

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



## FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

### ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

---

Tema: "ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN AL SISTEMA DE SALUD  
PÚBLICA ECUATORIANO DE PARTERAS/OS, PARROQUIA  
QUISAPINCHA, AMBATO, 2016"

---

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**Autora:** Md. Lorena Jazmín Santana Mera

**Director:** Dr. Alejandro Jesús Velasco Boza, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor Jorge Morales, Magíster, e integrado por los señores Doctor Patricio Aníbal Bedoya Vaca, Especialista, Doctora Rasxy Soler Santana, Especialista, Doctora Martha María Scull Molina, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA ECUATORIANO DE PARTERAS/OS, PARROQUIA QUISAPINCHA, AMBATO, 2016”, elaborado y presentado por la señora Lorena Jazmín Santana Mera, para optar por el Grado Académico de Especialista en medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

-----  
*Dr. Jorge Marcelo Morales Solís, Esp.*

**Presidente del Tribunal**

-----  
*Dr. Patricio Aníbal Bedoya Vaca, Esp.*

**Miembro del Tribunal**

-----  
*Dra. Rasxy Soler Santana, Esp.*

**Miembro del Tribunal**

-----  
*Dra. Martha María Scull Molina, Esp.*

**Miembro del Tribunal**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA ECUATORIANO DE PARTERAS/OS, PARROQUIA QUISAPINCHA, AMBATO, 2016”, le corresponde exclusivamente a: Médica Lorena Jazmín Santana Mera, Autora bajo la Dirección del Doctor. Alejandro Jesús Velasco Boza Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

-----  
Md. Lorena Jazmín Santana Mera

c.c.1803735776

**AUTORA**

-----  
Dr. Alejandro Jesús Velasco Boza, Esp.

c.c.E113540

**DIRECTOR**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

-----  
Md. Lorena Jazmín Santana Mera

*c.c.1803735776*

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

### Páginas Preliminares

Portada .....	i
Aprobacion del tribunal de grado .....	ii
Autoría del trabajo de investigación .....	iii
Derechos de autor .....	iv
Indice general de contenidos .....	v
Indice de tablas .....	viii
Indice de graficos .....	x
Agradecimiento .....	xi
Dedicatoria .....	xii
Resumen .....	xiii
Summary .....	xv
Introducción .....	1

### CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Tema.....	4
1.2. Planteamiento del problema.....	4
1.2.1. Contextualización .....	4
1.2.2. Análisis crítico.....	7
1.2.3. Prognosis .....	8
1.2.4. Formulación del problema.....	8
1.2.5. Preguntas directrices.....	8
1.2.6. Delimitación del problema de investigación .....	9
1.3. Justificación.....	9
1.4. Objetivo de la investigación.....	10
1.4.1. Objetivo general .....	11
1.4.2. Objetivos específicos .....	11

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1.	Antecedentes Investigativos.....	12
2.2.	Fundamentación Filosófica .....	15
2.3.	Fundamentación Legal .....	15
2.4.	Categorías Fundamentales .....	19
2.5.	Conceptualización de Variables.....	20

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

3.1.	Enfoque de la Investigación.....	40
3.2.	Modalidad Básica de la Investigación.....	40
3.3.	Nivel de Investigación.....	41
3.4.	Universo y muestra .....	41
3.5.	Criterios de Inclusión y exclusión.....	41
3.6.	Criterios Éticos.....	42
3.7.	Operacionalización de variables .....	43
3.8.	Plan de recolección de la información .....	45
3.9.	Procesamiento de datos .....	46
3.10.	Presentación e interpretación de datos .....	46
3.11.	Recursos .....	46
3.12.	Cronograma.....	48

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1.	Análisis de los Resultados.....	49
4.2.	Análisis de encuesta diligenciada.....	49
4.2.1.	Características sociodemográficas.....	49
4.2.2.	Nivel de conocimiento de las parteras/os comunitarios sobre la atención materno infantil. ....	57
4.2.3.	Entrevista dirigida a parteras/os .....	62
4.2.4.	Encuesta Dirigida a Personal de Salud.....	65

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	Conclusiones .....	67
5.2.	Recomendaciones.....	67

## CAPÍTULO VI: LA PROPUESTA

6.1.	Datos Informativos.....	69
6.2.	Antecedentes de la Propuesta.....	69
6.3.	Justificación.....	70
6.4.	Objetivos .....	71
6.4.1.	Objetivo General.....	71
6.4.2.	Objetivos Específicos .....	71
6.5.	Análisis de Factibilidad.....	71
6.6.	Fundamentación Teórica.....	72
6.7.	Metodología .....	74
6.8.	Modelo Operativo .....	118
6.9.	Previsión de Evaluación.....	119

### Material de Referencia

Bibliografía .....	94
Anexos .....	100

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Operacionalización de variables .....	43
Tabla N° 2: Cronograma del proyecto de investigación. ....	48
Tabla N° 3: Parteras/os según género y edad, parroquia Quisapincha, Ambato,..	50
Tabla N° 4: Parteras/os según nivel de instrucción y género .....	51
Tabla N° 5: Parteras/os según Identificación Étnica y Género .....	52
Tabla N° 6: Parteras/os según Idioma .....	53
Tabla N° 7: Parteras/os según Ocupación y Género .....	54
Tabla N° 8: Parteras/os según Distancia .....	55
Tabla N° 9: Parteras/os según Medios de comunicación .....	56
Tabla N° 10: Parteras/os según Nivel de Conocimiento .....	57
Tabla N° 11: Parteras/os según conocimiento número de controles prenatales....	58
Tabla N° 12: Parteras/os según conocimiento de atención de parto normal posterior a cesárea .....	59
Tabla N° 13: Parteras/os según conocimiento señales de peligro en embarazo....	60
Tabla N° 14: Parteras/os según conocimiento de momento al cortar el cordón umbilical.....	61
Tabla N° 15: Integración de Parteras/os Según Causa. ....	62
Tabla N° 16: Integración de Parteras/os Según Causa y Años de Servicio.....	65
Tabla N° 17: Matriz Programación de Talleres.....	76
Tabla N° 18: Desarrollo y contenidos del taller .....	76
Tabla N° 19: Evaluación de los talleres .....	77
Tabla N° 20: Cronograma .....	77
Tabla N° 21: Matriz de programación taller 1 .....	78
Tabla N° 22: Desarrollo y contenidos taller N°1 .....	79
Tabla N° 23: Evaluación Taller N°1 .....	81
Tabla N° 24: Cronograma Taller N°1 .....	82
Tabla N° 25: Matriz de programación: Taller N°2 .....	83
Tabla N° 26: Desarrollo y contenidos Taller N°2 .....	84
Tabla N° 27: Evaluación Taller N°2.....	86
Tabla N° 28: Cronograma Taller N°2.....	87



Tabla N° 29: Matriz de programación: Taller N°3 .....	87
Tabla N° 30: Desarrollo y contenidos Taller N°3 .....	89
Tabla N° 31: Evaluación Taller N°3 .....	91
Tabla N° 32: Cronograma Taller N°3 .....	91
Tabla N° 33: Matriz de programación: Taller N°4 .....	92
Tabla N° 34: Desarrollo y contenidos Taller N°4 .....	93
Tabla N° 35: Evaluación Taller N°4 .....	95
Tabla N° 36: Cronograma Taller N°4 .....	96
Tabla N° 37: Matriz de programación: Taller N°5 .....	97
Tabla N° 38: Desarrollo y contenidos Taller N°5 .....	98
Tabla N° 39: Evaluación Taller N°5 .....	100
Tabla N° 40: Cronograma Taller N°5 .....	101
Tabla N° 41: Matriz de programación: Taller N°6 .....	102
Tabla N° 42: Desarrollo y contenidos Taller N°6 .....	103
Tabla N° 43: Evaluación Taller N°6 .....	105
Tabla N° 44: Cronograma Taller N°6 .....	106
Tabla N° 45: Matriz de programación: Taller N°7 .....	107
Tabla N° 46: Desarrollo y contenidos Taller N°7 .....	108
Tabla N° 47: Evaluación Taller N°7 .....	110
Tabla N° 48: Cronograma Taller N°7 .....	111
Tabla N° 49: Matriz de programación: Taller N°8 .....	112
Tabla N° 50: Desarrollo y contenidos Taller N°8 .....	113
Tabla N° 51: Evaluación Taller N°8 .....	115
Tabla N° 52: Cronograma Taller N°8 .....	116
Tabla N° 53: Plan Operativo .....	118

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Red de inclusiones conceptuales .....	19
Gráfico N° 2: Parteras/os según Idioma .....	105
Gráfico N° 3: Gráfico N°3. Parteras/os según Distancia.....	105
Gráfico N° 4: Parteras/os según conocimiento número de controles prenatales.	106
Gráfico N° 5: Parteras/os según conocimiento parto normal posterior a parto por cesárea. ....	106
Gráfico N° 6: Parteras/os según conocimiento señales de peligro en embarazo.	107
Gráfico N° 7: Parteras/os según conocimiento de momento en que se corta el condón umbilical.....	107

## **AGRADECIMIENTO**

A todas aquellas personas que de una u otra manera aportaron en éste trabajo de investigación, a mis maestros y tutores quienes han sabido ser esa guía, orientándome y apoyando con su invaluable conocimiento, y con éstas acciones he ido perfeccionando e incrementando mi nivel académico día con día, será imperecedera mi gratitud para con éstas personas, así como también el recuerdo de las infatigables noches y madrugadas de estudio y de trabajo que han creado en mi esa templanza y fuerza para convertirme en un médico especialista que ame su profesión y la canalice en favor de los más necesitados.

A mis compañeros de trabajo quienes no se limitaron a ser únicamente compañeros sino amigos y en quienes me he visto muchas veces apoyada en la realización de éste trabajo, para ellos mi fraterno agradecimiento.

Lorena Jazmín Santana Mera

## **DEDICATORIA**

A mis amados padres, quien con su esfuerzo y sacrificio desde mi formación como profesional en Medicina han sido un eje importante en mi vida, motivándome día a día a ser no sólo una excelente médico sino un buen ser humano.

A mi hija Belén, quien es la inspiración más grande y la que en días de fatiga constante en el estudio y trabajo me inyecta la fuerza para seguir adelante y convertirme en un ejemplo de perseverancia en su vida.

Lorena Jazmín Santana Mera.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA ECUATORIANO DE PARTERAS/OS, PARROQUIA QUISAPINCHA, AMBATO, 2016”**

**AUTORA:** Médico Lorena Jazmín Santana Mera

**DIRECTOR:** Doctor Alejandro Jesús Velasco Boza

**FECHA:** 08 de agosto de 2016

### **RESUMEN**

La Estrategia de Cuidados Obstétrico y Neonatales Esenciales en Ecuador provee la participación de parteras/os comunitarios en la reducción de la morbilidad y mortalidad por estas causas. Se realizó un estudio descriptivo-transversal con el objetivo de determinar la integración de parteras/os a la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016.

Método y material: el universo estuvo constituido por 24 parteras/os y 20 profesionales del Centro de Salud de Quisapincha. Se aplicó una encuesta diligenciada a parteras/os, por sus características socioculturales y una encuesta estructurada a personal de salud.

Resultados: Se encontró que el 33,3% son masculinos y 66,7% femeninos, 45,8% están entre los 46 y 60 años, 70,8% de analfabetismo con predominio del género femenino, 79,2% se autoidentifica como indígena, 75,0% vive a más de 5 km del

centro de salud. Según nivel de conocimiento 58,4% tiene nivel medio y 41,6% nivel bajo. Según las causas que influyen en la integración, 45,8% confían en los servicios de salud; el 50,0% se sienten aceptados por el personal de salud; solo el 50,0% ha asistido a capacitaciones. De 20 empleados del Centro de Salud, 75,0% acepta a las parteras/os como parte del equipo de salud, pero solo el 50,0% confía en las actividades que realizan las parteras y 50,0% considera que están en capacidad de reconocer signos de alarma.

