretación. Se presenta además gráficos que facilitan la interpretación de la información.

CAPÍTULO IV

MARCO ADMINISTRATIVO

4.1 Recursos

4.1.1 Recurso Institucional

- Subcentro de salud de Quisapincha
- Facultad de Ciencias Médicas

4.1.2 Recurso Humano

- Investigadora: López Martínez María Gabriela
- Jefe del Subcentro de Salud de Quisapincha: Dra. Soraya Cuenca

4.1.3 Recursos Físicos

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Facultad Ciencias de la Salud

4.1.4 Recursos Materiales

- Computadora
- Impresiones
- Copias
- Esferos
- Lápiz
- Borrador
- Perfiles

- Fichas
- Cd
- Internet
- Memory Flash
- Tinta para impresora
- Transporte
- Hojas de papel Bond
- Internet

4.1.5 Presupuesto

Tabla 5: Recursos Humanos

CONCEPTO	UNIDADES	V. UNITARIO	V. TOTAL
Investigador	9 semanas (90h)	4.00	360.00
Asesora	8 semanas (10h)	10.00	100.00
TOTAL			460.00

Elaborado por: María Gabriela López

Tabla 6: Recursos Materiales

ANT.	DENOMINACIÓN	TIEMPO	V. UNIT.	V. TOTAL
	Computadora	90	1.00	90.00
200	Impresiones		0.10	20.00
200	Copias		0.03	6.00
6	Esferos		0.40	1.80
3	Lápiz		0.50	1.50
2	Borrador		0.40	0.80

2	Perfiles		0.70	1.40
8	Fichas		0.10	0.80
2	Cd		0.50	1.00
	Internet	50 horas	1.00	50.00
	Memory Flash		20.00	20.00
100	Transporte		0.25	25.00
200	Hojas de papel Bond		0.02	4.00
	Internet	70 horas	1.00	70.00
	TOTAL			292.30

Elaborado por: María Gabriela López

Tabla 7: Rubros de Gastos

RUBROS DE GASTOS	
Recurso Humano	460.00
Recurso Material	292.30
Subtotal	752.30
Imprevistos	100.00
TOTAL PRESUPUESTO	852.30

Elaborado por: María Gabriela López

4.2 Cronograma

Tabla 8: Cronograma de actividades de la investigación

Tiempo Meses	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración tema, problema					■															
Justificación y Objetivos						■														
Elaboración del Marco Teórico						■	■													
Elaboración del enfoque, Metodología							■													
Elaboración del Marco Administrativo							■													
Plan de Recolección de Información								■	■	■	■	■								
Plan de procesamiento de la información												■								
Análisis e interpretación de Resultados													■	■						
Conclusiones y Recomendaciones															■	■				
Diseño de la Propuesta																■	■			
Entrega del Informe Final																		■		
Revisión final																			■	■

Elaborado por: María Gabriela López

CAPITULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para la investigación: “Factores asociados a la elección del parto tradicionalmente humanizado en madres embarazadas de la parroquia Quisapincha” se identificaron 57 pacientes embarazadas de diferentes zonas de la parroquia

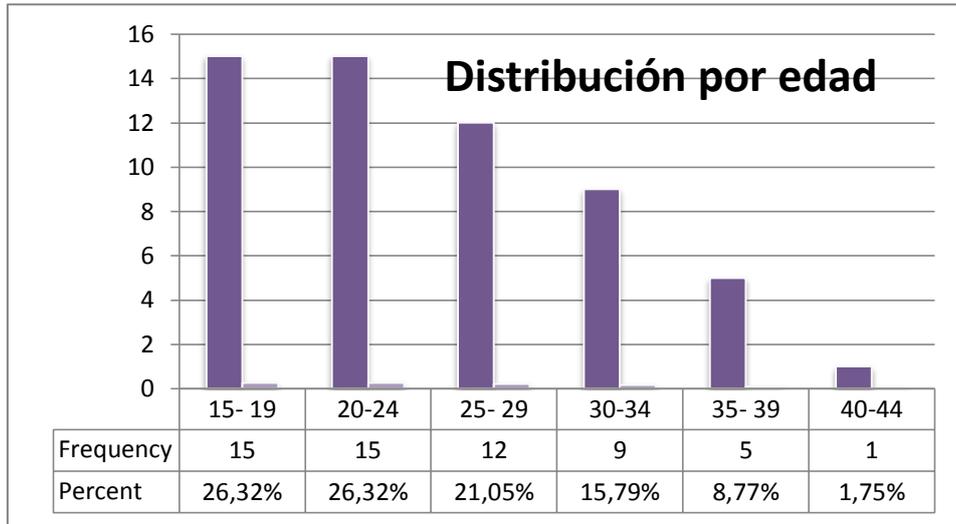
En consecuencia, este informe expone los resultados correspondientes a las pacientes seleccionadas: las pacientes que generalmente acuden a consulta en el servicio de Ginecobstetricia del Subcentro de salud de la parroquia Quisapincha.

5.1 Características de las pacientes

5.1.1 Edad

El estudio incluyó 57 pacientes, (gráfico 4), cuya edad varió entre los 15 – 44 años. Las pacientes fueron clasificadas en cinco grupos etarios: adolescentes (15 – 19 años) que corresponde a 15 pacientes, representa el 26.32%, a mujeres mayores (40 -44 años) correspondiente a 1 paciente, representa el 1.75%, observando que el grupo más numeroso corresponde a las mujeres adolescentes y adultos jóvenes.

Gráfico N° 4: Distribución según grupos edad. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



Fuente

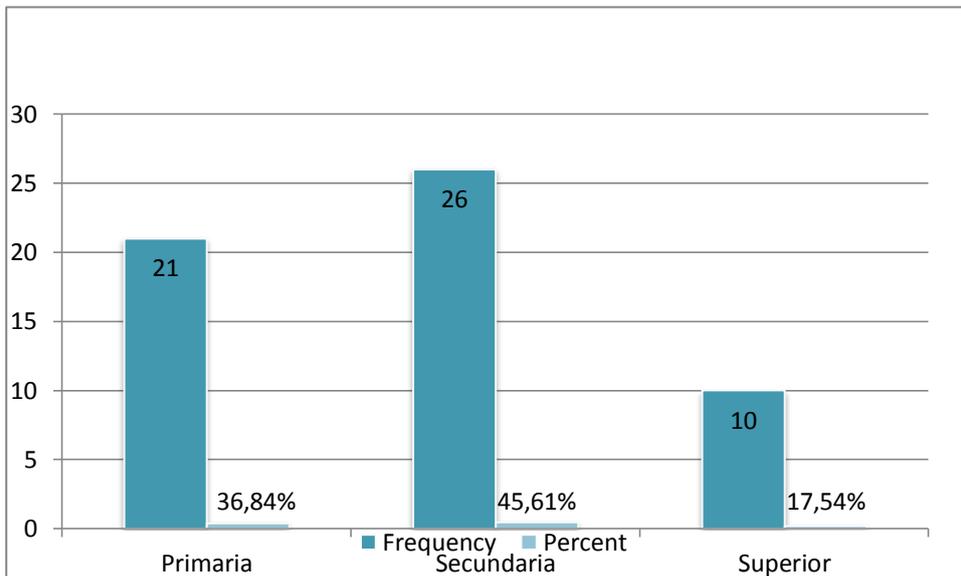
e: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

5.1.2 Nivel de Educación

Como se observa en el gráfico 5. Del grupo total de estudio, 26 pacientes tienen educación primaria, el cual predominó representando 45.61% mientras que 10 pacientes que representan un 17.54% tienen educación superior siendo el grupo más escaso.

Gráfico N° 5 Distribución según nivel de instrucción. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

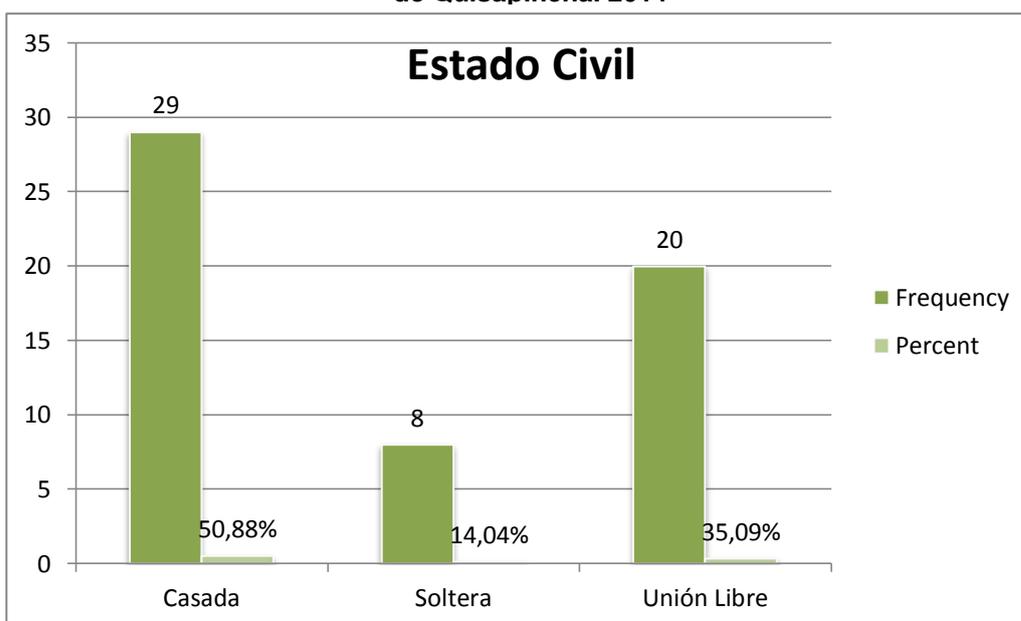


Fuente: Base de datos
Elaboración: María Gabriela López

5.1.3 Estado Civil

Como se observa en el gráfico 6. Del grupo total de estudio, predominan las mujeres casadas que representan a 29 pacientes que corresponde a un 50.88%, en comparación con el grupo de mujeres solteras integrado por 8 pacientes que representa a un 14.04% que es el más escaso.

Gráfico N° 6: Distribución según estado civil. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

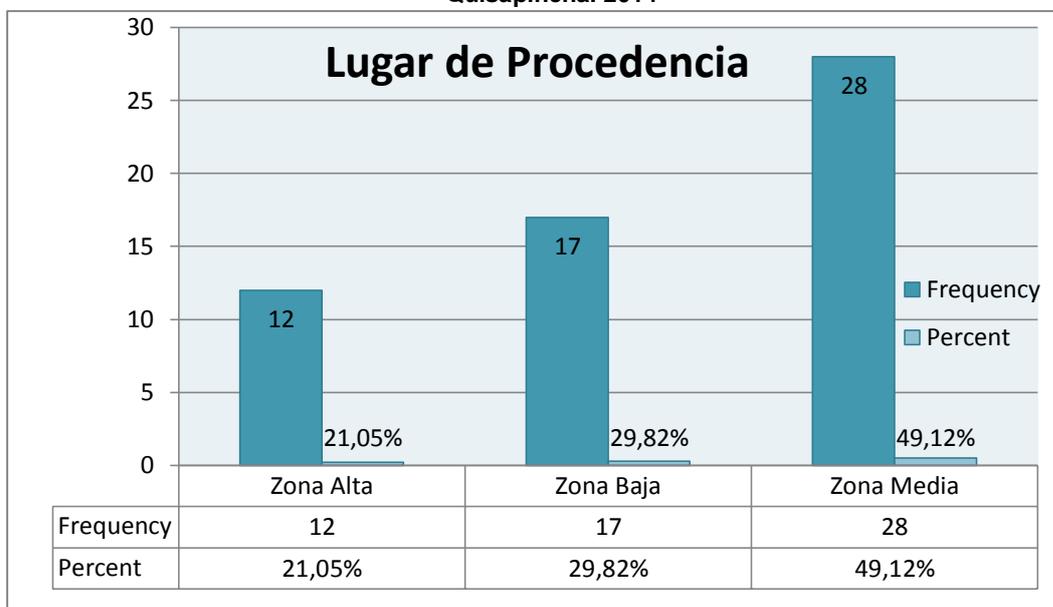


Fuente: Base de datos
Elaboración: María Gabriela López

5.1.4 Procedencia

Como se observa en el gráfico 7. Del grupo total de estudio, predomina un número de 28 pacientes que residen en la zona media correspondiente a Cachilvana Grande, Cachilvana Chico, Pucará Chico, Pucará Grande, Tondolique, Santa Rosa Pamba, que representa el 49,12% y grupo mayoritario, y 12 pacientes que residen en la Zona Alta que comprende Illagua Grande, Illagua Chico, Illagua Chaupiloma, Calhuasi grande, Calhuasi Chico, y representa 21,05% que indica que es el grupo minoritario.

Gráfico N° 7: Distribución según lugar de procedencia. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



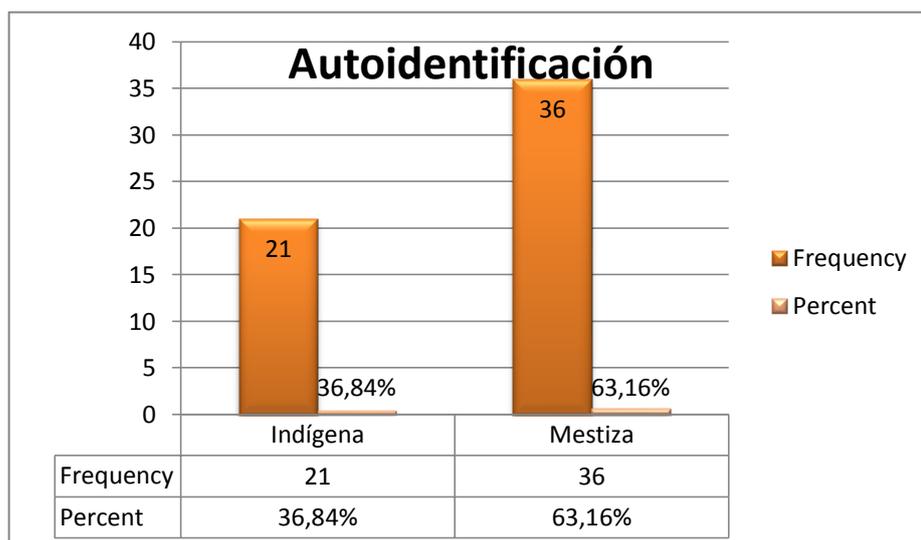
Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

5.1.5 Autoidentificación

Como se observa en el gráfico 8. Del grupo total de estudio, predomina un número de 36 pacientes que se autoidentifican como mestizas y representan el 63.16% y 21 pacientes se autoidentifican como indígenas y representa el 36.84%.

Gráfico N° 8: Distribución según autoidentificación. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

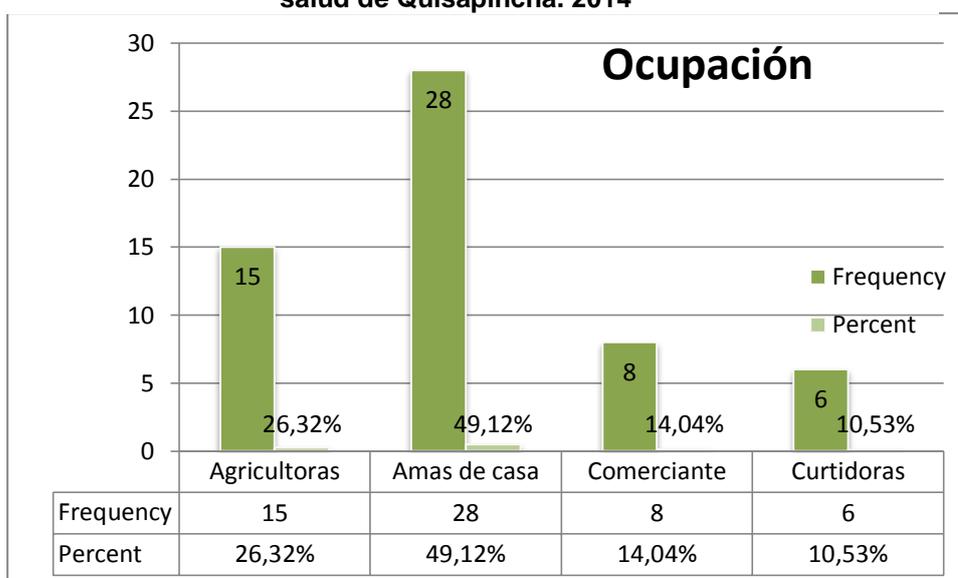


Fuente: Base de datos
Elaboración: María Gabriela López

5.1.6 Ocupación

Como se observa en el gráfico 9. Del grupo total de estudio 28 pacientes son amas de casa que representan el 49.12% y es el grupo mayoritario y 6 pacientes son curtidoras que representan el 10.53% que es el grupo minoritario.

Gráfico N° 9: Distribución según Ocupación. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

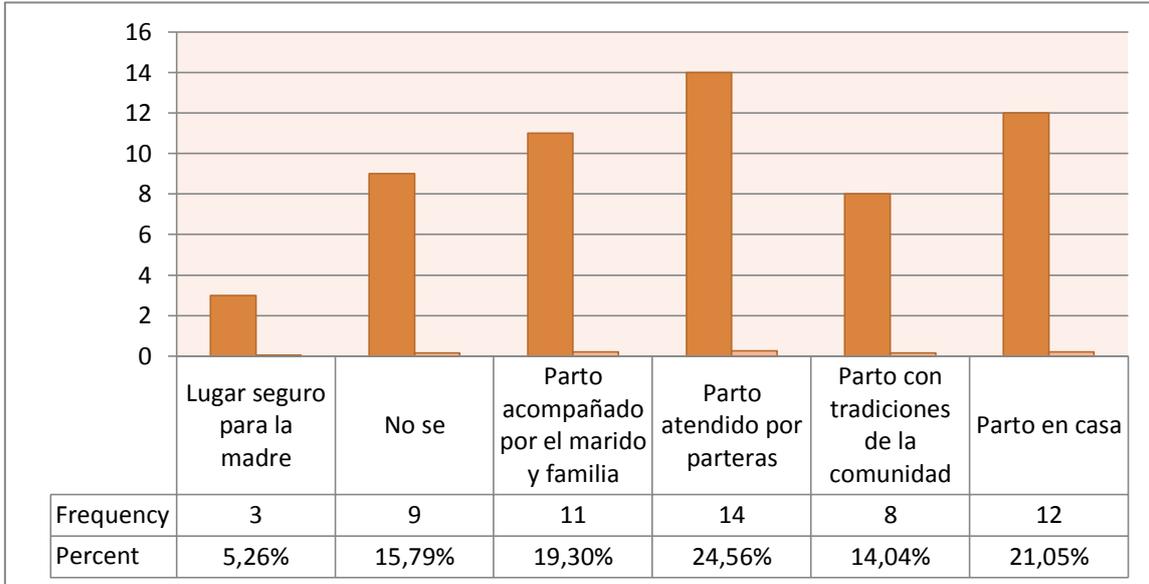


Fuente: Base de datos
Elaboración: María Gabriela López

5.1.7 Significado del Parto Tradicionalmente Humanizado

Como se observa en el gráfico 10. Del grupo total de estudio 14 pacientes piensan que el parto tradicionalmente humanizado significa que es atendido por parteras y representa el 24.56%, en comparación con 3 pacientes que piensan que el parto tradicionalmente humanizado significa un lugar seguro para la madre que representa 5.26% y que es el grupo minoritario.

Gráfico N° 10: Distribución según Significado de Parto Tradicionalmente Humanizado. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



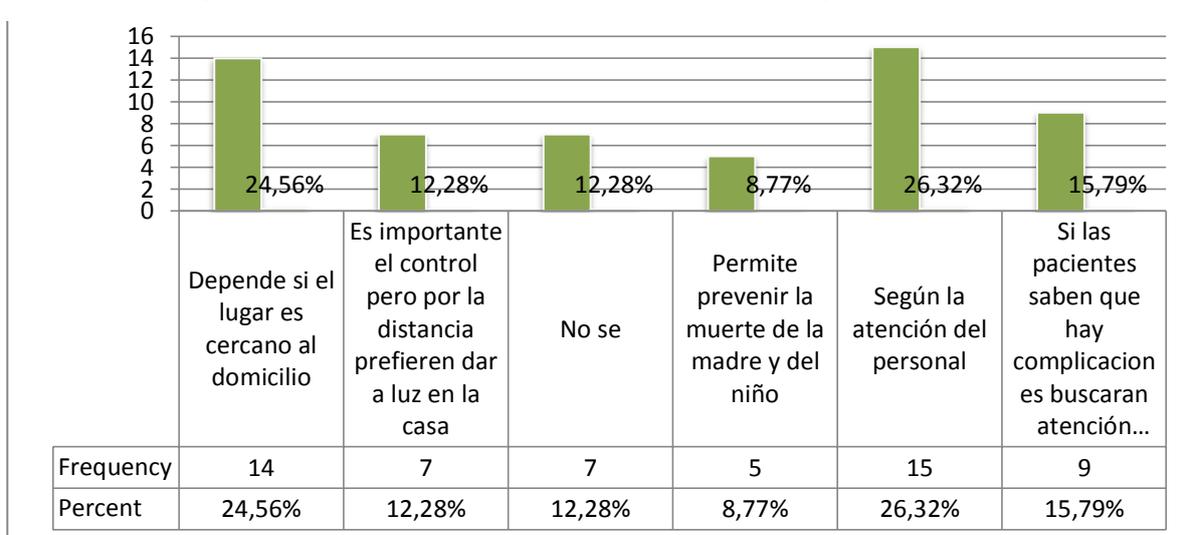
Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

5.1.8 Cómo influye el control prenatal en la decisión del lugar del parto

Como se observa en el gráfico 11. Del grupo total de estudio 15 pacientes piensan que depende la atención del personal de salud y representa 26.32% en comparación con 7 pacientes que piensan que es importante el control pero por la distancia prefieren dar a luz en casa y 7 pacientes que no conocen si influye el control en la decisión del lugar del parto que representa un 12.28%.

Gráfico N° 11: Distribución según influencia del control prenatal en la decisión del lugar del parto. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

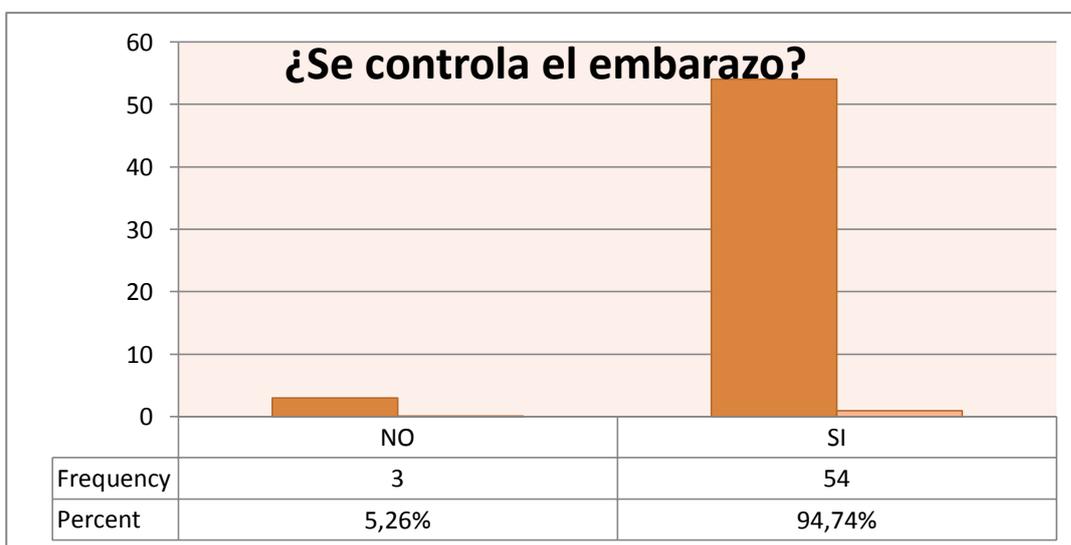
5.1.9 ¿Se controla el embarazo?

Como se observa en el gráfico 12. Del grupo total de estudio 54 pacientes se controlan su embarazo que representa el 94.74%, en comparación con 3 pacientes que no controlan su embarazo representando el 5.26%.