Conclusiones: El nivel de conocimiento medio y bajo demuestra que las parteras/os no están capacitadas en la atención materno infantil, existen diferentes causas que influyen en su participación en el sistema de salud pública, por lo que es insuficiente su integración a la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales.

**PALABRAS CLAVES:** PARTERAS\_COMUNITARIAS, PERSONAL\_DE SALUD, ESTRATEGIA\_CONE, ATENCIÓN\_MATERNO\_NEONATAL, INTEGRACIÓN.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**THEME:**

**"INTEGRATION STRATEGY PUBLIC HEALTH SYSTEM  
ECUADORIAN MIDWIVES / ACCOUCHEURS, PARISH QUISAPINCHA,  
AMBATO, 2016."**

**AUTHOR:** Medical Lorena Jazmín Santana Mera

**DIRECTED BY:** Doctor Alejandro Jesús Velasco Boza

**DATE:** August 8, 2016

### **SUMMARY**

Strategy Obstetric and Neonatal Care Essential in Ecuador provides for the participation of midwives / accoucheurs community in reducing morbidity from these causes mortalidad. A descriptive cross-sectional study was conducted with the objective of determining the integration of midwives / accoucheurs to Care Strategy Essential Obstetric and Neonatal, parish Quisapincha, Ambato, 2016.

Method and materials: the universe was made up of 24 midwives / accoucheurs and 20 professionals Quisapincha Health Center. a survey filled out midwives / accoucheurs, for their sociocultural characteristics and a structured survey of health personnel was applied.

Results: We found that accoucheurs surveyed, 33.3% are male and 66.7% female, 45.8% are between 46 and 60 years, 70.8% illiteracy predominance of female gender, 79 , 2% identify themselves as indigenous, 75,0% live more than 5 km of

the health center. According to 58.4% level of knowledge it has 41.6% average level and low level. According to the causes that influence integration, 45.8% trust the health services; 50.0% feel accepted by health personnel; only 50.0% have attended training. 20 Health Center workers, 75.0% accept midwives / accoucheurs as part of the health team, but only 50.0% trust the activities carried out by midwives and 50.0% believe that they are able to recognize warning signs.

Conclusions: The level of medium and low knowledge shows that midwives / accoucheurs are not trained in maternal and child care, there are different causes that influence their participation in the public health system, which is insufficient integration into the Care Strategy Essential obstetric and Neonatal.

**KEYWORDS:**

COMMUNITY\_MIDWIVES, PERSONAL\_HEALTH\_STRATEGY\_CONE,  
MATERNAL\_AND\_NEONATAL\_CARE, INTEGRATION.



## INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad.

En los últimos años en el Ecuador se ha identificado a la mortalidad materna e infantil como uno de los principales problemas de salud de la población, por lo que se ha dedicado permanentemente esfuerzos técnicos y financieros para su abordaje, estos esfuerzos han incluido entre otras cosas la búsqueda del incremento de acceso a los servicios de salud, así como la mejoría en la atención obstétrica y neonatal a todas las madres y recién nacidos/as que lo requieran, para de esta manera cumplir con los objetivos planteados en el Plan Nacional del Buen Vivir. (1)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) plantea una estrategia denominada Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), esta estrategia consiste en un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y neonatos. La estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a cuidados obstétricos esenciales de calidad. Los CONE llegan a las madres y recién nacidos a través de los servicios que ofrece una red CONE, esta red está constituida por la partera/o comunitaria, un líder comunitario, un técnico en atención primaria en salud (TAPS), el médico de la unidad de salud más cercana, u otro personal de salud. (2)

El CONE responde al objetivo general del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI que es integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de

la salud y prevención de la enfermedad; y fortalece el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral y de calidad, que coordina a los prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales articulados por territorios: parroquial, cantonal y provincial o a su vez respondiendo a la nueva organización territorial del país: circuito, distrito y zona, con capacidad resolutive según el nivel de atención, incluyendo y coordinando a los proveedores de salud de la medicina ancestral. (3)

Es política gubernamental que Ecuador como estado de derecho plurinacional el de fortalecer, mantener las tradiciones y costumbres ancestrales priorizando los campos de salud y educación.

Es así que los bajos índices de cobertura por parte del sector de salud, en la captación y seguimiento oportuno de las mujeres embarazadas además de la crisis generada a raíz de una costosa infraestructura y una alta tecnología en la atención curativa biomédica, llevan a profesionales de la salud y planificadores por medio de la estrategia CONE a centrar su atención en las parteras/os tradicionales, denominadas así por los conocimientos y experiencias adquiridas y que su participación es fundamental en la “captación - derivación” oportuna de la mujer gestante, más aun si se trata de emergencias obstétricas; pero a pesar de la valiosa labor de las parteras/os en el campo de la salud, en el camino han encontrado varios obstáculos y limitaciones que han hecho que se alejen del sistema de salud, siendo la mortalidad materna y neonatal un claro indicador del trabajo aislado de estos dos entes. (4)

En la parroquia de Quisapincha se considera a la partera/o como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. La sabiduría de las parteras/os implica no sólo conocimientos sobre la fisiología y atención del parto, sino también el conocimiento y poder terapéutico del espíritu, esto atribuye a las comadronas reconocimiento social y autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento.

Las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal incluida la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y el Manual de Estándares e Indicadores para mejorar la calidad de atención materno neonatal, elaborados en el marco del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, son un paso importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, pero no son suficientes.

Apoyados en estos antecedentes y la nueva constitución política del estado el presente estudio toma como problemática la falta de implementación de la estrategia de integración de las parteras/os de la Parroquia Quisapincha del cantón Ambato al Sistema de Salud Pública del Ecuador.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Tema**

Estrategia de integración al Sistema de Salud Pública Ecuatoriano de Parteras/os, Parroquia Quisapincha, Ambato, 2016.

#### **1.2. Planteamiento del problema**

##### **1.2.1. Contextualización**

La medicina tradicional y complementaria es una parte importante y con frecuencia subestimada en la atención de salud. Se practica en todo el mundo y la demanda va en aumento.

Varios países reconocen actualmente la necesidad de elaborar un enfoque coherente e integral de la atención de salud, que facilite a los gobiernos, los profesionales sanitarios y muy especialmente, a los usuarios de los servicios de salud, el acceso a la medicina tradicional y complementaria de manera segura, respetuosa, asequible y efectiva (5).

El rol de las parteras/os y otro personal con competencias de partería que forman parte de la medicina tradicional, constituyen un componente importante del sistema de salud.

Atienden a las mujeres y colaboran con ellas en sus hogares y sus comunidades, así como en dispensarios prenatales, centros de salud, hospitales, maternidades y están en la línea del frente de la provisión de servicios de salud. (6)

A lo largo de la historia, el papel de la partera/o ha ido sufriendo altibajos relacionados con la percepción que se tiene de ellas en diferentes partes del mundo y en diferentes períodos políticos o económicos. La actuación de las parteras en la salud pública es tema de discusión, se cuestiona el grado en que deben incorporarse en su oficio y hasta dónde debe llegar su papel en la provisión de servicios de maternidad.

El vínculo que mantienen las parteras/os con el sistema de salud es muy variado según las regiones así: tanto en África como en India se han aplicado los programas que buscan la institucionalización del parto, tras la iniciativa por una maternidad segura lanzada en Nairobi en 1987, las parteras/os rurales han recibido importante apoyo de algunos gobiernos para convertirlas en visitadoras de las zonas apartadas, con el fin de cumplir el papel “centinelas de la salud”. (7)

En China, las normas de salud pública han fortalecido la atención de los partos en los hospitales, lo cual ha producido una masiva desaparición de las parteras/os rurales. En Estados Unidos, se reglamentó el oficio de las parteras/os y se convirtió en una profesión vigilada y con entrenamiento especializado. (8)

En Centro y Suramérica: en países como México, las parteras/os constituyen un gremio fuerte que lucha por el reconocimiento de sus derechos laborales y económicos; en Perú las Wawachachix (parteras quichuas) y en Bolivia las Usuyiri (parteras aymarás) tiene a su cargo la atención de mujeres gestantes en las zonas rurales. (8) En Uruguay, están protegidas por una norma legal del 1° de octubre de 2002, que obliga el nombramiento de al menos una partera en cada centro donde se atienden partos.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de la dirección nacional de interculturalidad, derechos y participación social, ha implementado acciones para incorporar el enfoque intercultural en la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención sobre todo en lo relacionado a la atención del embarazo, parto y postparto con resultados hasta el momento en cuanto al acceso geográfico-cultural y la articulación de parteras/os tradicionales con el

personal de salud en la referencia de mujeres para atención materna y manejo de complicaciones obstétricas, lo cual ha ayudado a reducir muertes maternas.

El Ecuador ocupa el cuarto lugar entre los países de las Américas que mayor razón de mortalidad materna en el 2014 fue de 67 por 100.000 nacidos vivos, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (9)

Es importante mencionar que el Ministerio de Salud Pública en su boletín de noticias N.44 de diciembre 2015, menciona que el Ecuador en el periodo 2010 – 2013 logró un record internacional en la reducción del embarazo en adolescentes, aunque continúa siendo un problema de salud.

El problema se torna grave si consideramos que el Ecuador tiene una población mayoritariamente joven, 45% son menores de 18 años, en donde el porcentaje de nacimientos en este grupo de edad es del 19,9%, comparado con el 12,2% de nacimientos en el grupo de mujeres de 35 años y más. (10)

En cuanto a mortalidad materna, son conocidas las principales complicaciones obstétricas, por lo que en el país se han implementado acciones tendientes a disminuir la mortalidad materna y perinatal, a partir del reconocimiento de la problemática causal, en el 2008 se podía apreciar a la hemorragia postparto como primera causa de muerte, pero con la aplicación concomitante del manejo activo del tercer período del parto se ha logrado disminuir este problema, dejando como primeras causas de muerte la Enfermedad Hipertensiva (Eclampsia) , Sepsis para el 2014. (10)

La atención del parto y nacimiento en domicilio atendido por personal no profesional también se constituye en un factor predisponente de muerte materna y posiblemente en mayor número de muerte neonatal. En algunas provincias del país como Orellana, Morona, Bolívar y Chimborazo al menos 3 de cada 10 madres dan a luz en su domicilio.

En otras provincias como Imbabura, en el cantón Otavalo, se ha logrado incorporar la atención del parto culturalmente adecuado en el hospital básico que presta sus servicios a la comunidad, con la participación activa de parteras/os comunitarias, esto ha dado logros positivos y ha permitido un entendimiento entre culturas y saberes, mejorando así la calidad de atención del parto y con ello la disminución de la morbilidad mortalidad materna y neonatal. (11)

En la provincia de Tungurahua existen parteras/os en sus diferentes localidades, de las cuales no todas han sido identificadas, en el caso específico de la parroquia de Quisapincha, se cuenta con un censo de parteras/os realizado por el departamento de salud intercultural de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua (DPST) en el año 2008 donde se reportó la existencias de 24 parteras distribuidas en las 18 comunidades de la parroquia, de este número 12 están legitimadas, es decir han sido reconocidas por la comunidad en asamblea y consta en actas su compromiso de servir a la comunidad, las otras 12 no constan como legitimadas, ya que desde esa fecha no han existido actualizaciones del censo.

En las comunidades de la parroquia Quisapincha, es una realidad que las mujeres sigan dando a luz en sus domicilios, muchas de ellas atendidas por parteras/os capacitadas y otras no o peor aún sin ayuda alguna, de estos partos, el personal de salud en raras ocasiones es informado para que pueda acudir a valorar a la mujer y al recién nacido. Estas condiciones, así como la falta de buenas medidas higiénicas, falta de capacitación de las parteras y el trabajo aislado del sistema de salud pública han acarreado complicaciones e incluso han llevado a perder la vida de la madre y el recién nacido.