Gráfico N° 12: Distribución según control de embarazo. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

Fuente: Base de datos

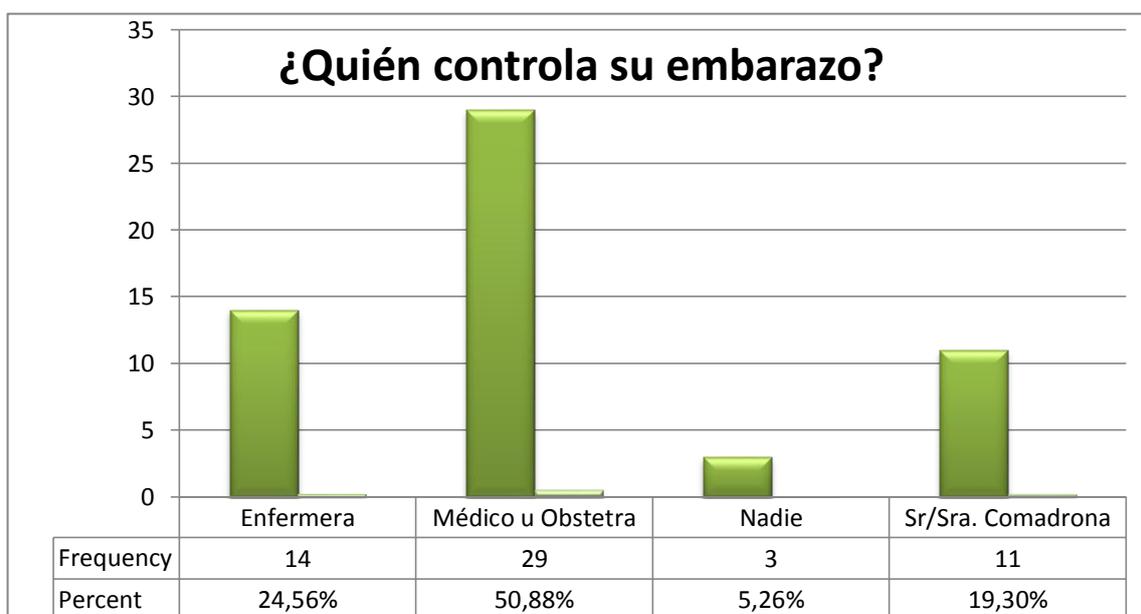
Elaboración: María Gabriela López



5.1.10 ¿Quién controla su embarazo y cuantos controles se ha realizado?

Como se observa en el gráfico 13. Del grupo total de estudio 29 pacientes controlan su embarazo con médicos u obstetras que representa el 50.88% de las pacientes en comparación de 3 pacientes que no controlan su embarazo y representa el 5.26% de las pacientes, indicando su minoría.

Gráfico N° 13: Distribución según quien controla el embarazo. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



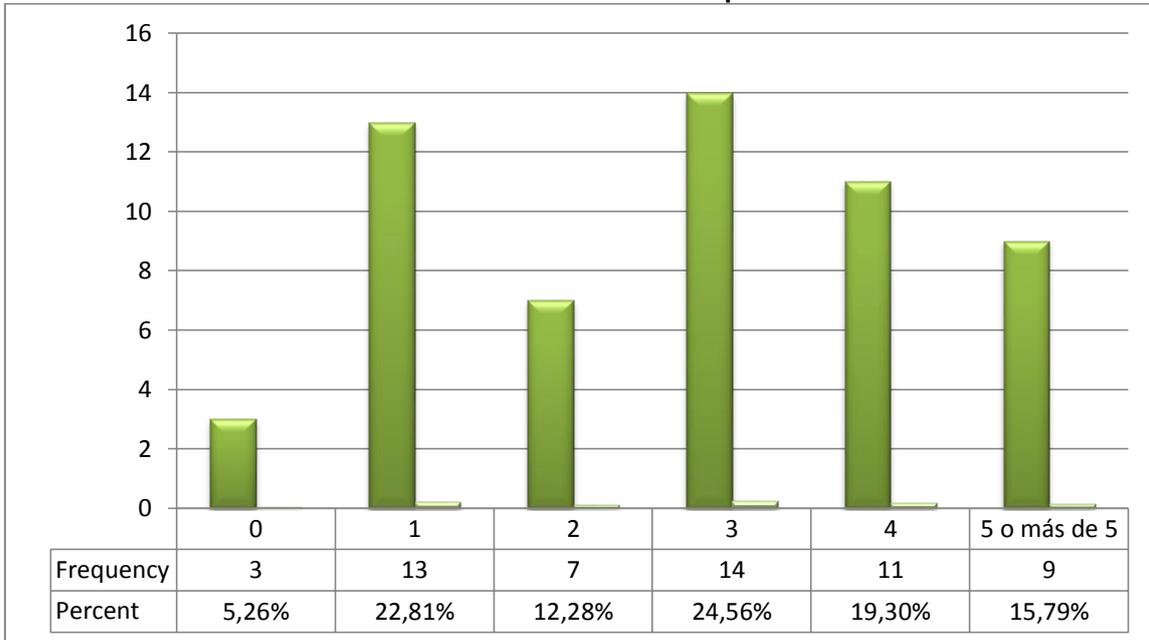
Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

5.1.11 ¿Cuántos controles del embarazo se ha realizado?

Como se observa en el gráfico 14. Del grupo total de estudio 14 pacientes se realizaron 3 controles durante su embarazo representando el 24.56% en comparación de tres pacientes que no tuvieron ningún control durante su embarazo que representa al 5.26% del total de las pacientes.

**Gráfico N° 14: Distribución según cuantos controles del embarazo se ha realizado.
Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014**



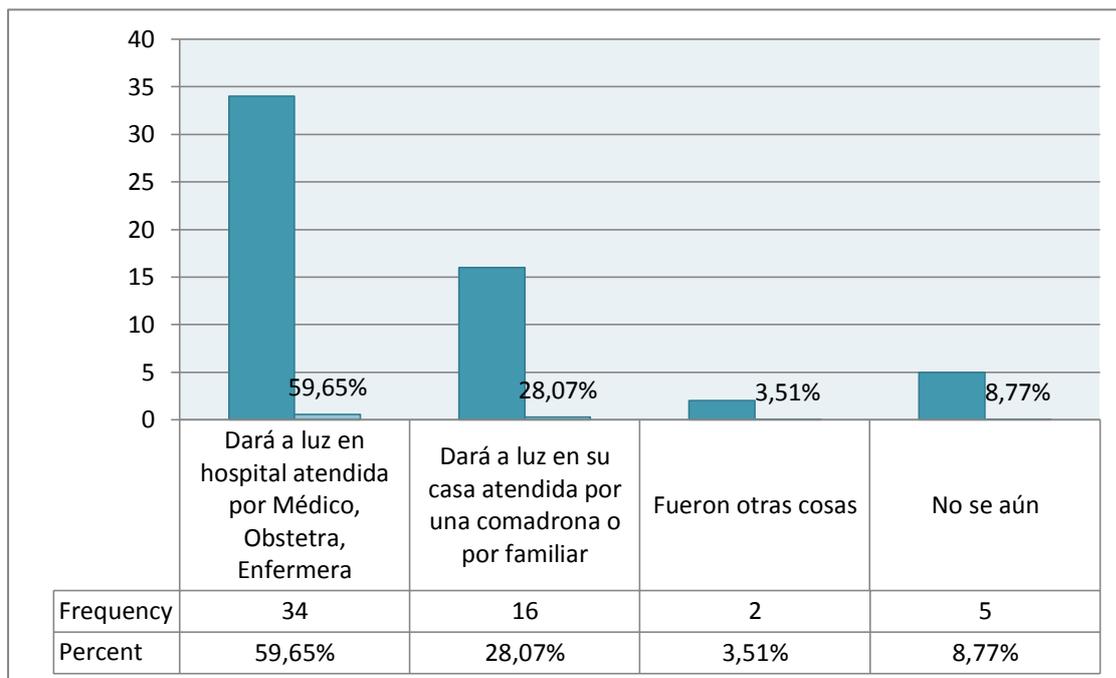
Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

5.1.12 ¿La forma como le atendió la persona que controla su embarazo le han permitido decidir si?

Como se observa en el gráfico 15. Del grupo total de estudio 34 pacientes refieren que darán a luz en hospital atendidas por Médico, Obstetra o Enfermera que representa el 59,65% de las pacientes encuestadas, e comparación de 2 pacientes que piensan que fueron otras cosas y representa el 3.51% del total de las pacientes.

Gráfico N° 15: Distribución según forma de atención y elección del lugar del parto. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014.

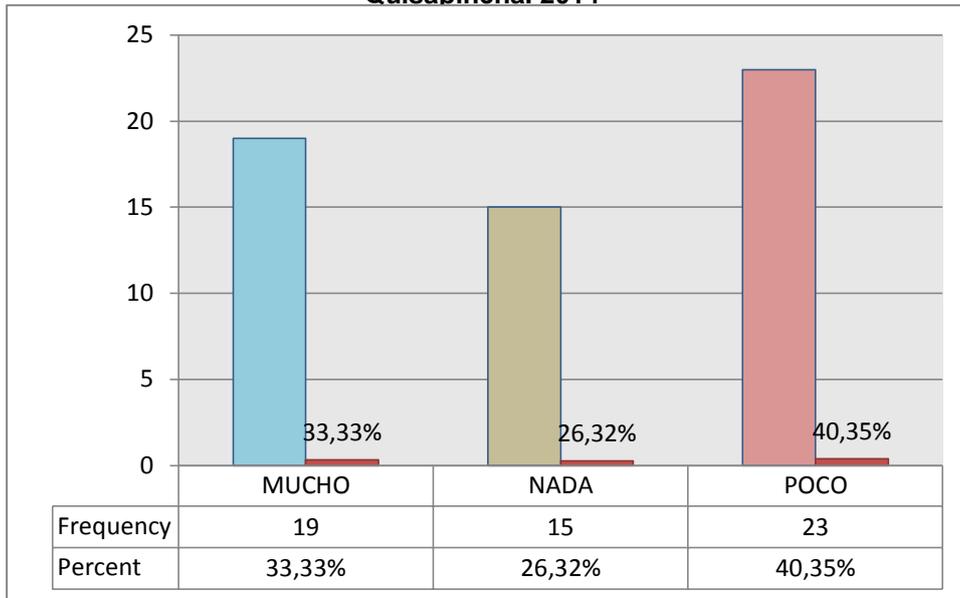


**Fuente: Base de datos
Elaboración: María Gabriela López**

5.1.13 Grado de influencia de la familia en el parto atendido en domicilio

Como se observa en el gráfico 16. Del grupo total de estudio 23 pacientes piensa que la familia influye poco en la elección del lugar del parto, y representa el 40.35%, siendo el grupo mayoritario, mientras que 15 pacientes piensan que no influye en absoluto en la elección del parto siendo el grupo minoritario y representando el 26.32%.

Gráfico N° 16: Distribución según grado de influencia de la familia para el parto atendido en domicilio. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

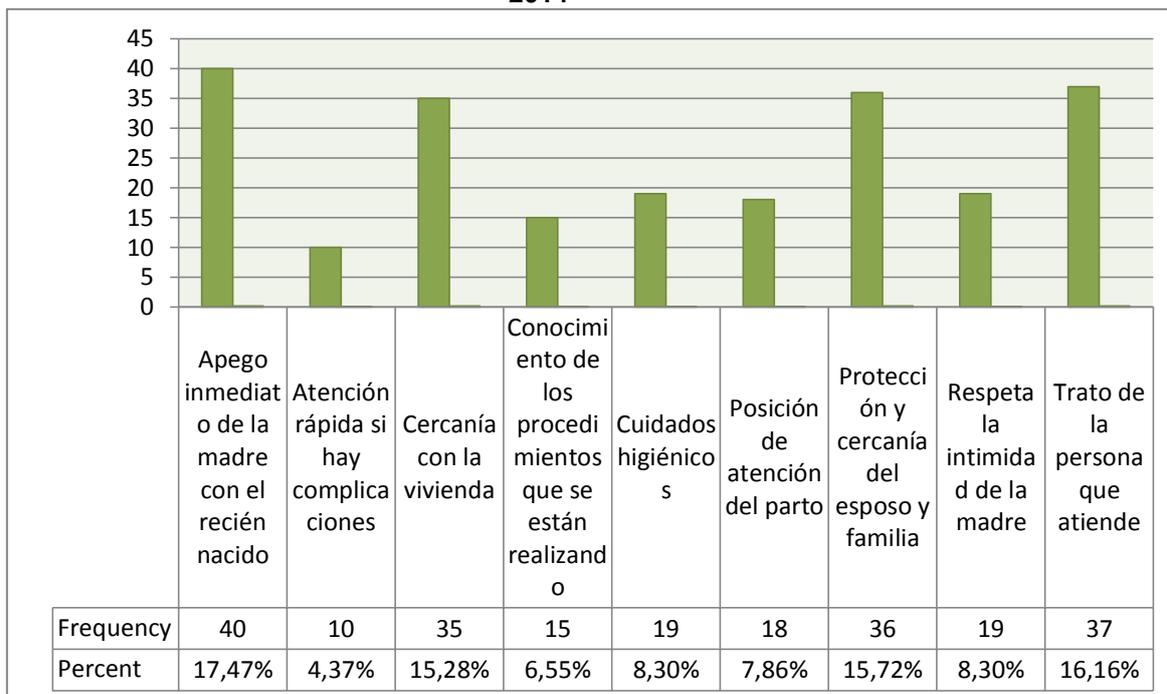


**Fuente: Base de datos
Elaboración: María Gabriela López**

5.1.14 ¿Qué características refiere usted que presenta el parto tradicionalmente humanizado?