### **1.2.2. Análisis crítico**

El papel de las parteras/os dentro del sistema nacional de salud del Ecuador sigue siendo un tema que no se ha analizado y no se ha debatido suficientemente. Consecuentemente, no ha existido un acercamiento holístico que reconozca y fomente la partería tradicional y sus sistemas ancestrales de salud, así como la articulación de estos a la red de servicios del MSP, se conoce de la existencia de la

estrategia CONE pero no se la aplica; de esta forma se impide que la población en general se beneficie de modelos interculturales para el cuidado obstétrico-neonatal.

### **1.2.3. Prognosis**

Los servicios de partería de calidad, coordinados e integrados en las comunidades, e incorporados en el sistema de salud, aseguran que se ofrezca atención óptima a las pacientes a lo largo del embarazo, el parto y el postparto, además, la implementación de la estrategia para articular a las parteras/os al sistema de salud, favorecerá a que se lleve a cabo una atención integral a las mujeres y recién nacidos de las comunidades, de no ocurrir la implementación se correría el riesgo de incumplir con el objetivo trazado por el MSP en relación con la disminución de la tasa de mortalidad materna y neonatal.

### **1.2.4. Formulación del problema**

¿Cuál es la situación actual de implementación de la estrategia de integración al Sistema de Salud Pública Ecuatoriano de parteras/os, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016?

### **1.2.5. Preguntas directrices**

¿Qué características sociodemográficas tienen las parteras/os comunitarios?

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las parteras/os comunitarios sobre la atención materna neonatal?

¿Cuáles las posibles causas que influyen en la integración de parteras/os comunitarios al sistema de salud pública del Ecuador?

¿Qué alternativa de ayuda contribuye al mejoramiento de la estrategia integración de las parteras/os comunitarios al sistema de salud pública del Ecuador?



### **1.2.6. Delimitación del problema de investigación**

- **Línea de Investigación:**

Epidemiología y salud pública con énfasis en la salud materno-infantil

- **Delimitación del contenido:**

**Campo:** Medicina Familiar y Comunitaria

**Área:** Salud materno infantil

**Aspecto:** Implementación de estrategia de integración de parteras.

- **Delimitación espacial:**

País: Ecuador

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Parroquia Rural: Quisapincha

- **Delimitación Temporal:**

Esta investigación es realizada en el Año 2016

### **1.3. Justificación**

La mortalidad materna y neonatal constituye un claro indicador de la inequidad de género, injusticia social y la pobreza que sufren las mujeres en las regiones. No es coincidencia que los más altos índices de muerte materna se encuentran entre los

grupos de mujeres pobres, indígenas, afro ecuatorianas o ubicadas en zonas rurales y urbano-marginales.

Esto revela la necesidad de trabajar en acciones institucionales y comunitarias para garantizar el acceso a servicios de salud, con atención culturalmente adecuada y sobre una serie de factores sociales que se asocian a exclusión en salud.

Es así que las embarazadas que se encuentran en zonas distantes, alejadas de hospitales y clínicas, aisladas geográficamente, limitadas por su pobreza, se beneficiaran de la atención de parteras/os comunitarias que cuenten con el entrenamiento adecuado para cumplir con las técnicas de asepsia y antisepsia, así como la identificación oportuna de factores de riesgo.

Con el desarrollo de este trabajo investigativo se espera identificar el nivel de conocimiento de las parteras/os de la parroquia, así como factores que influyan en su integración al sistema de salud, para de esta manera actuar sobre las falencias identificadas.

La investigación es factible de realizar por cuanto se cuenta con el respaldo de políticas del estado que defienden y regulan la medicina tradicional, se dispone de personal médico capacitado en atención materno neonatal y un valor económico relativamente bajo.

Bajo estos antecedentes la importancia de implementar la estrategia de integración de las parteras/os al Sistema de Salud Pública del Ecuador y de esta manera tener un trabajo coordinado y efectivo buscando la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

#### **1.4. Objetivo de la investigación**

#### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la integración de parteras/os a la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar según variable sociodemográfica a parteras/os.
- Identificar el nivel de conocimiento de las parteras/os sobre la atención materno neonatal.
- Establecer las posibles causas que influyen en la integración de parteras/os.
- Diseñar una propuesta para fortalecer la estrategia de integración de parteras/os al sistema de salud pública del Ecuador.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes Investigativos**

Desde la visión del sistema de salud occidental y de las organizaciones internacionales de salud Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud (OMS/OPS), el parto tradicional presenta peligros para la madre y los recién nacidos, entre ellos: falta de medidas higiene e iluminación; desconocimiento del riesgo y complicaciones; no control del trabajo de parto; “manteo”; muchas personas en el parto; corte con elemento sucio; desgarros frecuentes, no control de sangrado; falta de atención inmediata del recién nacido; limpieza insuficiente de ojos y tardío contacto con el bebé.

Por esta razón la Confederación Internacional de Matronas (ICM) en el 2010 implementó las normas globales para la formación de parteros/as, siendo uno de los pilares fundamentales de los esfuerzos de la ICM fortalecer la partería en el mundo entero, mediante la preparación de matronas plenamente calificadas que provean servicios de salud de alta calidad, basados en la evidencia, a mujeres gestantes y recién nacidos. (12)

Explícitamente, los propósitos de las normas para la formación de parteros/as a nivel mundial son: responsabilizar el programa de partería ante el público con declaraciones filosóficas, metas y resultados que preparen a las personas como matronas plenamente calificadas.

Proporcionar el marco para diseñar, implementar y evaluar la calidad continua de un programa de formación en partería. Promover un proceso de educación para preparar matronas que tengan todas las competencias esenciales de la práctica básica de la partería, así como en competencias adicionales basadas en las necesidades individuales del país y promover la práctica segura y la atención de calidad de la partería para las mujeres y sus familias. Fortalecer la autonomía de la profesión de la partería y a las matronas como profesionales autónomos. (13)

En el 2008 en el Ecuador se elaboró el plan nacional de reducción acelerada de muerte materna y neonatal siendo este el camino para mejorar el estado de salud de las poblaciones más vulnerables. La construcción de redes CONE es una de sus estrategias principales y por eso es prioritario llevarla a cabo en su mejor expresión posible y con la participación de varios actores: proveedores institucionales, parteras tradicionales, Organizaciones no Gubernamentales y Organizaciones Sociales.

En Ecuador, la estrategia CONE está basada en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales, que en su mayoría pueden ser prevenidas con cuidados obstétricos y neonatales esenciales, rápidos y de calidad para salvar sus vidas y evitar morbilidad a largo plazo. (14).

Las complicaciones obstétricas y neonatales más frecuentes empiezan en el hogar, en donde existen muy pocas posibilidades de recibir atención adecuada y oportuna, debido a un sin número de factores: barreras de acceso geográfico, comunidades muy distantes de las unidades de salud, con vías de segundo y tercer orden, ausencia de medios de transporte, dificultades de comunicación, dificultades económicas, brechas culturales entre los servicios de salud y las comunidades, falta de coordinación entre los proveedores comunitarios e instituciones, etc., limitando de esta manera el acceso de los/as usuarias/os a una atención de emergencia.

En la provincia de Cotopaxi la mayoría de los partos continúan siendo atendidos en la comunidad y es ahí donde también ocurren la mayoría de las muertes maternas y de los recién nacidos. Es así que el cantón Pujilí perteneciente a esta provincia fue la pionera en implementar la estrategia CONE, esto se realizó con la alianza estratégica de la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, MSP y la ONG Centro para Servicios Humanos (CHS).

El modelo CONE se enfoca en incrementar el acceso a la atención de salud y por otra parte, mejorar la calidad de atención en las unidades asistenciales. Para ello, el objetivo es lograr que toda madre que da a luz, sea en el hospital o en su casa, tenga la posibilidad de recibir un conjunto de atenciones que salvan vidas, a lo que se llama CONE. (15)

Como parte de la estrategia se impulsó la conformación de redes y micro redes CONE que fueron constituidas de la manera como lo establece la normativa según los niveles de atención.

1. Un primer nivel CONE ambulatorio basado en la comunidad, sus agentes tradicionales calificados, el personal médico del centro de salud, estos ejecutan actividades de promoción, prevención, detección del riesgo y referencia oportuna, de acuerdo a normas y protocolos establecidos.
2. Un segundo nivel CONE básico, de cuidados básicos en los hospitales cantonales.
3. Un tercer nivel CONE completos en los hospitales generales provinciales. (10)

Con la implementación de esta estrategia se ha logrado impulsar la activa participación de las embarazadas, la familia y la comunidad organizada en el reconocimiento de las señales de peligro, para la toma de decisiones y el traslado oportuno de las embarazadas y los recién nacidos con señales de peligro a los servicios de salud, para de esta manera contribuir con la reducción de la mortalidad materno neonatal.

## **2.2. Fundamentación Filosófica**

La partería es una práctica que ha tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos, metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena.

La actividad que cumplen los parteras/os es fundamentalmente empírica o práctica y ha sido heredada por sus antecesores, perdurando a lo largo de la historia ya que por lo general son ellas quienes atienden a las mujeres de bajos recursos que no cuentan con servicios de salud ni con la posibilidad de atenderse con médicos y clínicas privadas, viven en lugares de difícil acceso a las unidades de salud o su cultura rechaza la atención médica, respetando en este caso la autonomía de las pacientes. (8)

Las parteras/os comunitarios no solo se centran en la atención de la mujer parturienta y en el nacimiento de los niños, si no también participan en sus comunidades como curanderas haciendo uso de su conocimiento ancestral y experiencia con la herbolaria, sabiduría que les ha sido heredada desde tiempos prehispánicos, siempre con la consigna de ayudar al prójimo practicando la beneficencia y la justicia.

## **2.3. Fundamentación Legal**

El parto atendido por los sistemas tradicionales de salud constituye una realidad, protegida y garantizada por la nueva Constitución, que brinda un servicio público prioritario, en la mayoría de los casos gratuitos, para un porcentaje importante de mujeres y niños del país.<sup>7</sup>

La trascendencia de esta práctica tradicional y las recientes reformas constitucionales sobre los sistemas tradicionales de salud, orientan a pensar en la importancia que tiene el rol de las parteras en el sistema nacional de salud. Dicho rol deberá ser concebido en el marco de los mandatos constitucionales sobre

plurinacionalidad, interculturalidad y el principio del Sumak Kawsay, así como mandatos y políticas nacionales sobre salud sexual y reproductiva, y salud materno-neonatal. (16)

### **Constitución de la República del Ecuador (17)**

**Art. 32.-** La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (...).”

**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.”

**Art. 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.”

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.”



**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.”

**Art. 363.-** El Estado será responsable de: Atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. Permanentemente la calidad y ampliar la cobertura, infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

#### **Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 (18)**

Establece entre sus políticas de salud el “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”. Para el cumplimiento de esta política establece las siguientes disposiciones.

- a) Incentivar la investigación sobre prácticas y conocimientos ancestrales y alternativos.
- b) Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada.
- c) Introducir en la malla curricular de los programas de formación profesional en salud contenidos que promuevan el conocimiento, la valorización y el respeto de los saberes y conocimientos ancestrales y alternativos.
- d) Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud.

## **Código de la Niñez y de la Adolescencia (19).**

### Capítulo II Derechos de supervivencia.

**Art. 25.** Atención al embarazo y al parto.- “El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas, para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas, con peso inferior a dos mil quinientos gramos”.

## **Ley Orgánica de Salud (20)**

**Art. 6,** numeral 6 “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.”

## **Plan nacional de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal 2008. (18)**

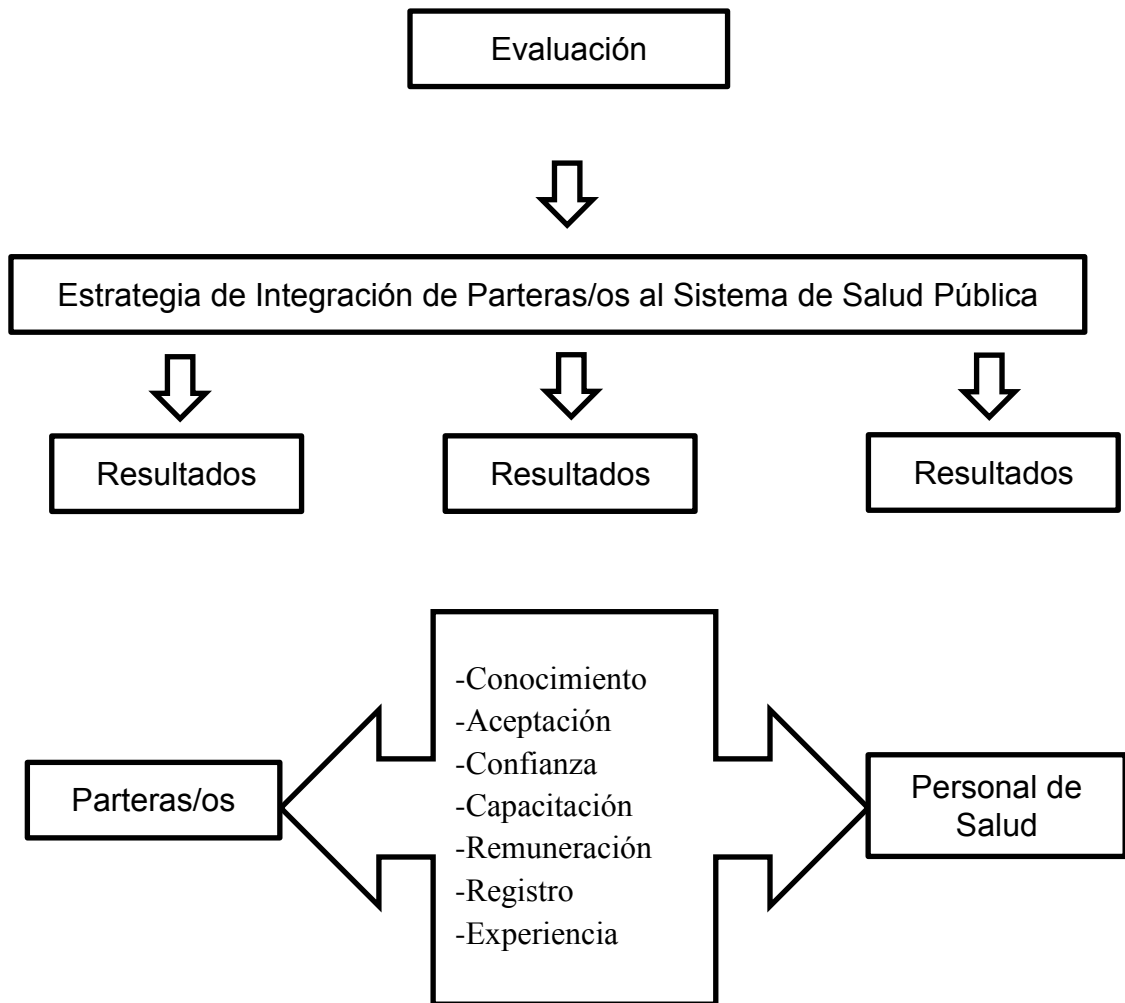
“Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables”.

## **La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) (21)**

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 esta 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.

#### 2.4. Categorías Fundamentales



Elaborado por: Santana, Lorena  
Gráfico N° 1: Red de inclusiones conceptuales

## **2.5. Conceptualización de Variables**

### **Conocimiento sobre atención materno neonatal**

#### **Definiciones conceptuales**

**Aborto:** Es todo nacimiento con un peso del producto de la gestación menor de 500 g.; en los casos que no existe el peso, se considera aborto a todo nacimiento menor de 22 semanas de gestación. (22)

**Alumbramiento:** Es la expulsión de la placenta y sus anexos, esto se produce posterior a la salida del feto, en un periodo de tiempo comprendido de 15 minutos con manejo activo y hasta los 30 minutos sin manejo activo. (23)

**Amenorrea:** Ausencia de la menstruación por más de 90 días. (24)

**Anemia:** Recuento de eritrocitos por debajo 3,000,000 por milímetro cúbico, con hematocrito inferior al 30%; y cuyos niveles de hemoglobina no alcanzan los 10 gramos por ciento. (22)

**Alojamiento Conjunto:** Estrategia que se caracteriza por ubicar al recién nacido y su madre en la misma habitación, con el propósito de favorecer el apego precoz, permanente y promover así la lactancia materna exclusiva. (23)

**Alto Riesgo Reproductivo:** Cuando en caso de presentarse un embarazo el producto o la madre o ambos pueden sufrir lesión, daño o muerte o cuando posterior a ese embarazo pueden quedar secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura. (25)

**Defunción fetal:** es la muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La defunción puede determinarse por la circunstancia de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida

como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. (26)

Distocia del canal del parto: Son aquellas alteraciones que sobrevienen cuando la alteración del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea, en este caso se denominan distocias óseas. También pueden ser ocasionadas por las partes blandas del canal y se denominan distocias de partes blandas. (22)

Edad Gestacional: Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal. (27)

Embarazo: Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación. (22)

Factor de Riesgo: Es la probabilidad aumentada que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir influenciada por características o condicionantes, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados. (27)

Lactancia Materna: Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos. (22)

Muerte Materna (defunción materna): Es el fallecimiento de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes de terminado el embarazo, independiente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (22)

Mortalidad materna por causas obstétricas directas: Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias anteriormente mencionadas. (28)

Mortalidad materna de causas obstetricias indirectas: Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (29)

Muerte neonatal tardía: Es la que ocurre después del séptimo día, pero antes de los 28 días completos de vida. (22)

Nacimiento vivo: Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre (independientemente de la duración del embarazo) de un producto de concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquiera otra señal de vida, tal como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si ha cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendida la placenta. (30)

Nacimiento a término: Es aquel que ocurre entre las 37 y las 41,6 semanas de gestación. (27)

Nacimiento postérmino: Es aquel que ocurre después de las 42 semanas de gestación. (8)

Nacimiento pretérmino: Nacimiento que ocurre entre las 28 y 36 semanas de gestación. (23)

Parto normal: El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. (22)

Parto de Bajo Riesgo: Se considera parto de bajo riesgo, el de toda embarazada que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas de gestación, si se estima que el peso fetal es de entre 2,500 y 4,000 gramos, si en el interrogatorio y examen físico no se determinan complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo reales o potenciales de muerte perinatal o asfixia, además con un niño/a en presentación cefálica y con membranas íntegras. (31)

Parto a término: Es cuando el feto ha cumplido el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo entre las 37 y las 41,6 semanas cumplidas de amenorrea. (26)

Parto Postérmino: Es cuando el parto ocurre en la semana 42 o más tarde.

Periodo Perinatal: Periodo que transcurre desde las 22 semanas de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 gr.) y termina 7 días completos después del nacimiento. (22)

Periodo Neonatal: Periodo que transcurre desde el nacimiento y termina a los 28 días completos después del mismo. Se subdivide en neonatal precoz (0-7 días) y neonatal tardío (8-27 días) (27)

Peso al Nacer: Es la primera medición del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento hecha después del nacimiento. Para los nacidos vivos el peso debe ser tomado preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que ocurra la pérdida postnatal significativa de peso. (27)

- Bajo Peso al Nacer: Peso al Nacer menor de 2.500 gramos
- Muy Bajo Peso al Nacer: Peso al Nacer menor de 1.500 gramos
- Peso al Nacer extremadamente bajo: Peso al Nacer menor de 1.000 gramos

Periodo intergenésico: Periodo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto), y el inicio del actual. (26)

Posición: Es la relación que guarda el occipucio del producto con el lado izquierdo o derecho de la pelvis materna. Las posiciones son dos: derecha e izquierda. (27)

Presentación Fetal: Es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándolo en gran parte, y que puede evolucionar por sí misma dando lugar a un mecanismo de parto. Las presentaciones son cefálicas y pelvianas.<sup>26</sup>

Puerperio fisiológico: Se denomina así al periodo de transformaciones progresivas de orden anatómicas y funcionales, que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se manifiesta por un proceso de involución hasta casi regresar al estado de no embarazo, a excepción de la glándula mamaria. El período del puerperio se extiende hasta los 60 días. (22)

Recién Nacido con peso adecuado para su edad gestacional: Producto de la concepción que nace con peso comprendido entre el percentil 10 y el 90 de la curva de peso intrauterino, de acuerdo a su edad gestacional, independientemente de la duración de la misma. (26)

Riesgo reproductivo: Es la probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer no embarazada en edad fértil, como su producto potencial de experimentar lesión, daño o muerte en caso de presentarse un embarazo. (27)

### **Control Prenatal**

Son actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y



Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. (32)

- El control prenatal debe ser: (33)

Precoz: Debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además, permite la detección temprana de embarazos de riesgo.

Periódico: La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.

Completo: Los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.

- Enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros. Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres de bajo riesgo - o baja probabilidad - de presentar un daño, hasta un máximo, necesario solo para aquellas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo. La evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. (34)

Existen características cuya presencia en la embarazada la califican de alto riesgo y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo.

Listado de factores de riesgo: (35)

- Características individuales o condiciones socio demográficas desfavorables.
- Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.

- Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.
- Desocupación personal y/o familiar situación inestable de la pareja. Baja escolaridad. Talla baja Peso menor de 45 Kg. Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.

Historia reproductiva anterior: (35)

- Muerte perinatal en gestación anterior.
  - Recién Nacido con peso al nacer menor de 2.500 grs. o igual o mayor de 4.000 grs.
  - Aborto habitual
  - Cirugía uterina anterior
  - Hipertensión, nuliparidad o multiparidad intervalo ínter genésico menor de 2 años.
- Diagnóstico de la presentación fetal

Actitud

Al inicio del embarazo, la cantidad de líquido amniótico es abundante en relación con el volumen ocupado por el feto, pero a medida que progresa el embarazo y, sobre todo, luego de la semana 32, la relación líquida amniótico-feto se modifica substancialmente con disminución del líquido y aumento del tamaño fetal. (36)

Estos cambios traen como consecuencia que el feto debe tomar una actitud especial que le permita acomodarse mejor al limitado espacio con el que cuenta, adoptando una forma ovoidea que corresponde a la forma de la cavidad uterina.

La cabeza se flexiona tanto que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal, los brazos están flexionados sobre el tórax o paralelos a éste, el cuerpo se flexiona tanto que el dorso adopta una forma convexa, los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. Esta actitud, es la

llamada “actitud de flexión”, que es la más frecuente y la que se considera normal. Existen las llamadas actitudes de deflexión, que corresponden a variaciones anormales de la antes mencionada. (36)

A medida que la cabeza fetal se extiende de manera progresiva, va pasando de presentación de vértice a las de bregma, frente y cara, que son las llamadas “actitudes de deflexión”.

### Situación

Consiste en la relación del eje longitudinal fetal con el eje materno y son posibles las siguientes situaciones: longitudinal, transversa y oblicua. La primera es la más frecuente en los embarazos a término y puede ser longitudinal cefálica o longitudinal podálica. La razón por la que la situación longitudinal es la más frecuente, es porque la cavidad uterina tiene un diámetro longitudinal mayor que el transversal lo que permite un mejor acomodo del feto en su eje mayor, que es el longitudinal. La situación oblicua es la menos frecuente y es aquella en la que el eje longitudinal del feto forma un ángulo de  $45^\circ$  con relación al eje longitudinal del útero. Se observa, más que todo, en el curso del embarazo y constituye una situación transitoria porque al acercarse el final del embarazo suele evolucionar hacia longitudinal o transversa. (37)

### Presentación

Es la parte fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis y puede ser: cefálica, de nalga, de hombro, única y compuesta.