Como se observa en el gráfico 17. Del grupo total de estudio 40 pacientes piensan que el parto tradicionalmente humanizado importante el apego inmediato y representa el 17.47%, en comparación con 10 pacientes que piensa que la atención es rápida si hay complicaciones y es el grupo minoritario que representa el 4.37% del total de los pacientes.

Gráfico N° 17: Distribución según características presenta el parto tradicionalmente humanizado. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



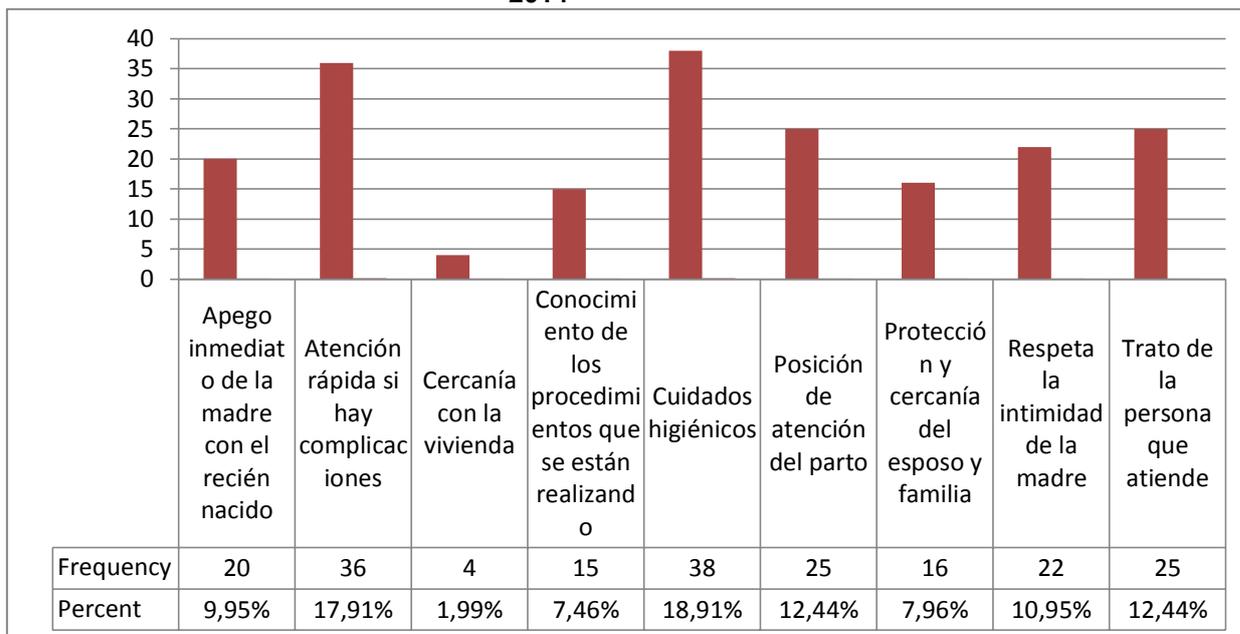
Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

5.1.15 ¿Qué características refiere usted que presenta el parto intrahospitalario o en un servicio de salud?

Como se observa en el gráfico 18. Del grupo total de estudio 38 pacientes refieren que la característica más importante del parto intrahospitalario son los cuidados higiénicos que representa el 18.91%, en minoría de 4 pacientes que refieren que hay cercanía con la vivienda.

Gráfico N° 18: Distribución según características presenta el parto tradicionalmente humanizado. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



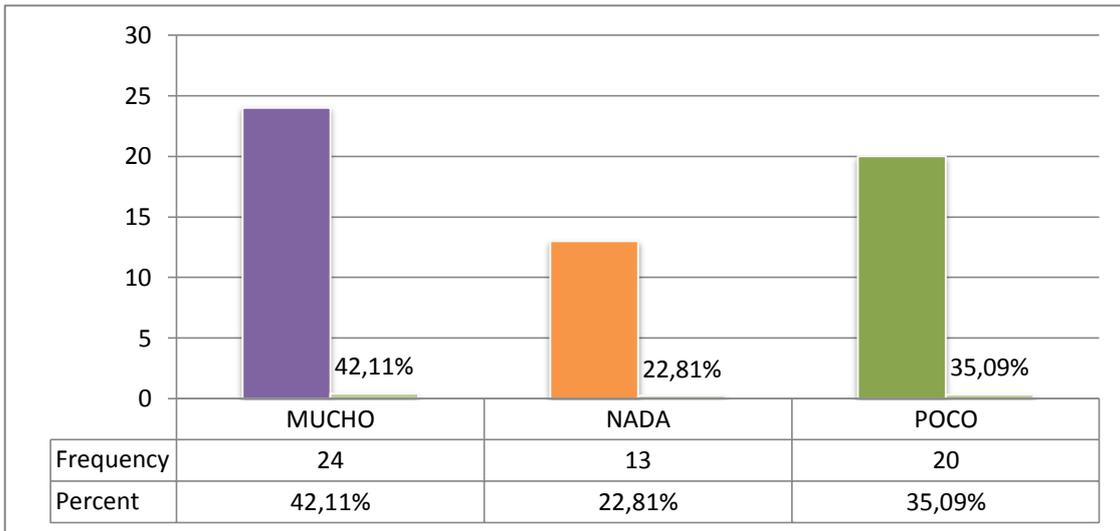
Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

5.1.16 Grado de importancia de los rituales relacionados con el parto

Como se observa en el gráfico 19. Del grupo total de estudio 24 pacientes piensan que es importante los rituales relacionados con el parto, que representa el 42.11% en comparación con 13 pacientes que piensa que no importa nada los rituales durante el parto y significa 22.81% del total de las pacientes.

Gráfico N° 19: Distribución según grado de importancia de los rituales relacionados con el parto. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

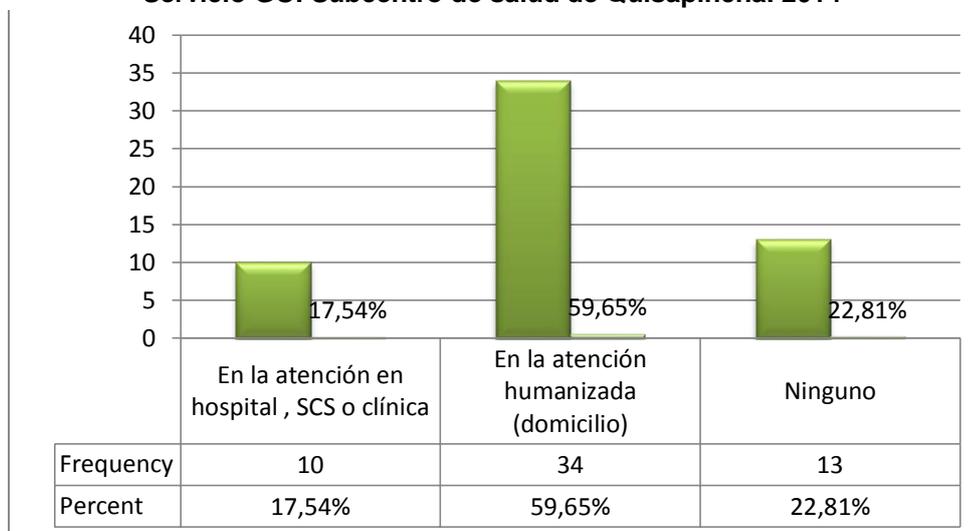


Fuente: Base de datos
Elaboración: María Gabriela López

5.1.17 ¿Dónde le han permitido cumplir los rituales?

Como se observa en el gráfico 20. Del grupo total de estudio 34 pacientes piensan que los rituales durante el parto se cumplen en el domicilio que representa el 59.65%, que es el grupo mayoritario, mientras que 10 pacientes piensan que en áreas hospitalarias se cumplen los rituales que representa el 17,54% y es el grupo minoritario.

Gráfico N° 20: Distribución según donde le han permitido cumplir los rituales. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

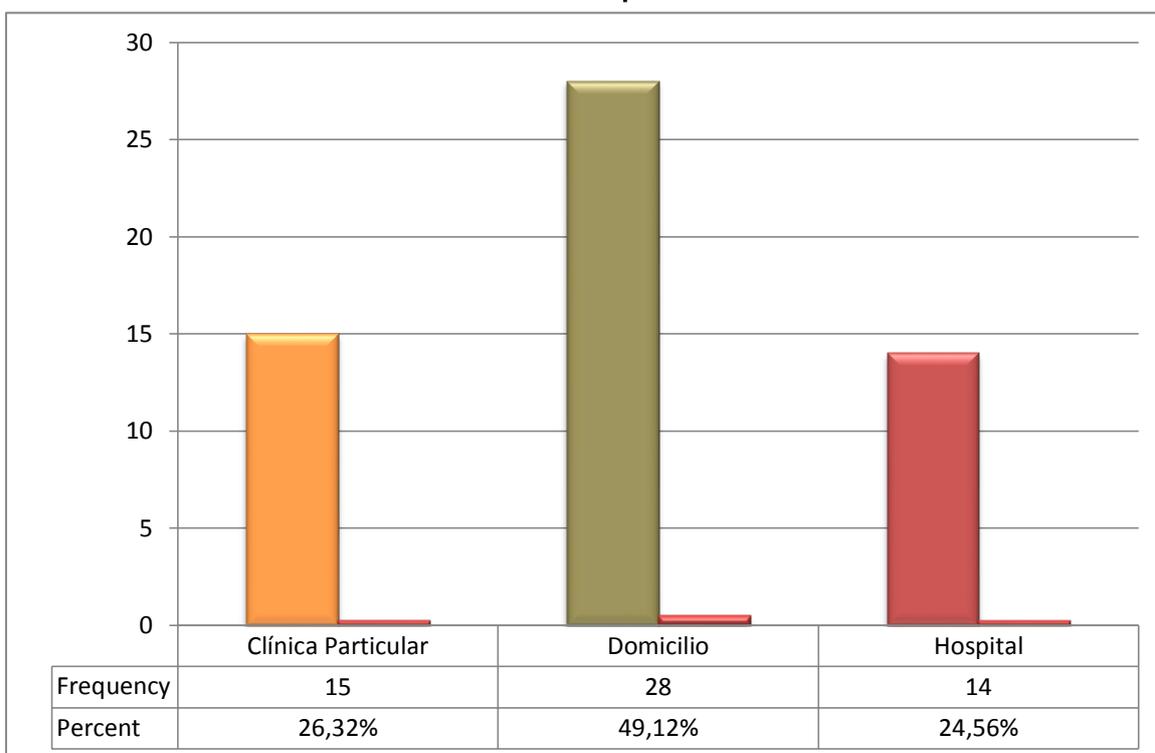


Fuente: Base de datos
Elaboración: María Gabriela López

5.1.18 Lugar de atención de parto

Como se observa en el gráfico 21. Del grupo total de estudio 28 pacientes refieren que su último parto fue atendido en domicilio siendo el grupo mayoritario representando el 49.12% y 14 pacientes refieren que su último parto fue atendido en el hospital, siendo el grupo minoritario y refiriendo 24.56%.