Cefálica: Es aquella en la que la cabeza es la parte que se presenta en el estrecho superior. Constituye la forma de presentación más frecuente porque la cavidad uterina tiene una forma piriforme, con la parte más amplia hacia el fondo uterino y la más estrecha hacia el segmento uterino inferior. Aunque la cabeza fetal es mayor que las nalgas, la actitud fetal de las extremidades inferiores flexionadas sobre el abdomen, hace que el polo fetal más voluminoso sea el podálico; de tal

manera que, cuando se coloca en cefálica, se adapta mejor a la forma piriforme de la cavidad uterina normal. Dependiendo del grado de flexión o deflexión de la cabeza se clasifican en: vértice, cara, bregma y frente. (38)

**Vértice:** Es cuando la cabeza se presenta en el estrecho superior completamente flexionada; de tal manera que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal y el punto de referencia cuando se hace el tacto vaginal es la fontanela posterior. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el suboccipito-bregmático que mide como promedio 9,5 cm. Es la forma de presentación cefálica más frecuente. (38)

**Cara:** Es cuando la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma completamente deflexionada y el punto de referencia es el mentón. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el submento-bregmático, que mide como promedio 10 cm. Es una forma de presentación cefálica poco frecuente con una incidencia del 0,15% al 0,54% de los casos. (36)

**Bregma:** En este caso, la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma parcialmente flexionada y el punto de referencia es la fontanela anterior. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el occípito-frontal, que mide como promedio 11,5 cm. Es una forma muy rara de presentación cefálica con una incidencia del 0,04% a 1%. (39)

**Frente:** En este caso, la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma parcialmente deflexionada y el punto de referencia es la nariz. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el occípito-mentoniano, que mide como promedio 13,5 cm. (39)

**Nalgas:** Es aquella situación longitudinal del feto, en la que las nalgas se presentan en el estrecho superior y el punto de referencia es el sacro. A medida que el embarazo progresa esta presentación se convierte espontáneamente, en la mayoría de los casos, en presentación de vértice. Dependiendo de la posición de

las extremidades inferiores, la presentación de nalgas se divide en: franca, completa e incompleta. (40)

Franca: Es aquella en la que las piernas extendidas están en flexión sobre el cuerpo; de tal manera que los pies están en contacto con la cara. (38)

Completa. Es aquella en la que el muslo está en flexión sobre el cuerpo y la pierna en flexión sobre el muslo. (36)

Incompleta: Es aquella en la que existe descenso de una o ambas extremidades inferiores y puede ser modo pie o modo rodilla, dependiendo de la parte fetal que se presente en el estrecho superior. (40)

#### Maniobras de Leopold

Son maniobras que se hacen a partir de las 20-22 semanas. La primera maniobra es la única que se puede hacer desde las 20 - 22 semanas, cuando el útero está aproximadamente a nivel del ombligo. Las 3 restantes se realizan a partir de las 28 semanas, ya que con menos edad gestacional es difícil precisar posición, presentación y grado de encajamiento del feto; valora la estática fetal. (41)

- 1ra maniobra de Leopold: Maniobra de localización del fondo uterino. Se busca la localización del fondo uterino.

Técnica: El examinador se sitúa del lado derecho de la paciente y de frente a ella, y con el borde cubital de las 2 manos deprime el abdomen siguiendo el contorno uterino, hasta delimitar el fondo del útero; esto le sirve para realizar un cálculo aproximado del tiempo de gestación. (41)

- 2da maniobra de Leopold: Maniobra de la posición fetal. Buscamos la relación que existe entre el dorso del feto y el flanco de la madre.

Dorso derecho, si el dorso fetal se encuentra hacia el flanco derecho de la madre  
Dorso izquierdo, si el dorso fetal se encuentra hacia el flanco izquierdo de la madre.

Técnica: El examinador se sitúa del lado derecho de la paciente y de frente a ella. Con ambas manos deprime ambos flancos de la madre, precisando el dorso fetal: derecho o izquierdo. Donde se considere que está el dorso fetal, deberá palpar una superficie firme, continua, sin porciones pequeñas, mientras del lado contrario la mano se le hundirá en una depresión, una concavidad en forma de C que posee el feto vivo, está anfractuoso, interrumpido, pequeñas partes móviles que corresponden a los pies y manos del feto; casi siempre de ese lado la madre refiere sentir con más intensidad los movimientos del feto. Con esta maniobra se hará el diagnóstico de dorso derecho o izquierdo y se puede presumir la variedad de posición, según el dorso se encuentre con mayor inclinación hacia la línea media de la madre o se aleje hacia la columna materna. (41)

- 3ra maniobra de Leopold: Maniobra de la presentación fetal. Se busca la parte fetal que se ofrece o se presenta al estrecho superior de la pelvis materna.

Cefálica, si la parte fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna es la cabeza fetal

Podálica o pelviana, si la parte fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna es la pelvis fetal

Técnica: El examinador se sitúa del lado derecho de la paciente y de frente a ella. Con una mano abierta tratará de abarcar entre el pulgar y el resto de los dedos la parte fetal que se presenta al estrecho superior de la pelvis materna y con la otra mano abierta, tratará de abarcar entre el pulgar y el resto de los dedos la parte fetal que se encuentra hacia el fondo uterino. Se distinguen los polos por lo siguiente; el podálico es grande, anfractuoso, blando, desigual y no pelotea, mientras que el cefálico es redondeado, duro, liso y pelotea. (42)

- 4ta maniobra de Leopold: Maniobra del Grado de encajamiento de la presentación. Se busca el grado de encajamiento de la parte fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna, puede ser de 4 grados para la presentación cefálica, lo cual no se cumple para la presentación podálica o pelviana:

Alta y móvil, cuando la circunferencia cefálica y/o la coronilla se encuentran por encima del estrecho superior de la pelvis materna y se puede hacer peloteo. Insinuada, cuando la circunferencia cefálica se encuentran a nivel del estrecho superior de la pelvis materna y no se puede hacer peloteo. Encajada, cuando la circunferencia cefálica se encuentran por debajo del estrecho superior de la pelvis materna, y al tratar de palpar con ambas manos por encima y detrás de la sínfisis del pubis, encontramos un vacío. (41)

Muy encajada, cuando la circunferencia cefálica se encuentran muy por debajo del estrecho superior de la pelvis materna, y al tratar de palpar con ambas manos por encima de la sínfisis del pubis, encontramos los hombros fetales en sentido anteroposterior.

Técnica: El examinador se sitúa del lado derecho de la paciente, pero de espaldas a ella, mirando a sus pies. Con la punta de los dedos profundiza hacia la pelvis por encima del pubis, precisando el grado de encajamiento de la presentación. Intentará apreciar con las puntas de los dedos si se trata de la cabeza o las nalgas, y si la presentación se encuentra móvil o fija. Se puede corroborar, además, si el dorso es derecho o izquierdo, ya que la parte más prominente es la frente y la más remota es el occipucio. Además, podemos plantear el grado de flexión en la presentación cefálica, porque si la frente está más alta que el occipucio debe estar la cabeza flexionada; si están más o menos al mismo nivel, debe ser un sincipucio, y si el occipucio está más alto que la frente, debe tener algún grado de deflexión. (42)

## **Atención del parto**

Para que el parto sea normal, es preciso que el feto ofrezca sus menores diámetros a los mayores de la pelvis materna. Debido a que los diámetros mayores de la pelvis varían de acuerdo a los diversos planos, el feto debe seguir una serie de movimientos de adaptación y acomodación llamados “movimientos cardinales del parto”, que son los siguientes.

### **Descenso**

Se produce en todos los pasos del mecanismo del parto y es la condición indispensable para que suceda. Depende, fundamentalmente, de la contracción uterina que ejerce presión directa sobre el polo fetal que esté en el fondo, de la contracción de los músculos abdominales y del diafragma y, en menor grado, de la presión del líquido amniótico y de la extensión y estiramiento del feto. En las nulíparas sucede primero el encajamiento y luego el descenso, mientras que en las multíparas el descenso comienza conjuntamente con el encajamiento. (38)

### **Flexión**

Se produce una vez que la cabeza, en su descenso, encuentra alguna resistencia, bien sea del cuello uterino o de las paredes y piso de la pelvis. El mecanismo por el que ocurre se explica por las leyes de palanca, debido a la forma en que la cabeza se inserta en el tronco que obliga a la flexión, de tal manera que el mentón se pone en contacto con la horquilla esternal. Mediante este movimiento, el feto sustituye el diámetro occípito-frontal de 11,5cm por el sub-occípito-bregmático de 9,5 cm. (38)

Durante las contracciones uterinas se produce una modificación de la actitud fetal, especialmente después que la cabeza ha descendido en la pelvis. El feto se estira y desaparece la convexidad dorsal y las extremidades se acercan al cuerpo. Esto ocasiona un cambio en la forma fetal de ovoide a cilíndrica que produce una disminución del diámetro fetal que pasa por la pelvis materna.



## Encajamiento

Se considera que la cabeza fetal está encajada, cuando el diámetro biparietal del feto está a nivel del estrecho superior y la parte más saliente del ovoide fetal llega escasamente al nivel de las espinas ciáticas. El encajamiento sucede en las últimas semanas del embarazo o puede no ocurrir hasta una vez iniciado el trabajo de parto. La forma de encajamiento más frecuente es en OIIA por ser los diámetros oblicuos los mayores del estrecho superior y por la posición del recto a la izquierda. (38)

Una vez que la cabeza se encaja, la sutura sagital está usualmente a mitad de camino del diámetro pubo-sacro. En este caso la cabeza está sinclítica; sin embargo, el asinclitismo es relativamente frecuente y puede ser de dos formas:

- Anterior. Cuando la sutura sagital se dirige hacia el promontorio del sacro y el hueso parietal que se palpa es el anterior.
- Posterior. Cuando la sutura sagital se dirige hacia el pubis y el hueso que se palpa es el parietal posterior.
  - A: sinclitismo normal.
  - B: asinclitismo anterior.
  - C: asinclitismo posterior.

Los cambios sucesivos de asinclitismo anterior a posterior durante el descenso, permiten al feto ofrecer sus menores diámetros a los mayores de la pelvis, facilitando así el parto; sin embargo, cuando es severa puede originar una distocia, aún en presencia de una pelvis normal. Rotación interna El feto desciende en posición oblicua o transversa hasta llegar al estrecho medio de la pelvis donde realiza una rotación. Esta ocurre porque el diámetro mayor de la pelvis ósea a ese nivel es el antero-posterior y, además, porque la posición de los elevadores del ano es en forma de V invertida y la de los ileo-coxígeos en V, lo que le confiere una forma romboidal al canal del parto en la cual el diámetro mayor es el antero-posterior. (43)

En esta rotación, la cabeza fetal gira de manera que el occipital se mueve gradualmente hacia la sínfisis del pubis y de su posición original en variedad anterior o transversa, pasa a una variedad de posición occípito-púbica que es la más frecuente durante la expulsión. Con menor frecuencia, la rotación ocurre hacia el promontorio del sacro y es la llamada variedad de posición occípito-sacra que suele ocasionar una expulsión prolongada. El proceso de rotación es progresivo a medida que la cabeza desciende y no está completo hasta que haya alcanzado el cuarto plano de Hodge. La rotación interna es indispensable para completar el parto normal a menos que el feto sea pequeño. (38)

#### Extensión

Es el producto de dos fuerzas: la de la contracción uterina, que empuja hacia abajo y afuera, y la del suelo perineal, hacia arriba y afuera. La bisectriz de ellas, hace que la base del occipucio se ponga en contacto con el margen inferior de la sínfisis púbica y la cabeza se dirija hacia adelante y un poco hacia arriba y afuera, buscando el orificio vulvar. Debido a la ubicación de la vulva hacia arriba y adelante, la extensión debe ocurrir antes de que la cabeza alcance el orificio vulvar (43)

#### Rotación externa

Una vez que la cabeza está afuera, tiende a adoptar la misma posición que tenía antes de la rotación interna y, por eso, se llama también “restitución”. Se produce porque, en esos momentos, el diámetro biacromial se encuentra siguiendo los mismos movimientos que hizo la cabeza y se completa cuando la cabeza adopta la posición transversa porque el biacromial se coloca en el diámetro antero-posterior del estrecho medio.