Gráfico N° 21: Distribución según lugar de atención de los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



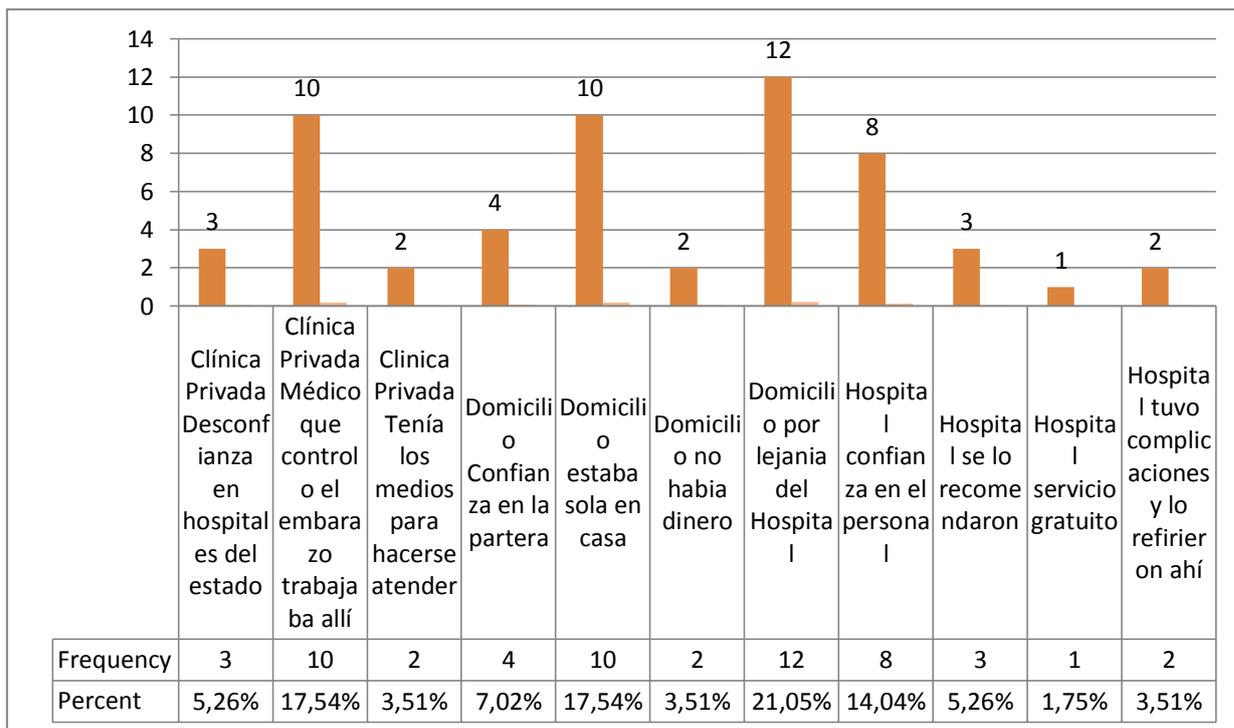
Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

5.1.19 ¿Por qué fueron atendidos los partos en estos lugares?

Como se observa en el gráfico 22. Del grupo total de estudio, 19 pacientes tuvieron su parto en domicilio por la lejanía a una zona hospitalaria, siendo el grupo mayoritario y representando el 21.05%, mientras que 1 paciente optó por el parto hospitalario, debido a que los servicios son gratuitos y representa 1.75% que es el grupo minoritario.

Gráfico N° 22: Distribución según causa de atención de partos en los distintos lugares. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



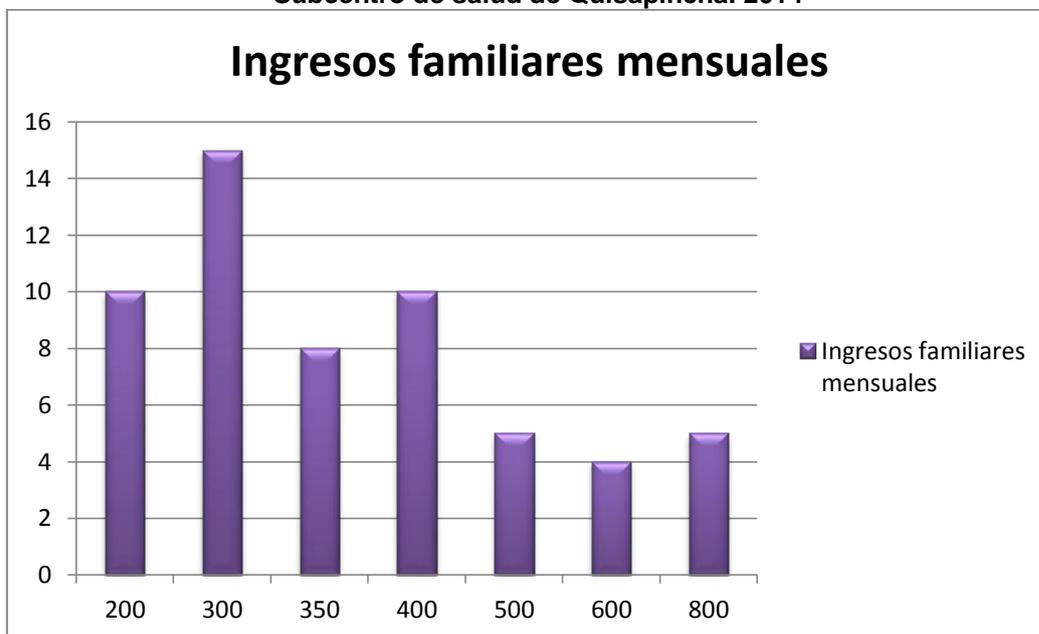
Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

5.1.20 ¿Los ingresos de su familia al mes son de?

Como se observa en el gráfico 23, los ingresos familiares mensuales, de las madres embarazadas son bajos, teniendo a 10 pacientes que sus ingresos son de 200 dólares, 15 pacientes tiene un ingreso de 300 dólares y sólo 5 pacientes tienen un ingreso de 800 dólares.

Gráfico N° 23: Distribución según los ingresos de la familia al mes. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014



Fuente: Base de datos

Elaboración: Gabriela López

5.2 Cruce de variables

5.2.1 Relación entre procedencia y lugar donde serán atendidos los partos

Como se observa en la tabla 9. Del grupo total de estudio 28 pacientes atendieron su parto en domicilio, de las cuales 17 pertenecen a la zona media, mientras que 8 pertenecen a la zona alta. Mientras que 15 pacientes atendieron su parto en clínica particular de las cuales 12, pertenecen a la zona baja. En cuanto al área hospitalaria, de 14 pacientes que se atendieron 9 pacientes pertenecían a la zona media y solo 2 pacientes que residen en la zona alta.

Tabla 9: Relación entre procedencia y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

PROCEDENCIA	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
Zona Alta	1	8	3	12
Zona Baja	12	3	2	17
Zona Media	2	17	9	28
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 24.784, Grados de libertad 4, P-valor $0.000 < 0.05$ a favor de H_1 .

5.2.2 Relación entre autoidentificación y lugar donde serán atendidos los partos

Como se observa en la tabla 10. Del grupo total de estudio, de 28 pacientes que atendieron su parto en domicilio 15 se autoidentifican como indígenas mientras que 13 se autoidentifican como mestizas. En su mayoría las pacientes que se atendieron en clínica particular que son 12 y de pacientes atendidas en Hospital que son 11 se autoidentifican como mestizas.

Tabla 10: Relación entre autoidentificación y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

AUTOIDENTIFICACIÓN	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
Indígena	3	15	3	21
Mestiza	12	13	11	36
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: Gabriela López

Chi- Cuadrada 6.626, Grados de libertad 2, P-valor $0.036 < 0.05$ a favor de H_1 .

5.2.3 Relación entre estado civil y lugar donde serán atendidos los partos

Como se observa en la tabla 11. Del grupo total de estudio, el estado civil de 17 pacientes que atendieron su parto en domicilio era unión libre, mientras que 5 pacientes eran solteras, y 11 pacientes atendidas en Hospital eran casadas y 3 mujeres solteras, lo que indica que la mayoría de mujeres en unión libre y solteras tuvieron su parto en domicilio y la mayoría de mujeres casadas atendieron su parto en área hospitalaria.

Tabla 11: Relación entre estado civil y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

ESTADO CIVIL	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
Casada	12	6	11	29
Soltera	0	5	3	8
Unión Libre	3	17	0	20
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 23.452, Grados de libertad 4, P-valor $0.000 < 0.05$ a favor de H_1 .

5.2.4 Relación entre instrucción y lugar donde serán atendidos los partos

Como se observa en la tabla 12. Del grupo total de estudio, 21 pacientes que fueron atendidos sus partos en domicilio, tienen instrucción primaria, que es el grupo mayoritario de pacientes, mientras que 10 pacientes con instrucción superior acudieron a una clínica particular y 14 pacientes con instrucción secundaria acudieron a Hospital.

Tabla 12: Relación entre instrucción y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

INSTRUCCIÓN	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
Primaria	0	21	0	21
Secundaria	5	7	14	26
Superior	10	0	0	10
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 61.93, Grados de libertad 4, P-valor $0.000 < 0.05$ a favor de H_1 .

5.2.5 Relación entre la importancia de la realización de rituales en el parto y lugar donde serán atendidos los partos.

Como se observa en tabla 13. Del grupo total de estudio, 24 pacientes que tuvieron su parto en el domicilio, piensan que es muy importante los rituales involucrados en el mismo, mientras que 4 pacientes opinan que no es esencial. 13 pacientes, que su parto fue atendido en centros médicos, piensan que no es importante los rituales involucrados. Lo cual nos indica que la mayoría de mujeres que eligen tener su parto en domicilio piensan que son importantes los rituales involucrados en el parto.

Tabla 13: Relación entre la importancia de la realización de rituales en el parto y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

SON IMPORTANTES PARA USTED LOS RITUALES RELACIONADOS CON EL PARTO	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
MUCHO	0	24	0	24
NADA	9	0	4	13
POCO	6	4	10	20
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 49.37, Grados de libertad 4, P-valor $0.000 < 0.05$ a favor de H_1 .

5.2.6 Relación entre la ocupación y lugar donde serán atendidos los partos.

Como se observa en la tabla 14. Del grupo total de estudio 24 pacientes que son amas de casa tuvieron su parto en domicilio, siendo el grupo mayoritario de los partos en domicilio, mientras que 10 pacientes que son agricultoras tuvieron su parto en Hospital y 8 pacientes que son comerciantes tuvieron su parto en Clínicas particulares. Indicando que las mujeres que se dedican a los quehaceres domésticos eligen el parto domiciliario.

Tabla 14: Relación entre la ocupación y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

OCUPACIÓN	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
Agricultoras	1	4	10	15
Amas de casa	1	24	3	28
Comerciante	8	0	0	8
Curtidoras	5	0	1	6
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 62.80, Grados de libertad 6, P-valor $0.000 < 0.05$ a favor de H_1 .

5.2.7 Relación entre la edad y lugar donde serán atendidos los partos.

Como se observa en la tabla 15. Del grupo total de estudio, 15 pacientes que tuvieron su parto en domicilio tiene entre 15 y 19 años, indicando que es alto la incidencia de madres adolescentes y su preferencia por el parto domiciliario. 9 pacientes, de edades entre los 20 y 24 años también prefieren el parto domiciliario indicando que las mujeres más jóvenes del

estudio prefieren el parto en casa. Las mujeres entre 25 y 44 años prefieren que su parto sea atendido en una casa de salud.

Tabla 15: Relación entre la edad y lugar donde fueron atendidos los partos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

EDAD	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
15- 19	0	15	0	15
20-24	1	9	5	15
25- 29	0	4	8	12
30-34	8	0	1	9
35- 39	5	0	0	5
40-44	1	0	0	1
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 62.80, Grados de libertad 10, P-valor $0,001 < 0.05$ a favor de H_1 .

5.2.8 Relación entre lugar donde serán atendidos los partos y si hubo control del embarazo

Como se observa en la tabla 16. Del grupo total de estudio 3 pacientes que no controlan su embarazo prefieren el parto domiciliario, mientras que 25 pacientes que controlan su embarazo prefieren el parto domiciliario, siendo el grupo mayoritario, e indicando que el control del embarazo no orilla a las pacientes a la elección del parto intrahospitalario. Mientras que 15 pacientes que controlan su embarazo prefieren el parto en clínica particular, y 14 pacientes prefieren el parto Hospitalario.

Tabla 16: Relación entre lugar donde fueron atendidos los partos y si hubo control del embarazo Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

CONTROLA EL EMBARAZO	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
NO	0	3	0	3
SI	15	25	14	54
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 3.28, Grados de libertad 2, P-valor $0.2 > 0.05$ a favor de H_0 .

5.2.9 Relación entre lugar donde serán atendidos los partos y quien controló el embarazo

Como se observa en la tabla 17. Del grupo total de estudio 14 pacientes que atenderán su parto en clínica particular controlan su parto con un médico u Obstetra, mientras que 11 pacientes que controlan su parto con comadrona tendrán su parto en domicilio. 8 pacientes controlan su embarazo con enfermeras y 6 pacientes con un médico u obstetra.

Tabla 17: Relación entre lugar donde fueron atendidos los partos y quien controla el embarazo. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

QUIEN CONTROLA EL EMBARAZO	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
Enfermera	1	8	5	14
Médico u Obstetra	14	6	9	29
Nadie	0	3	0	3
Sr/Sra. Comadrona	0	11	0	11
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 27.93, Grados de libertad 6, P-valor $0.001 < 0.05$ a favor de H_1 .

5.2.10 Relación entre lugar donde serán atendidos los partos y grado de influencia de la familia

Como se observa en la tabla 18. Del grupo total de estudio, 19 pacientes que atendieron su parto en domicilio, indican que influye mucho la familia en la elección del lugar del parto. Siendo el grupo mayoritario de las mujeres que eligen el parto domiciliario. 14 mujeres que atendieron su parto en clínica particular piensan que la familia no influye en la elección del lugar del parto. 13 pacientes que eligieron el parto Hospitalario piensan que influye poco la familia en la elección del lugar del parto.