De esta manera, habrá un hombro anterior, que es el que está en contacto con la sínfisis y otro posterior, en contacto con la concavidad del sacro. Este movimiento está ocasionado por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna. Si el occipucio se encuentra hacia la izquierda, el movimiento de rotación

será hacia la tuberosidad isquiática izquierda y lo contrario, cuando está hacia la derecha. (43)

### Expulsión

La expulsión de la cabeza es seguida por la expulsión de los hombros, primero el anterior, que aparece por debajo del pubis y luego el posterior, que distiende el periné. A continuación, ocurre la expulsión del resto del cuerpo. (38)

### Señales de peligro en el embarazo

- Sangrado vaginal en el embarazo
- Salida de líquido por la vagina antes de la fecha de parto
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación
- Dolor de cabeza
- Trastornos visuales o auditivos
- Convulsiones
- Movimientos fetales disminuidos
- Ardor al orinar o mal olor en la orina
- Fiebre

Sangrado vaginal: Este signo está en aproximadamente la tercera parte de las embarazadas sobre todo en el primer trimestre de la gestación y va disminuyendo hasta en un 10% en el tercer trimestre. Las gestantes presentan desde manchado color café oscuro escaso hasta sangrado vaginal con coágulos rojo brillante, este puede ir acompañado de cólicos o no, dolor de espalda o contracciones. Se puede clasificar según las causas y el tiempo en el que ocurre, se puede dividir en tres etapas. (38)

- En el primer trimestre: amenaza de aborto, mola hidatiforme o embarazo ectópico.
- En el segundo y tercer trimestre: desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa.

Los sangrados pueden llegar a ser peligrosos tanto para la madre como para el feto pudiendo ocasionar hasta la muerte del bebé, por lo que es importante acudir a un médico o centro de emergencia.

#### Salida de líquido amniótico

Este es secundario a una ruptura prematura de membranas y sucede en el último trimestre de embarazo, aunque también puede darse en el segundo trimestre, las membranas ovulares tienen diferentes funciones, una de las principales es el comportamiento como una barrera protectora contra microorganismos que se encuentran en vagina y útero. Si éstas membranas se llegan a romper estos microorganismos pueden ascender desde la vagina o útero hacia el líquido amniótico y pueden producir alguna infección al feto, esto como consecuencia aumenta las probabilidades de morbimortalidad tanto materna como fetal. (27)

#### Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación

Este síntoma nos puede ayudar para mantenerse alerta ya que puede ser un indicador que el trabajo de parto ya va a comenzar y el bebé sufriría prematuridad. Es importante que las pacientes sobre todo en las primerizas conozcan como son las contracciones y sus características como: dolorosas, frecuentes y regulares.

**Dolor de Cabeza:** Este síntoma es normal que aparezca en el embarazo. Aparece principalmente durante el primer trimestre. Después de este tiempo la embarazada no debería de presentar cefalea, visión borrosa o mareos, ya que esto puede ser consecuencia de: preeclampsia o eclampsia. (44)

**Convulsiones:** Este signo es relevante clínicamente sobre todo si se relaciona con presión alta, ya que indica eclampsia, la cual pone en peligro la vida de la madre y del feto. Las convulsiones eclámpicas no son distintas a las de la epilepsia. Hasta que no se demuestre lo contrario las convulsiones en la embarazada deben de pensarse en eclampsia. (45)

Movimientos fetales disminuidos: Este síntoma puede dar información acerca de la condición fetal y es importante su evaluación en cada visita al médico. La madre puede sentir los movimientos fetales entre las 18 y 22 semanas del embarazo. En la semana 18 solo un 25% de las madres dicen sentir los movimientos del feto. Sin embargo, este porcentaje va en aumento hasta llegar a las 24 semanas donde todas las madres refieren percibir los movimientos. (45)

Si el feto aumenta sus movimientos después de que la madre coma es un signo de bienestar, por el contrario, si el feto no aumenta estos movimientos podría sugerirnos que exista hipoxia fetal. Si la madre no percibe los movimientos o están disminuidos significativamente la madre debe buscar ayuda médica para evaluar el bienestar fetal y descartar cualquier complicación.

Ardor al orinar o mal olor en la orina: Con frecuencia en el embarazo existe urgencia de orinar, e incluso orina involuntaria. Esto es debido a que el útero está presionando a la vejiga contra la pelvis. Pero cuando existen manifestaciones como el dolor al orinar se debe de pensar en infecciones urinarias. Las infecciones del trato urinario son comunes, representan alrededor del 10% de las consultas al médico en mujeres, el 15% de las mujeres presentaran una 7 infección del tracto urinario durante su vida, y en embarazadas la incidencia puede llegar al 8%. (46)

Los cambios hormonales y la anatomía del tracto urinario durante la gestación, hacen que sea más fácil para los microorganismos ascender a través de los uréteres hacia los riñones. Por eso es importante realizar análisis de orina rutinarios, al menos tres durante todo el embarazo para descartar cualquier infección del tacto urinario.

Trastornos visuales o auditivos: Los síntomas en visión y audición tienen relevancia si se relacionan con cefalea intensa, escotomas, etc., este síntoma nos puede guiar para descartar preeclampsia.

Fiebre: El embarazo en la mujer es fisiológico por lo que no causa fiebre. Las gestantes están predispuestas a enfermedades infecciosas, y alguna de estas

enfermedades pueden llegar a ser peligrosas tanto para la madre como para el feto, hay estudios que reportan un riesgo mayor de malformaciones en el tubo neural en bebés de mujeres que presentaron fiebres altas y persistentes las cuales pudieron haber sido provocadas por alguna infección. (45)

En la presencia de infección del tracto urinario, infecciones respiratorias e intraútero es puntual buscar ayuda médica.

### **Causas que influyen en la integración de parteras/os**

**Aceptación por personal de salud:** La aceptación del personal de salud es una percepción individual de sentirse aceptado por una persona, lo que limita las relaciones interpersonales entre estos, creando una brecha. (37)

**Confianza en los servicios de salud:** La confianza se refiere a la opinión favorable que tiene los usuarios en los servicios que prestan las unidades de salud, esto se percibe con la seguridad que el paciente tiene en la atención del estado de salud, siendo este un valor consiente y voluntario que se lo obtiene con el tiempo. (42)

**Capacitación:** La capacitación se considera como un proceso educativo a corto plazo el cual utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado a travez del cual las parteras/os adquieren los conocimientos y las habilidades necesarias para brindar una atención adecuada a las pacientes que atienden en sus comunidades. (34)

**Remuneración económica:** El término remuneración se utiliza para hacer referencia a todo aquello que una persona recibe como pago por un trabajo o actividad realizada. Hoy en día, la idea de remuneración se limita casi exclusivamente al pago de una suma de dinero a cambio de un trabajo y debido a la complejidad de las sociedades, se encuentra más o menos establecido en la mayoría de los casos qué tipo de remuneración le corresponde. (42)

Experiencia en trabajo con parteras/os: La experiencia que tienen los profesionales de salud en haber realizado actividades con las parteras. (45)

Conocimientos sobre parto culturalmente adecuado: Es el grado de conocimiento que posee una persona, en este caso el personal de salud sobre la atención de parto culturalmente adecuado, el mismo que está basado en la adecuación de la gestión y atención de salud con cosmovisión local y diversidad cultural existente, que busca el respeto a las costumbres e ideologías de la mujer para el momento del parto. (45)

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1. Enfoque de la Investigación

**Cualitativo**, este tiene como objetivo descripción de las cualidades del fenómeno en estudio, en este caso la integración de las parteras/os al sistema de salud.

**Cuantitativo**, tiene como objetivo realizar el análisis estadístico de las encuestas aplicadas para medir las características sociodemográficas, el nivel de conocimientos y las causas que influyen en la integración de parteras/os al sistema de salud pública.

Por lo tanto, el presente estudio tiene un carácter cuanti-cualitativo.

#### 3.2. Modalidad Básica de la Investigación

**Modalidad de campo**: el presente trabajo investigativo se realizó en el sitio donde se produce el fenómeno, en este caso en la comunidad y en los domicilios de las parteras/os, de esta forma se tomó contacto directo con su realidad.

**Investigación Documental bibliográfica**: Debido a que se usó adecuada información existente en las bibliotecas, repositorios informáticos, bibliotecas virtuales, libros, revistas existentes en la Universidad Técnica de Ambato entre otras fuentes que sustentaron la investigación y la realización del marco teórico.



### **3.3. Nivel de Investigación**

**Estudio descriptivo y transversal:** es descriptiva porque describe las características de una población determinada; en este caso se propone identificar cuáles son las causas que motivan la insuficiente implementación de la estrategia de integración de las parteras/os al Sistema de Salud Público. Es transversal porque el estudio se realizó en un periodo determinado.

### **3.4. Universo y muestra**

Para este estudio se trabajó con todo el universo de parteras/os y todo el personal de salud, el mismo que está constituido por 24 parteras/os y 20 trabajadores del centro de salud de Quisapincha.

El Centro de Salud de Quisapincha cuenta con 20 trabajadores, los cuales 4 son médicos, 2 obstétricas, 3 enfermeras, 3 odontólogos, 2 promotores de salud, 6 TAPS.

### **3.5. Criterios de Inclusión y exclusión**

#### **Inclusión:**

- Parteras/os legitimadas y no legitimadas pertenecientes a la parroquia Quisapincha.
- Personal de salud que preste sus servicios profesionales en el centro de salud de Quisapincha.
- Parteras/os y personal de salud que acepte y firme el consentimiento informado para su participación en el estudio.

#### **Exclusión:**

- Parteras/os que no se les pueda localizar en sus domicilios luego de tres intentos.

### **3.6. Criterios Éticos**

Basados en la bioética el presente estudio asegura el respeto a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, respeto y justicia.

Resaltando la importancia del consentimiento informado (anexo 1) como el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, así como sus derechos. A la vez el investigador asegura la mantener confidencialidad con la información que proporcione.

### 3.7. Operacionalización de variables

**Tabla N° 1: Operacionalización de variables**

Concepto	Dimensiones	Indicadores	Ítem básico	Técnica
Aspecto sociodemográfico	Demografía Educación Economía	Género Edad Instrucción Identificación étnica Idioma Ocupación Distancia Medios de comunicación.	¿Cómo se considera usted según su auto identificación étnica? a. __ Indígena b. __ Mestiza c. __ Otra _____ ¿Qué distancia aproximada hay del centro de salud a su vivienda? a. __ Menos de 5 km b. __ 5 a 10 km c. __ Más de 10 km	Encuesta diligenciada
Nivel de conocimiento	Conocimientos en atención Materno Neonatal	Alto Medio Bajo	¿Sabe usted cuántos controles médicos mínimos debe tener la embarazada durante todo su embarazo? __ Si __ No Si su respuesta es afirmativa indique cuantos: __ 1 control __ 3 controles __ 5 controles	Encuesta diligenciada

Integración al Sistema de Salud Pública	Causas que influyen en la integración según parteras	<p>Confiabilidad en los servicios de salud.</p> <p>Aceptación por el personal del centro de salud.</p> <p>Convocatoria para capacitación en el centro de salud.</p> <p>Participación en capacitación impartida por el centro de salud</p> <p>Solicitud de registro como partera/os</p> <p>Remuneración económica por la atención a los partos.</p>	<p>¿Usted siente confianza en los servicios que presta el Centro de salud de Quisapincha?</p> <p>__ Si __ No</p> <p>¿Usted ha sido convocada para alguna capacitación en el centro de salud?</p> <p>a. __ Si b. __ No</p>	Encuesta diligenciada
Integración al Sistema de Salud Pública	Causas que influyen en la integración según personal de salud.	<p>Experiencia de trabajo con las parteras/os.</p> <p>Aceptación de parteras/os en el equipo de salud.</p> <p>Confiabilidad en las actividades que realizan las parteras/os.</p> <p>Capacidad de las parteras/os en identificación de signos de alarma.</p> <p>Aceptación del parto culturalmente adecuado.</p> <p>Conocimiento de CONE comunitario.</p>	<p>¿Siente usted confianza en las actividades que realizan las parteras?</p> <p>__Si __No</p> <p>Considera usted que las partera/os están en capacidad de identificar signos de alarma durante el embarazo?</p> <p>__Si __No</p>	Encuesta estructurada

**Elaborado por:** Santana, Lorena

### **3.8. Plan de recolección de la información**

#### **Encuesta diligenciada (Anexo N° 2)**

Tomando en cuenta las condiciones socioculturales de las parteras/os que incluyen el analfabetismo, se empleó una entrevista diligenciada, la misma que fue realizada por la autora de la investigación en el lugar de residencia de cada partera/o, previo consentimiento informado, los datos recolectados fueron transcritos en este documento.