Tabla 18: Relación entre lugar donde fueron atendidos los partos y grado de influencia de la familia. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

SU FAMILIA LE HA INSINUADO O INFLUIDO PARA QUE SE ATIENDAN LOS PARTOS	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
MUCHO	0	19	0	19
NADA	14	0	1	15
POCO	1	9	13	23
TOTAL	15	28	14	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 68.85, Grados de libertad 4, P-valor 0.000<0.05 a favor de H₁.

5.2.11 Relación entre lugar donde serán atendidos los partos y grado de influencia de la familia

Como se observa en la tabla 19, en relación a la decisión de lugar del parto con los ingresos familiares, nos indica que tiene una gran influencia la parte económica con la elección de lugar, ya que las pacientes refieren que si existiera mejores ingresos acudirían a otro tipo de atención de salud.

Tabla 19: Relación entre la decisión del lugar del parto y los ingresos. Servicio GO. Subcentro de salud de Quisapincha. 2014

Decisión del parto y relación con los ingresos	Clínica Particular	Domicilio	Hospital	TOTAL
200	0	8	0	8
300	0	8	6	14
350	1	4	2	7
400	2	2	5	9
500	1	1	3	5
600	2	3	3	8
800	3	0	3	6
TOTAL	9	26	22	57

Fuente: Base de datos

Elaboración: María Gabriela López

Chi- Cuadrada 23,908, Grados de libertad 12, P-valor 0,020935<0.05 a favor de H_1 .

5.3 DECISIÓN FINAL:

Como se puede apreciar en los análisis estadísticos realizados para todos los casos se obtiene que el valor de chi-cuadrado tabular es menor que los del chi-cuadrado calculado por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que dice: “Los factores culturales, socio-económicos y la accesibilidad a los servicios de salud influyen en la elección del lugar del parto, en las mujeres embarazadas”. **DECISIÓN:** Como se puede apreciar en cada uno de los análisis estadísticos aplicados a una pregunta referida a FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DEL PARTO TRADICIONALMENTE HUMANIZADO EN MADRES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA QUISAPINCHA, los valores de X^2 Calculado, son significativamente superiores a los valores de X^2 Tabular para cada caso, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna de que:

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Entre los factores asociados a la elección del parto tradicionalmente humanizado se encuentran los factores culturales, ya que para muchas pacientes tiene gran importancia los rituales que se practican durante el parto. Al igual que el acompañamiento de la pareja y de la familia, por lo que la participación de todos es esencial para la madre. Otro factor que influye es el factor socioeconómico siendo importante recalcar que varias pacientes no acude a los servicios de salud por falta de recursos económicos mientras que un porcentaje un poco mayor prefiere acudir a los servicios públicos por la misma razón y argumentando que la atención y procedimientos son gratuitos.
- En la presente investigación la mayor proporción de madres embarazadas de la parroquia Quisapincha controlan su embarazo, teniendo en cuenta que del grupo de estudio solamente 3 mujeres no lo hacen, por ende concluimos que el control del embarazo es muy importante y también influye en la decisión del lugar del parto y de la persona que quiere que se lo atienda, por eso es muy importante el brindar confianza, calidez y una buena atención a nuestras pacientes, para que tomen la mejor decisión, por su salud y por la del recién nacido.
- Las madres embarazadas refieren que es importante el apoyo en esta etapa, tanto del conyugue como del resto de la familia por lo que un 1/3 de pacientes consideran que ellos influyen de gran manera en la elección del lugar del parto, mientras 2/3 de las

pacientes consideran que la familia influye poco o nada por lo que se concluye que la influencia familiar no atribuye en muchas mujeres embarazadas, en la elección del lugar del parto.

- Entre las intervenciones que son favorables se encuentra la promoción de procesos interculturales de salud. Un ejemplo de esta iniciativa es la adaptación de los servicios obstétricos a las necesidades culturales de la población en zonas rurales, y la implementación de la normativa para la atención del parto culturalmente adecuado en el primer y segundo nivel de atención. Sin embargo, el papel de las parteras dentro del sistema nacional de salud (SNS) sigue siendo un tema que no se ha analizado, por lo que el trabajo debe ser en conjunto, incluyendo capacitaciones sobre el parto tradicionalmente humanizado. Los beneficios sobre las pacientes y sus familias. De este modo evitar posibles complicaciones.
- Bajo la percepción de las madres embarazadas encuestadas, el parto tradicional presenta las características del apego inmediato de la madre con el recién nacido, al igual que la cercanía con la vivienda o a su vez en su propia vivienda, también consideran el hecho de la protección y cercanía del conyugue y la familia, y el trato de la persona que atiende su parto. Mientras que las características que perciben del parto institucional son los cuidados higiénicos que involucran una correcta asepsia y antisepsia, además de una atención rápida en el caso de presentarse complicaciones, también involucra el trato de la persona que las atiende, por lo que se concluye que las madres embarazadas consideran varias diferencias en ambos partos.

6.2 Recomendaciones

- Impartir educación a las mujeres en edad reproductiva y las que se encuentran en gestación, con respecto a la importancia de los controles durante el embarazo como fin de prevenir y detectar enfermedades que se pueden presentar en la madre o en feto. De igual manera responder las dudas e inquietudes de la madre y de la pareja, asesoramiento nutricional y consejos sobre el embarazo para evitar posibles complicaciones.
- Compartir las dudas que tienen las mujeres embarazadas con el personal de salud del subcentro de salud, respecto a las tradiciones y rituales durante el embarazo, para formar una alianza de trabajo entre el personal de salud, parteras y madres embarazadas, con el fin de evitar complicaciones durante el embarazo.
- El parto tradicionalmente humanizado consiste en la humanización de la atención perinatal en la red hospitalaria pública, involucrando la parte tradicional y los rituales durante el parto, si así la madre lo desea. Para lo cual existen partero/as que se encuentran calificado/as y que entienden las costumbres de las madres embarazadas por lo cual se debe enfatizar en este tema para evitar posibles complicaciones durante el embarazo y el parto.
- El o la partero/a calificado/a puede prestar asistencia materna y neonatal de primer nivel en el domicilio del paciente o en un centro sanitario, siempre que no se produzcan complicaciones graves durante el embarazo, el parto o el puerperio. En caso de que surjan complicaciones que no pueda tratar, tiene la posibilidad de remitir al paciente a un hospital donde se le preste la asistencia necesaria, por lo cual también es indispensable mantener comunicación y capacitaciones con los parteros, ya que las madres embarazadas de las zonas media y alta de la parroquia tienen más confianza en ellos.

CAPÍTULO VII

LA PROPUESTA

7.1 Datos informativos

Guía educacional para madres embarazadas y personal de salud respecto al parto tradicionalmente humanizado y la importancia de informarlo en el control del embarazo.

7.1.1 Institución ejecutora:

Subcentro de Salud de la parroquia Quisapincha

7.1.2 Beneficiarios

Mujeres embarazadas de la Parroquia Quisapincha.

7.1.3 Ubicación

Provincia de Tungurahua, Parroquia Quisapincha

7.1.4 Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta

Inicio: Junio 2015

Finalización: Julio 2015

7.1.5 Equipo técnico responsable

Estará conformada por los Médicos del centro de Salud, Enfermeras y TAPS.

7.1.6 Costo

El presupuesto para la realización propuesta planteada es alrededor de 200,00 USD

7.2 Antecedentes de la propuesta

Según el estudio realizado el 49% de pacientes encuestadas refieren que la accesibilidad a los servicios de salud se dificulta por la lejanía de sus domicilios, por lo cual su preferencia por el parto domiciliario.

El 42% de pacientes tienen preferencia por el parto tradicionalmente humanizado, ya que es un evento natural, seguro, saludable y trascendente, que involucra rituales y costumbres de las zonas donde residen las madres embarazadas. Es importante considerar en este aspecto el hecho de la intimidad, calor y seguridad que te da tu propio hogar y el respeto absoluto a todo el proceso de parto y al nacimiento del bebé que involucran personas de confianza como la partera encargada del proceso, el esposo, la familia que cuentan con un rol importante.

La influencia familiar o del esposo es importante para varias mujeres encuestadas, en un 33.3% de pacientes sus familiares le orillan a la elección del lugar del parto.

La relación del lugar donde reside, con la elección del lugar del parto es importante ya que las madres que viven en la zona media y alta, tienen mayor frecuencia de parto domiciliario por un buen nivel de confianza en las parteras del lugar, por dificultad a la accesibilidad de los servicios de salud, por la distancia de sus domicilios y falta de transporte.

El 24% de madres embarazadas piensan que es importante la confianza que se crea durante el control del embarazo y 11 pacientes de 57 controlan su embarazo con parteras calificadas, sobre todo pacientes que residen en zonas alejadas del centro de salud.

7.3 Justificación

La propuesta tiene gran importancia social ya que intentamos disminuir la morbi mortalidad materna, partiendo de las creencias y rituales de las pacientes.

Es importante que el personal de salud comprenda y participe de este proceso que va encaminado para beneficio de las madres embarazadas, teniendo en cuenta la comodidad y tranquilidad de la paciente.

El parto tradicionalmente humanizado tiene como objetivo crear un lazo basado en el respeto mutuo y la confianza; la elección informada de las mujeres y de las familias suponen conocimientos sobre la atención prodigada; las mujeres deben tomar decisiones autónomas; la atención puede darse por actores de diferentes disciplinas como por ejemplo las parteras calificadas.

Esta propuesta tiene el interés de dar a conocer a los miembros del equipo de salud y mujeres la importancia de culturizar el parto y entender la parte tradicional de este proceso, al igual que el control del embarazo, dado a las pacientes que acuden al centro de salud Quisapincha, este es el enfoque social de la investigación.

El planteamiento de la propuesta es factible por cuanto se cuenta con conocimientos teórico – práctico en el ámbito de la atención primaria, se dispone de bibliografía de diversos autores y recursos necesarios.

7.4 Objetivos

7.4.1 Objetivo general

- Proponer el parto tradicionalmente humanizado como opción acertada en madres embarazadas.

7.4.2 Objetivo Específico

- Incentivar a las pacientes para que se sometan a un parto tradicionalmente humanizado, explicándole los beneficios maternos y lo importante de los parteros calificados.
- Incentivar a las pacientes para que se sometan a controles del embarazo periódicos, con el fin de evitar complicaciones materno fetales
- Plantear al nuevo profesional la opción de asesoría a las madres embarazadas que acuden al centro de salud de Quisapincha sobre el parto tradicionalmente humanizado.

7.5 Análisis de factibilidad

La presente propuesta es factible de ejecutar ya que la ejecutora posee los recursos científicos, técnicos legales administrativos y económicos.

Se posee los recursos administrativos ya que se cuenta con el apoyo del personal del subcentro de salud de Quisapincha y la aprobación del director.

Los costos de la propuesta serán proporcionados por parte del investigador, se evaluará trimestralmente la propuesta para valorar su impacto y realizar actualizaciones o modificaciones.