La encuesta se realizó en dos momentos:

- El primero estuvo encaminado a recoger datos sociodemográficos y a medir el nivel de conocimiento de las parteras/os sobre atención materno neonatal.

Para evaluar el nivel de conocimiento se realizó una encuesta con la formulación de 10 preguntas relacionadas con la atención materna infantil dando un puntaje de 1 a cada pregunta respondida afirmativamente, se ocupó la siguiente escala: (Anexo N.2)

**Bajo** = Cuando la partera obtiene 3 o menos puntos en el test de conocimiento.

**Medio** = Cuando la partera obtiene de 4 a 6 puntos en el test de conocimiento.

**Alto** = Cuando la partera obtiene 7 o más puntos en el test de conocimiento.

- El segundo buscó determinar las causas que influyen en la integración de las parteras/os al Sistema de Salud. (Anexo N.2)

#### **Encuesta Estructurada (Anexo N.3)**

La autora de la investigación aplicó una encuesta estructurada a todo el personal que labora en centro de salud de Quisapincha, previo consentimiento informado.

La misma buscó determinar las causas que influyen en la integración de las parteras/os al Sistema de Salud.

### **3.9. Procesamiento de datos**

Para el procesamiento de datos, se recopiló la información obtenida de la aplicación del instrumento y se tabuló los datos con apoyo del programa Excel y SPSS.

### **3.10. Presentación e interpretación de datos**

Para la presentación de datos se utilizó medidas de resumen para variables cualitativas, expresados en frecuencia absoluta y relativa (porcentajes). Las mismas fueron representadas en tablas y gráficos utilizando el sistema SPSS y EXCEL 2016.

### **3.11. Recursos**

#### **Institucionales**

- Centro de Salud tipo A de la parroquia Quisapincha perteneciente al Distrito de Salud 1801 de Tungurahua.
- Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

#### **Humanos**

- Investigador: Md. Lorena Santana Mera
- Tutor médico: MSc. Dr. Alejandro Jesús Velasco Boza
- Parteras/os comunitarios de la parroquia Quisapincha
- Personal de salud del Centro de Salud Quisapincha.

## **Materiales**

- Materiales de oficina: computador portátil, impresora, hojas, bolígrafos, borrador, corrector, calculadora, lápices, perforadora, grapadora, mesa, silla.

## **Presupuesto y financiamiento**

Autogestión: con Dirección Distrital de Salud 1801, colaboración de las cooperativas de ahorro y crédito “21 de Noviembre”, “Maquita”, Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) parroquial Quisapincha.

### 3.12. Cronograma

**Tabla N° 2:** Cronograma del proyecto de investigación.

#	Fases	Fecha de inicio	Fecha de terminación
1	Revisión bibliográfica.	Enero 2015	Junio 2016
2	Planificación.	Agosto 2015	Septiembre 2015
3	Organización.	Septiembre 2015	Octubre 2015
4	Ejecución.	Enero 2016	Abril 2016
5	Evaluación.	Mayo 2016	Junio 2016
6	Procesamiento y análisis de datos.	Julio 2016	Agosto 2016
7	Elaboración del informe final.	Agosto 2016	Septiembre 2016
8	Presentación y discusión del trabajo final previo a la obtención del título.	Noviembre 2016	Fecha de defensa

**Elaborado**

**por:**

Santana,

Lorena



## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **4.1. Análisis de los Resultados.**

#### **4.2. Análisis de encuesta diligenciada**

Se aplicó una encuesta semiestructurada, previo consentimiento informado a 24 parteros comunitarios de la parroquia Quisapincha.

Los resultados se expresan en las siguientes tablas y gráficos:

##### **4.2.1. Características sociodemográficas**

Se caracterizó sociodemográficamente a las 24 parteras/os de la parroquia Quisapincha según edad, sexo, nivel de instrucción, identificación étnica, ocupación, distancia al centro de salud y medios de comunicación con los que cuentan; obteniendo los siguientes resultados:

## Género y Edad

**Tabla N° 3:** Parteras/os según género y edad, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016.

Edad	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
30 - 45 años	2	25,0	3	18,8	5	20,8
46-60 años	4	50,0	7	43,8	11	45,8
61 a 75 años	2	25,0	5	31,3	7	29,2
>75 años	0	0,0	1	6,3	1	4,2
Total	8	33,3	16	66,7	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

En la tabla N°3 donde se relaciona el género y edad de las parteras/os se observa que de las 24 parteras encuestas, 8 (33,3%) pertenecen al género masculino y 16 (66,7%) pertenecen al género femenino, lo que indica que esta es una actividad que generalmente la aprenden las mujeres con la práctica y la observación. Estos datos coinciden con literatura consultada donde se afirma que la partería tradicional es un saber y una práctica ancestral, desarrollada mayoritariamente por mujeres de los pueblos y comunidades del Ecuador.

En relación a la edad el mayor porcentaje 45,8% está comprendido entre los 46 y 60 años de, seguido del grupo de 61 a 75 años con el 29,2%, en menor porcentaje las edades 30 - 45 años con el 20,8%, y un solo caso >75 años representando el 4,2%. Al relacionar la edad con el género se puede observar que, en las edades predominantes, 46-60 años sobresale el género masculino en el 50%, y en la edad de 61 a 75 años sobresale el género femenino con el 31,3%.

## Nivel de Instrucción y género

**Tabla N° 4:** Parteras/os según nivel de instrucción y género parroquia Quisapincha, Ambato, 2016

Nivel de Instrucción	Masculino	Género		%	Total	%
		%	Femenino			
Analfabeta	5	62,5	12	75,0	17	70,8
Primaria	3	37,5	4	25,0	7	29,2
Total	8	33,3	16	66,7	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

Podemos apreciar en la tabla N°4 que del 100% de parteras/os caracterizados según nivel de instrucción, el mayor porcentaje corresponde al analfabetismo en un 70,8%, seguido de instrucción primaria en un 29,2%, sin reportar niveles superiores de escolaridad. Al relacionar el nivel de instrucción con el género se observa que el analfabetismo predomina en las mujeres en un 75,0%, y la instrucción primaria en los hombres en un 37,5%.

A pesar que en los últimos años el analfabetismo en la provincia de Tungurahua ha ido disminuyendo paulatinamente, en las parroquias rurales aún continúa siendo una realidad, interfiriendo en el desarrollo de las mismas. Se mantienen las mujeres con menor instrucción, probablemente debido a sus múltiples ocupaciones desde tempranas edades (casa, agricultura, hijos) de esta forma sus posibilidades de superación se ven afectadas, unido a tabúes y prejuicios sociales.

## Identificación Étnica y Género

**Tabla N° 5:** Parteras/os según Identificación Étnica y Género, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016

Identificación Étnica	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Indígena	6	75,0	13	81,3	19	79,2
Mestiza	2	25,0	3	18,7	5	20,8
Total	8	33,3	16	66,7	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

Como se demuestra en la tabla N°.5 según identificación étnica, el mayor porcentaje corresponde a la identidad Indígena en el 79,2%, seguido de Mestiza en el 20,8%. Al relacionar esta variable con el género se puede observar que tanto el masculino y el femenino mantienen porcentajes similares en relación a la etnia indígena, 75,0% y 81,3% respectivamente.

Con estos datos se puede interpretar que Quisapincha es una de las parroquias con mayor porcentaje de población indígena, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la parroquia cuenta con el 71,0% de etnia indígena. Siendo esto motivo para que las costumbres y tradiciones del pueblo indígena se transmitan de generación en generación, dentro de estas se puede nombrar al parto domiciliario atendido por parteras/os.

## Idioma

**Tabla N° 6:** Parteras/os según Idioma, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016

Idioma	Parteras/os	
	N.	%
Español	3	13,0
Kichwa	1	4,0
Bilingüe (Español y Kichwa)	20	83,0
Total	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

La tabla N°6 muestra que del 100,0% de parteras/os entrevistados el 83,0% es bilingüe, es decir hablan español y kichwa, el 13,0% habla únicamente español y una sola partera que corresponde al 4,0% tiene como único idioma el kichwa.

Por lo tanto, la mayoría de parteras/os son bilingüe, lo que favorece la comunicación con las pacientes y personal de salud, y un mínimo porcentaje solo domina el idioma Kichwa, tratándose de una partera de 83 años.

## Ocupación y Género

**Tabla N° 7:** Parteras/os según Ocupación y Género, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016

Ocupación	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Agricultura	8	100	13	81,3	21	87,5
Comerciante	2	25	4	25	6	25,0
Quehaceres domésticos	2	25	8	50	8	33,3
Costurera	0	0	1	12,5	1	4,0
Panadero	1	6,3	0	0	1	4,0
Otros	2	25	1	6,3	3	12,5

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

Cómo se evidencia en la tabla N°7 el 100% de parteras/os entrevistados tienen varias ocupaciones, las mismas son realizadas a la par, en mayor porcentaje lo ocupa: Agricultura 87,5%, Quehaceres domésticos 33,3%, Comerciante 25,0% y en menor porcentaje ocupación de panadero, costurera, otros. Relacionadas con el género las actividades son ejercidas en porcentajes similares en hombres y mujeres.

Estos datos llevan a pensar que las actividades de partería no son su única fuente de ingreso, además que las otras labores las realizan dentro de la comunidad lo que facilita que puedan acudir de manera rápida al llamado de las mujeres que están en labor de parto. Además, es importante mencionar que los datos obtenidos concuerdan con datos del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la

parroquia Quisapincha donde (69,5%) de la población económicamente activa se dedica a la agricultura.

### **Distancia**

**Tabla N° 8:** Parteras/os según Distancia, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016

Distancia	Parteras/os	
	N°	%
<5 Km	6	25,0
5 A 10 Km	10	42,0
>10 Km	8	33,0
Total	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

De las 24 parteras/os, podemos apreciar en la tabla N°8, el 42% vive entre 5 a 10 Km de distancia del Centro de Salud, y el 33,0% vive a una distancia >10 Km, sólo el 25,0 % se encuentra a menos de 5 km. Por tanto el 75 % de los parteros vive a más de 5 km del centro de salud.

Estos datos interpretan que a mayor distancia mayores son las dificultades para acceder al sistema de salud, entre estas se pueden nombrar falta de transporte, carreteras en mal estado, entre otras. La distancia los limita a participar en las capacitaciones impartidas en el centro de salud y a intercambiar información con el personal de salud.