7.6 Fundamentación teórica

El propio nacimiento es, en sí mismo, un hecho fundamental en la vida de las personas. No sólo por lo que representa en cuanto surgimiento a la vida extrauterina, sino también por su influencia en nuestra forma de ser más profunda, que nos acompañará el resto de nuestra vida. Hoy en día

hay más que suficientes evidencias que demuestran la importancia de la gestación, del nacimiento, de los primeros años de vida, en el futuro de las personas. Hablar del futuro de las personas es hablar del futuro de las sociedades, de las civilizaciones, de la Humanidad. Al fin y al cabo los bebés, los niños de hoy, son los adultos del futuro. Debemos preguntarnos entonces, ¿Qué es un buen nacimiento? ¿Qué aspectos debemos cuidar para que sea la mejor de las experiencias para la madre y para el bebé? Hay, evidentemente, dos grandes protagonistas en todo nacimiento: la madre y su hijo. La madre ya ha pasado anteriormente (aunque sea su primer hijo) por la experiencia del nacimiento: el suyo propio, en el papel de hija. En el momento del nacimiento la madre es a la vez ella misma naciendo y de hecho, su hijo, ha formado parte de su cuerpo en una simbiosis total. Hablar de simbiosis entre madre e hijo es hablar de pensamientos, sentimientos y emociones compartidos. Lo que siente la madre, lo siente el bebé. Esta simbiosis no acaba con el acto del nacimiento, en que físicamente se separan a través del corte del cordón umbilical, sino que continúa en el tiempo, en los días, meses y años posteriores. Pero esta simbiosis entre madre e hijo no significa que el cerebro, la mente de la madre, sea el mismo que el del bebé, sino la existencia de dos cerebros diferenciados, cada uno con su particular forma de recibir y almacenar información. El cerebro del bebé es básicamente receptivo, con una percepción subjetiva, interiorizada y puramente emocional. El bebé globaliza todo impacto emocional haciéndolo suyo y de esta forma inscribe en sus células, en su sistema nervioso, en su cuerpo todo, cuanto la madre siente, sean emociones gratificantes o traumáticas. En el nacimiento debemos pues considerar, tanto las necesidades emocionales de la madre como las del bebé. Si la madre tiene una vivenciación gratificante de su parto, así lo sentirá también su bebé. (Matamala, 2002)

Necesidades emocionales de la madre

No cabe duda de que el primer deseo de toda madre, ante el acto de Dar a Luz, es que ella y su bebé no tengan ningún problema de salud, en cuanto a su cuerpo físico se refiere. A partir de aquí, cada madre tendrá sus propias expectativas sobre el desarrollo del parto. El problema es que esas expectativas se basan, generalmente, en una mala información (incluso en una des-información). También, cada mujer, según su entorno familiar, social y cultural, se ha creado una visión particular sobre el nacimiento. Uno de los sentimientos más repetidos es el miedo. El miedo al dolor, el miedo a que algo salga mal, el miedo a no ser "capaz". De este miedo se sirven algunos estamentos médicos para manipular y someter a la mujer a sus prácticas clínicas, que no tienen en cuenta las necesidades emocionales de las madres y menos aún de los bebés. No cabe duda de que, gracias a los adelantos médicos, se salvan vidas de madres y bebés durante el parto. Pero ya nadie puede negar tampoco, que nos hemos pasado de "frenada". Lo que debería ser de aplicación puntual y efectiva se ha convertido en habitual y dañino. Tal como pregona el Dr. Michel Odent (experto obstetra), las excesivas intervenciones médicas en el parto interrumpen su proceso natural y tienen como consecuencia un exceso de utilización de fórceps, de cesárea innecesarias, de episiotomías y de complicaciones post-parto (dicho de otra manera, sufrimiento innecesario para madre y bebé). El Dr. Michel Odent demuestra, desde la fisiología, que el cuerpo de la mujer (y del bebé) está más que suficientemente preparado para Dar a Luz sin problema. Sólo hay que dejarlo que actúe. En las excepciones en que surja una complicación, ahí debe estar la medicina para solventarla. La Naturaleza dota a la madre y bebé, para afrontar las exigencias del nacimiento, de lo que él denomina "Cóctel de Hormonas". En este cóctel destacan las endorfinas -morfina endógena, que producen madre y bebé- y la oxitocina -genera contracciones del útero, induce al amor, al goce y al placer-, que sólo podrá segregarse si no se produce adrenalina, al ser antagonistas. La adrenalina se produce ante una situación de peligro, de miedo, de inseguridad y ello nos da pistas para pensar qué aspectos debemos

cuidar en el entorno del nacimiento. El Dr. Michel Odent aboga por un parto que hay que "mamíferar" en el sentido de respetar el proceso instintivo, natural del nacimiento; a través de la intimidad, la seguridad, la temperatura adecuada, la libertad de movimiento, el lenguaje utilizado con precaución, la penumbra. Fijémonos que la vivenciación gozosa - emocionalmente sana- del parto, por parte de la madre, necesita de unos cuidados limitados y sin intervenir en el proceso fisiológico del mismo. Necesita de un entorno íntimo, tranquilo y respetuoso con los deseos de la madre. Lo emocional y lo fisiológico interactúan, se influyen mutuamente para obtener un nacimiento sano y feliz; para que la madre viva, en toda su intensidad emocional, el milagro del nacimiento. (Bruce, 1990)

Necesidades emocionales del bebé

Desde la perspectiva del bebé, su nacimiento, es un hecho de alta carga emocional. Abandona el cálido y protector útero para surgir a un mundo desconocido, a través de un camino largo y lleno de obstáculos. El bebé, a lo largo de la gestación y en el nacimiento, mantiene una simbiosis total con su madre. Esa simbiosis implica que lo que siente la madre, lo siente él. Por lo tanto, un primer aspecto a considerar, en las necesidades emocionales del bebé, es el estado emocional de su madre a lo largo del trabajo de parto. Ya hemos visto qué aspectos contribuyen a que el estado emocional de la madre sea el mejor posible. Además de los sentimientos que le transmite su madre, el bebé experimenta por sí mismo las diferentes etapas que se suceden a lo largo del parto. En su corto pero intenso camino hacia el exterior, sentirá en su cuerpo las exigencias del proceso y también se inundará de intensos sentimientos y emociones, propios y provenientes de su madre. Justo en el momento de nacer tenemos el momento más crítico del proceso a nivel emocional. De repente está en un mundo desconocido, en un espacio amplio que contrasta con la estrechez en la que hasta ahora había experimentado. Luces extrañas y sonidos desconocidos. Pulmones que luchan por

respirar. De cómo perciba el bebé este nuevo mundo, dependerá su particular forma de percibirlo el resto de su vida. ¿Cuáles son sus necesidades emocionales en este momento? La primera necesidad es la de sentirse "seguro" (lo contrario es miedo, pánico, terror). Sentirse seguro significa sentirse protegido. Sentirse cerca de donde se ha sentido seguro toda su vida: junto a su madre. Tocando su cuerpo, oliendo su piel, escuchando el latido de su corazón, recibiendo su calor, percibiendo su mirada. En segundo lugar, necesita sentir la alegría, la felicidad, el amor de su madre. Esto sólo es posible situando el bebé, nada más nacer, en el pecho de su madre. No cortar el cordón umbilical hasta que deje de latir (otro sufrimiento que debe evitarse, puesto que si el cordón umbilical se corta antes, el bebé, literalmente, se asfixia; sus pulmones aún no se han vaciado de líquido amniótico y no pueden aportar el oxígeno necesario), no practicar pruebas médicas, ni curas que puedan posponerse para más tarde, no separar bajo ningún concepto a madre y bebé. De nuevo la fisiología apoya lo emocional. Continuando con el "Cóctel de Hormonas", si se permite el contacto inmediato entre madre y bebé, se va a producir la mayor descarga de oxitocina que experimenta un ser humano en toda su vida. Ello induce al amor maternal, al apego madre-bebé a sensaciones placenteras y de felicidad. Al mismo tiempo se segrega Prolactina. Se facilita el inicio de la lactancia, el desprendimiento de la placenta y se previenen hemorragias. ¡Casi nada, si dejamos a la Naturaleza actuar! (Harrison, Ethics and informed consent in labour, 1997).

Qué interesante es que a pesar de que la prensa gráfica ha existido por casi seiscientos años, se haya publicado tan poco sobre sexualidad y nacimiento. Tengamos en cuenta, en la actualidad, la gran cantidad de personas inteligentes que se consideran a sí mismas bien informadas y que quedan boquiabiertas cuando oyen mencionar estas dos palabras juntas en una misma frase, aún sabiendo que la mayoría de las mujeres se embarazan por medio de un acto sexual y paren a través de sus órganos sexuales. Explicar por qué algo tan evidente ha sido

satisfactoriamente ignorado por tanto tiempo es todo un tema en sí mismo y demasiado ambicioso para el objetivo de este trabajo. En lo que sí querría focalizar es en el reciente despertar del interés en la esencial naturaleza sexual del nacimiento, de dónde proviene este interés y qué métodos, técnicas, o nuevas comprensiones del nacimiento han sido reveladas. Lo primero que entendí cuando leí el clásico *Nacimiento sin miedo*, del Dr. Grantly Dick-Read, es que para algunas mujeres el parto puede ser indoloro y que existe una conexión entre la falta de dolor en el parto y la sexualidad. En su libro, describe dos nacimientos que presencié durante los años de lucha en la Primera Guerra Mundial. Una joven mujer ingresó con trabajo de parto en el hospital de campaña donde él se desempeñaba como médico cerca del campo de batalla. El Dr. Dick-Read escribió: "Se ubicó a la mujer en un pasillo donde se vendaban a los pacientes heridos, la examiné y noté que el trabajo de parto estaba muy avanzado, sin embargo no manifestaba ningún tipo de incomodidad. El bebé nació pronto, y todo estuvo bien. La mujer parecía haberse olvidado del ruido de la guerra. Se sentó en la camilla, sonrió y tomó al bebé inmediatamente en sus manos. No pude olvidar la expresión de alegría en su cara mientras la llevaban con su nuevo bebé". (La mayoría de los nacimientos que el Dr. Dick Read había presenciado previamente en los hospitales habían sido extremadamente dolorosos). El segundo nacimiento fue similar. (Madi, 2003)

7.7 Metodología

A través de charlas a las madres embarazadas y al personal médico para orientar y conocer acerca del parto tradicionalmente humanizado y el beneficio que presenta para las pacientes.

7.8 Modelo operativo

Tabla 20: Modelo Operativo

Fases	Etapas	Metas	Actividades	Recursos	Presupuesto	Responsabilidad	Tiempo
Planificación	<p>Información /socialización de resultados investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoridades locales y de Salud • Pacientes/ • Comunidad <p>Autorización para probar la propuesta</p>	Cumplimiento del 100 % en mayo	<p>Presentación de resultados</p> <p>Presentación de estrategias de parto tradicionalmente humanizado</p> <p>Solicitud de aprobación de la propuesta</p>	<p>Informe de resultados de la investigación</p> <p>Diseño de estrategia para el parto tradicionalmente humanizado</p> <p>Aprobación de la solicitud de aprobación de la propuesta</p>	100 dólares	Investigadora	3 meses
Ejecución	<p>Capacitar Personal de Salud en la estrategia propuesta.</p> <p>Capacitar/ informar a madres gestantes y lactantes y que se encuentran en edad reproductiva de la existencia de charlas y capacitación.</p>	Cumplimiento del 100 % en septiembre	<p>Convocatoria a Médicos especializados en parto tradicionalmente adecuado.</p> <p>Informar a todas las mujeres.</p>	<p>Concientización al personal médico sobre la importancia del parto tradicionalmente humanizado.</p> <p>Control del embarazo</p>	300 dólares	Subcentro de salud de Quisapincha	3 meses
Evaluación	Mujeres Gestantes	Cumplimiento del 100 % en Febrero del 2016	Información recolectada de las madres	Informe de resultados de propuesta	200 dólares	Subcentro de salud de Quisapincha	2

Elaboración: María Gabriela López

7.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta

El seguimiento y la valoración de las pacientes es muy importante ya que es una preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que, además, existe una mayor receptividad materna para las actividades de educación para la salud. Con controles próximos evaluaremos si la elección del lugar del parto es en su mayoría domiciliaria.

7.10 Evaluación

La evaluación de la propuesta se realizará a mediano y largo plazo ya que es importante el cambio tanto en las madres que acuden al subcentro de salud de Quisapincha y en el personal de salud para que se conozca sobre el parto tradicionalmente humanizado. En los controles del embarazo se podrá definir esto, al igual que en las visitas domiciliarias que hagan los equipos del subcentro de salud y el trabajo de los TAPS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.11 BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón, A.M., A.Vidal y J. Neira, (2004). Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuche y equipos de salud de la IX Región. *Revista Médica de Chile* 132:1109-1114. Andrade, R.
2. Arias, E (2006). Guía para la elaboración de proyectos de investigación. Caracas.
3. Arribas Mir I, Bailon Muñoz E, De la Iglesia López B, (2002). El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Atención Primaria*, pgs, 29: 233-236.
4. Bonotti A., (2011). Los partos domiciliarios planificados se asocian a una mayor tasa de mortalidad neonatal. *Evid Act Práct Ambul. Canadá*. Jul-Set, pgs14, 97.
5. Borda C., (2001). Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. *Rev Salud Publica (Bogotá)*; 3(2): 154-70.
6. Bruce, Judith, (1990). Elementos fundamentales de la calidad de atención, un marco conceptual simple. The Population Council, USA Traduc. Lima, Perú.
7. Castro, R. (2001). "Humanización y Tecnología en la Asistencia Obstétrica ", Muñoz, H. et al. (Eds.) *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo humano*, Santiago de Chile: Ministerio de Salud – Universidad de Chile pgs, 123-124.
8. Donato H, Ferro H. (2006). Natural childbirth and production of erythropoietin. *Medicina (B Aires)*.; pgs. 66(1): 51-69
9. Dominguez Pepi, (2010). Guía de asistencia de parto en casa, Colegio de Enfermería de Barcelona, Barcelona pgs, 87-88.
- 10.Engelmann GJ. (1882). *Labor among primitive peoples*. St Louis: JH Chambers,pg 178.
- 11.Fernández del Castillo, Isabel (2006). La revolución del nacimiento, en busca de un parto más humanizado. Editorial Granica, pgs, 213-214.

12. MSP, Hacia la construcción de un modelo de Salud reproductiva con enfoque intercultural, en el Hospital San Luis de Otavalo. Pag. 80.
13. Harrison, E. (1997) "Ethics and informed consent in labour". British journal of midwifery, 5 (12): 738-741
14. Gaskin, Ina May (2002). Partería Espiritual: La naturaleza del nacimiento entre el amor y la ciencia. Editorial CREAVIDA, Argentina, pg, 167.
15. Gavilán V.; Viguera P.; Cabezas R.; Madariaga V. (2006). Identificación, diseño y validación de indicadores de Salud Sexual y reproductiva en el marco de la Red de Parto Aymara, (Documento no publicad, .Escuela Enfermería Universidad Arturo Prat), Iquique. Pg, 214.
16. Gómez Bautista, R., Díaz Sáez, J., Sánchez García, R., Jiménez Parra, T., Martínez Clemente, M.J., Ávila Molina, S., Navarro Romera, T. (2006) Promoción e incidencia de la lactancia materna en el servicio de Tología del Hospital "La inmaculada" de Huércal-Overa (Almería): 618-619.
17. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, MSP.2013, pgs 67-86.
18. Guillon D. Guía de asistencia de parto en casa. Quito, Ecuador, pgs 34-36.
19. INEC. Indicadores Sociales. ECV. Ecuador, 2006 -2007.
20. JOHNSON H, PRING D. (2000). Car seatbelts in pregnancy: the practice and knowledge of pregnant women remain causes for concern. BJOG; pgs, 107:644-7.
21. Kitzinger, Sheila (2002). Nacer en casa. Editorial Integral, Barcelona. Pgs 13-14.
22. Larrea C, Montenegro F. (2007). Pueblos Indígenas, Desarrollo Humano y Discriminación en Ecuador. Ed. Abya Yala. UASB, Ecuador. Pgs 45.

23. Madi, B. C. y Crow R. (2003) "A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery". *Midwifery*, 19: 328-336.
24. Matamala, María Isabel (2002). Calidad de atención y género. Colectivo Maynou Osorio, Pilar Mujer, Salud y Medicina Social (COMUSAMS) Santiago – Chile, pgs 165-166.
25. Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Publica Mex*; pgs 44:129-136
26. Ministério da Saúde. (2001). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. Brasília: Ministério da Saúde;
27. Modena, M.E. (2002) Combinar recursos curativos: un pueblo mexicano en las últimas décadas del siglo XX. En *Entre Médicos y Curanderos*, editado por D. Armus, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires. pg. 333-371.
28. Muñoz H, Kaempffer AM., Castro R, Valenzuela S. (2001). Nacer en el siglo xxi: De vuelta a lo humano. (eds) U. de Chile, Minsal. Santiago, Chile, pg 78.
29. Mideros, Raúl. (2008). Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Pag. 16.
30. OMS, (2014) Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, Objetivos del milenio, Salud Materna, cap, 14.
31. Perez M.; Dides C. (2005). Sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile 1990-2004. CORSAPS. Pg, 89.
32. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, MSP, 2002. Pg 95.
33. Santos ML. (2002). Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; pg 45.

34. Tarqui Carolina M1, Alejandro Barreda G1, (2005). Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica 22(2).

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

1. INFORMAWORD. Sibylle Emilie Vogt y Cols. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasi, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(9):1789-1800, set, 2011. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf=S0102-311X2011000900012>.
2. INFORMAWORD, Andreucci, Carla Betina, de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(6):1053-1064, jun, 2011 <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/csp/v27 n6/03.pdf= 4550034506>.
3. INFORMAWORD, Bastos, Marcos Augusto, Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência, Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2647-2655, dez, 2006. <http://www.tandfonline.com/doi/php/=S0102-311X2006001200014&lng=pt&nrm=iso&tl>.
4. SPRINGER, Tarqui, Carolina, BARREDA, Alejandro, Factores Asociados Con La Elección Del Parto Domiciliario En Una Zona De Atención Primaria. Callao, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica 22(2), 2005. <http://link.springer.com/doc.view//1317193337/98S1726-46342005000200005>.

5. PROQUEST, Kelsey E. Otis and John A. Brett, Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home?, Panam Salud Publica. 2008;24(1):46–53, <http://link.proquest.com/docview/uploads/1218139293.pdf>.

LINKOGRAFÍA

1. MSP, UNICEF, Plan Binacional capítulo Ecuador, Parto Vertical Tradicionalmente Humanizado, Morona Santiago, pg. 2-4, http://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition_16853.htm
2. Furszyfer, Glenda, Consejos para tener un parto tradicionalmente humanizado, Educación Perinatal México, 2007, <http://www.partohumanizado.org/>
3. Cañar, Susana, Normativa Técnica Nacional De Atención De Parto Vertical, Quito- Ecuador, 2006, pg. 227 <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/Normativa%20parto%20V8.pdf>
4. CARE Internacional, MSP, Dirección Provincial de Salud de Pichincha, Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos, Agosto 2010, [http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion - Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf](http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf)
5. Anderson, D. A. Protocolo de actuación en el parto en casa, Barcelona 2010, Copyright: University of York, pg. 145-146, <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAST.PDF>
6. Sánchez, Jessica ¿Por qué parto en casa? Ventajas y desventajas, Parto en Casa, Río Negro, Argentina, 2008 <http://partoencasa.blogspot.com/>
7. Lutz, Elvira, Parto Humanizado, Material de apoyo para los talleres de capacitación, Relacahupan-Uruguay, 2007, pgs 9-10. www.plancaif.org.uy/wpcontent/.../1267200481PartoHumanizado.pdf

8. Alcívar, Catalina, Plan de Parto, Parto Vaginal, March of Dimes Foundation Estados Unidos, California <http://nacersano.marchofdimes.org/parto-y-nacimiento/parto-en-casa.aspx>
9. Lovell, Caroline, ayuda de matronas adecuadas por parte del Estado, Madrid 2012, <http://www.evidenciasenpediatria.es/files/41-10922-RUTA/59AVC.pdf>
10. Garrido, María, Badajoz, Etnopediatría en contextos virtuales Cáceres, 2012, Universidad De Extremadura, pgs, 151-152, <https://www.crianzanatural.com/art/art126.htm>.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario Estructurado para mujeres embarazadas del Subcentro de salud Quisapincha de la ciudad de Ambato Provincia Tungurahua.

EDAD:

OCUPACIÓN:

INSTRUCCIÓN:

ESTADO CIVIL:

PROCEDENCIA:

AUTOIDENTIFICACIÓN:

1. ¿Qué significa para usted el parto tradicionalmente humanizado?

2. ¿Cómo influye el Control Prenatal en la decisión del lugar del parto?

3. ¿Se controla el embarazo?

SÍ

NO

4. ¿Quién controla su embarazo y cuantos controles se ha realizado?

- | | |
|---------------------------|--------------|
| a) Sr/Sra. Comadrona | 5 o más de 5 |
| b) Vecina con experiencia | 4 |
| c) Médico u Obstetra | 3 |
| d) Enfermera | 2 |
| e) Nadie | 1 |

5. La forma como le atendió la persona que controla su embarazo le han permitido decidir si:

- a) Dará a luz en su casa atendida por una comadrona o por familiar
- b) Dará a luz en hospital atendida por Médico, Obstetra, Enfermera
- c) No se aún
- d) Fueron otras cosas

6. ¿Su familia le ha insinuado o ha influido para que se atienda sus partos en el domicilio?

MUCHO _____ POCO _____ NADA _____

7. ¿Qué características presenta el parto tradicionalmente humanizado?

- a) Trato de la persona que atiende
- b) Cuidados higiénicos
- c) Protección y cercanía del esposo y familia
- d) Atención rápida si hay complicaciones
- e) Posición de atención del parto
- f) Apego inmediato de la madre con el recién nacido
- g) Cercanía con la vivienda
- h) Conocimiento de los procedimientos que se están realizando
- i) Respeto la intimidad de la madre

8. ¿Qué características presenta el parto intrahospitalario o en un servicio de salud?

- a) Trato de la persona que atiende
- b) Cuidados higiénicos
- c) Protección y cercanía del esposo y familia
- d) Atención rápida si hay complicaciones
- e) Posición de atención del parto
- f) Apego inmediato de la madre con el recién nacido
- g) Cercanía con la vivienda
- h) Conocimiento de los procedimientos que se están realizando
- i) Respeto la intimidad de la madre

9. ¿Son importantes para usted los rituales relacionados con el parto?

MUCHO..... POCO..... NADA.....

10. ¿Dónde le han permitido cumplir los rituales?

- a) En la atención humanizada (domicilio)
- b) En la atención en hospital , SCS o clínica
- c) Ninguno

11. ¿Dónde fueron atendidos sus partos?

.....
.....
.....
.....

¿Por qué?

.....
.....
.....
.....

¿Los ingresos familiares, al mes son de?

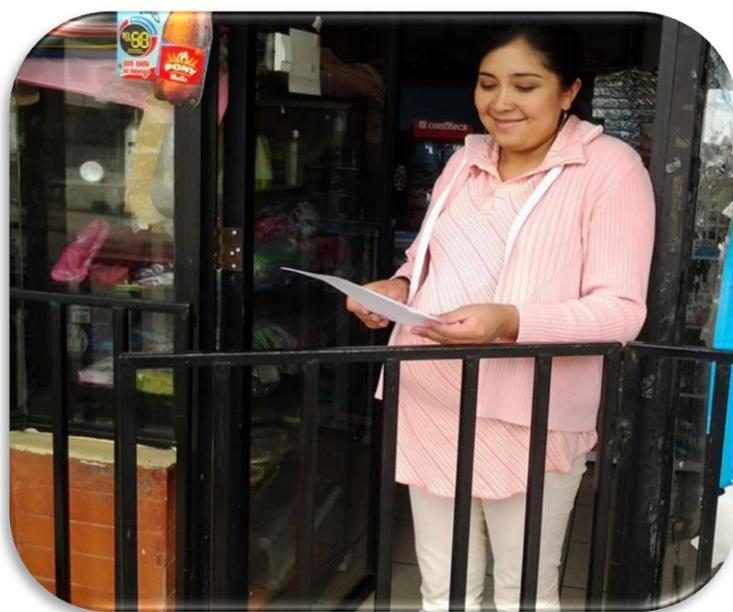
.....

¿Según sus ingresos, usted ha decidido atender su parto en?

Domicilio..... Hospital..... Clínica.....

ANEXO 2

GALERÍA FOTOGRÁFICA







TARJETERO RED CONE

Ministerio de Salud Pública
DIRECCIÓN DE SALUD DE TUNGURAHUA
ESTRATEGIA CONE (CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESCENCIALES)

TARJETERO ESTRATEGIA CONE
CONE COMUNITARIO

Nombre del paciente: Olivia Topolina Piedad Hagoche A: AMBATO P: QUISAPINCHA C: El Muroclor
Cantón Parroquia Comunidad

U: QUISAPINCHA T: TUNGURAHUA D: 18001 E: 28 años C: Cebachero
CONE comunitaria (centro de salud) Provincia: Distrito: Edad: Estado Civil:

C: 0985144934 T: D: El Muroclor O: O: O:
Teléfono celular Teléfono convencional Dirección de domicilio Dirección ocasional

G: 0 P: 0 A: 0 C: 0 F: 28-03-2014 F: 04-08-2014
Antecedentes Gineobstétricos Fecha de última menstruación Fecha probable de parto

Personal responsable (médico, obstetrista, TAP, otro): Obst. M. J. J. Portera

CONTROLES PRENATALES

Fecha	Próxima fecha	Lugar de control	Edad gestacional	Observaciones
<u>2014-05-27</u>	<u>2014-06-22</u>	<u>SCS QUISAPINCHA</u>	<u>8.3 sem.</u>	<u>-</u>
<u>2014-08-05</u>	<u>2014</u>	<u>SCS QUISAPINCHA</u>		<u>-</u>
		<u>SCS QUISAPINCHA</u>		

PLAN DE ACCIÓN DEL PARTO		PLAN DE TRANSPORTE	
Domicilio:	Institucional:	Comunitario	ECU 911
Medicó:	Persona que atiende el parto	Lugar de referencia	Acompañante
Nombre	Partera:	Persona encargada	
Firma y sello del médico CONE comunitario		Jefe de familia	<u>Oscar Gordon</u>