## Medios de Comunicación

**Tabla N° 9:** Parteras/os según Medios de comunicación, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016

Medios de Comunicación	Parteras/os	
	N°	%
Teléfono fijo	5	19,0
Teléfono celular	14	52,0
Internet	2	7,0
Ninguno	6	22,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

En relación a los medios de comunicación con que cuentan los entrevistados en la tabla N°9 se observa que un número elevado de parteras/os cuentan con medios de comunicación, predominando el teléfono celular con el 52,0%, seguido del teléfono fijo con el 19,0%, internet apenas el 7,0% y un número importante que corresponde al 22,0% no cuenta con ningún medio de comunicación.

Con estos datos se puede evidenciar que un gran porcentaje de la población dispone de medios de comunicación, lo que facilita el intercambio de información con el sistema de salud permitiendo reportar partos o comunicar alguna complicación, entre otras novedades; pero un número representativo no posee ningún medio de comunicación y son los que justamente viven en los lugares más alejados del centro de salud, esto hace que estén imposibilitados de llevar un contacto rápido y permanente con los profesionales de salud. En ocasiones existe un subregistro del número de partos en el centro de salud, fundamentalmente en las comunidades donde los parteros/as no cuentan con medios de comunicación.



#### 4.2.2. Nivel de conocimiento de las parteras/os comunitarios sobre la atención materno infantil.

Se aplicó una encuesta diligenciada a parteras/os para valorar su nivel de conocimiento sobre la atención materno infantil, obteniendo los siguientes resultados.

**Tabla N° 10:** Parteras/os según Nivel de Conocimiento, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016

Nivel Conocimiento	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Medio	5	62,5	9	56,3	14	58,4
Bajo	3	37,5	7	43,7	10	41,6
Total	8	33,3	16	66,7	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** santana, Lorena

En la presente tabla N°10 se evidencia que del 100% de partera/os, el 58,4% tiene un nivel de conocimiento medio y el 41,6% tiene un nivel de conocimiento bajo, sin reportar parteras/os con nivel de conocimiento alto. En el nivel de conocimiento medio en relación con el género, se puede observar que el masculino tiene mayor predominio (62,5%) que el femenino (56,3%).

De estos datos se interpreta que las parteras/os tienen un conocimiento deficiente ya que ninguno alcanza un nivel alto, se constató que los hombres poseen un nivel de conocimiento ligeramente superior en relación a las mujeres, esto concuerda con el nivel de instrucción alcanzado por los mismos y que tienen mayor posibilidad de acudir a las capacitaciones en el centro de salud, lo que se contrapone a las actividades de las mujeres que les dificulta alejarse del hogar.

Dentro de los resultados obtenidos en la encuesta para valorar el nivel de conocimiento se encontraron los siguientes datos sobresalientes:

### **Control Prenatal**

**Tabla N° 11:** Parteras/os según conocimiento de número de controles prenatales, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016.

Controles Prenatales	Parteras/os	
	N°	%
1 Control	8	33,3
3 Controles	6	25,0
5 Controles	10	41,7
Total	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

Según el conocimiento que tienen las parteras sobre el número de controles médicos que deben tener las embarazadas en el centro de salud tabla, en N°11 se aprecia los siguientes resultados: el 33,3% considera que es suficiente con un solo control, el 25,0% refiere que es necesario 3 controles y el 41,7 % expresa que deben tener 5 controles como mínimo.

Esto nos indica que las parteras/os no conocen de la importancia de acudir al control médico para mantener el bienestar materno fetal, por lo que no asesoran a las embarazadas de su comunidad en este sentido, refiriendo que "basta que vaya una sola vez donde el doctor para que diga si todo está bien y para que después no tenga problemas en asentar la partida de nacimiento de la guagua".

### Parto normal posterior a cesárea

**Tabla N° 12:** Parteras/os según conocimiento de atención de parto normal posterior a cesárea, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016

Parto normal posterior a cesárea	Parteras/os	
	N°	%
Si	18	75,0
No	6	25,0
Total	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

En la tabla N°12 se observa que el 75,0% de parteras/os considera que se puede tener un parto normal posterior al parto por cesárea, y el 25,0% no lo considera apropiado.

Esto comprueba el desconocimiento de las parteras/os sobre las complicaciones que podría tener un trabajo de parto en una mujer que ha presentado una cesárea anterior, sin embargo, las parteras/os expresaron “no hemos tenido ningún problema con los partos que antes han sido operados, todas las guaguas han nacido bien y las mamás se han recuperado pronto”

## Señales de peligro en el embarazo

**Tabla N° 13:** Parteras/os según conocimiento de señales de peligro en el embarazo, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016.

Señales de peligro en embarazo	Parteras/os	
	Nº	%
Parto demorado	14	58,3
Falta de movimiento del bebe	16	66,6
Zumbido en los oídos	11	45,8
Dolor intenso en vientre	6	25,5
Salida de líquido de vagina antes de tiempo	9	37,5
Sangrado vaginal en el embarazo	10	41,5

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

En la tabla N°13 se representa el nivel de conocimiento sobre algunas de las señales de peligro que pueden presentarse en el embarazo, donde vemos datos llamativos como que tan solo el 25,5% considera el dolor intenso de vientre, 37,5% considera la salida de líquido vaginal antes de tiempo, 41,5% sangrado vaginal durante el embarazo y el 45,8% zumbidos en el oído.

En la encuesta las parteras/os argumentan “antes de mandar al hospital primero hay que ver si mejora con aguas medicinales o con masajes, la mayoría de problemas son por frío o por iras, si no mejora mandamos enseguida al hospital”

Esto demuestra que hay dificultad en la identificación de signos de peligro y que se tarda mucho en trasladar al hospital a las pacientes, poniendo en riesgo la vida de la madre y el niño.

## Corte de cordón umbilical

**Tabla N° 14:** Parteras/os según conocimiento de momento en que se corta el cordón umbilical, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016.

Corte de cordón umbilical	Parteras/os	
	N°	%
Inmeditamente	14	58,4
Cuando sale la placenta	8	33,3
Cuando deja de latir	2	8,3
Total	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

En relación al momento en que se corta el cordón umbilical, según la tabla N°14 el 58,4% lo realiza inmediatamente luego del parto, el 33,3% lo realiza cuando sale la placenta y el 8,3% lo realiza cuando deja de latir.

Por lo tanto, es evidente el desconocimiento de los beneficios del momento adecuado del corte del cordón umbilical, impidiendo al niño se beneficie de una dotación de hierro materno que le sería útil hasta los seis meses de vida, siendo esto importante para los lactantes que viven en entornos con pocos recursos y tienen menor acceso a alimentos ricos en hierro.

**Integración de parteras/os según causa** Para dar respuesta a este objetivo se dividió las preguntas en dos instrumentos, una encuesta diligenciada dirigida a las parteras y una encuesta estructurada dirigida al personal de salud para analizar la integración de las parteras/os desde las dos dimensiones

#### 4.2.3. Entrevista dirigida a parteras/os

**Tabla N° 15:** Integración de Parteras/os Según Causa, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016.

Causas	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
-Confiabilidad en los servicios de salud.	5	62,5	6	37,5	11	45,8
-Aceptación por el personal del centro de salud.	4	50,0	8	50,0	12	50,0
-Convocatoria para capacitación en el centro de salud.	6	75,0	15	93,8	21	87,5
-Participación en capacitación impartida por el centro de salud	4	50,0	8	50,0	12	50,0
-Solicitud de registro como partera/os	6	75,0	14	87,5	20	83,3
-Remuneración económica por la atención a los partos.	4	50,0	8	50,0	12	50,0
Total	8	33,6	16	66,7	24	100,0

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

Del total de 24 parteras/os en la tabla N°15 se aprecia que el 45,8% confían en los servicios de salud; el 50,0% se sienten aceptados por el personal de salud; el 87,5% han sido convocados para capacitación en el centro de salud; pero solo el 50,0% ha asistido a las capacitaciones; el 83,3% han sido solicitados registrarse como parteras/os y el 50,0% recibe remuneración económica por la atención de partos.

Al relacionarlo con el género se aprecia que el masculino tiene más confianza en los servicios que presta el centro de salud (62,5%), los dos géneros por igual (50,0%) se sienten aceptadas por el personal de salud; en mayor porcentaje el género femenino (93,8%) ha sido convocado a capacitación; en igual porcentaje (50%) masculino y femenino han acudido a capacitaciones en el centro de salud; el mayor porcentaje (87,5%) de mujeres han sido solicitadas que se registren como parteras/os; los dos géneros en igual porcentaje (50,0%) reciben remuneración por los partos atendidos.

Con estos datos se puede observar que la mitad de la población en estudio confían en el personal de salud y menos de la mitad de las parteras/os se sienten aceptados por dicho personal; las parteras argumentan “cuando los doctores vienen a nuestras casas nos ofrecen ayuda y atención enseguida para nuestras familias y parturientas, pero cuando vamos al centro de salud nos dicen que ya no hay turnos o cuando avisamos de alguna paciente que se complicó en el parto demoran mucho en ir a ver... y peor aun cuando vamos al hospital con las pacientes, decimos que somos parteras/os y que nos dejen entrar a ver que van hacer con la parturienta, nos dicen que no podemos pasar que ya ellos se hacen cargo... sin permitir decir, que se ha hecho con la paciente antes de que baje al hospital”

El centro de salud busca un acercamiento al solicitarles que se registren como parteras/os y convocar a capacitaciones, pero solo asisten la mitad de parteras/os, perdiendo de esta forma la oportunidad de mejorar y adquirir conocimientos nuevos. Consideramos que esto pudiera estar relacionado con el nivel de instrucción y de conocimientos que reflejan en las encuestas antes analizadas.

Ante esto las parteras/os dicen “No podemos ir a las capacitaciones porque tenemos cosas que hacer en la comunidad, no podemos dejar los terrenos, las mingas o cosechas, y no siempre hay transporte para bajar rápido... además cuando vamos a la reunión solo nos preguntan cómo atendemos nosotros parece que nos estuvieran tomando lección, y nos hablan en palabras que no entendemos... sería bueno que las reuniones se hagan en la zona alta así podríamos asistir con más facilidad”

La mitad recibe remuneración económica por su actividad y otros lo hacen en productos como papas, maíz, cuyes o conejos, por lo que la actividad les resulta gratificante, e incentiva a continuar realizando la práctica en la comunidad, no siendo así con el servicio de salud, que no ofrece nada a cambio de la información que ellas proporcionan. “cuando atendemos partos nos pagan con lo que tengan voluntad, no hay valor fijo, a veces nos dan animalitos, o alguna cosecha, pero siempre agradecen por los servicios que damos, en cambio los doctores piden que reportemos todos los meses los partos y las embarazadas que aparecen en las comunidades pero se da la información y no agradecen”.



#### 4.2.4. Encuesta Dirigida a Personal de Salud

**Tabla N° 16:** Integración de Parteras/os Según Causa y Años de Servicio, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016.

Causas	Años de servicio				Total
	<1año	2-5 años	6-10 años	>11 años	
-Experiencia de trabajo con las parteras/os	2	8	4	1	15
	33,3%	88,8%	100,0%	100,0%	75,0%
-Aceptación de parteras/os en el equipo de salud.	3	8	3	1	15
	50,0%	88,8%	75,0%	100,0%	75,0%
-Confiabilidad en las actividades que realizan las parteras/os.	3	6	2	1	12
	50,0%	66,6%	50,0%	100,0%	50,0%
-Capacidad de las parteras/os en identificación de signos de alarma.	2	5	2	1	10
	33,3%	55,5%	50,0%	100,0%	50,0%
-Aceptación del parto culturalmente adecuado	4	8	4	1	17
	44,4%	88,8%	100,0%	100,0%	85,0%
-Conocimiento de CONE comunitario.	5	8	3	1	17
	83,3%	88,8%	75,0%	100,0%	85,0%
Total	6	9	4	1	20
	30,0%	45,0%	20,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Entrevista

**Realizado por:** Santana, Lorena

Nota Aclaratoria:

Los porcentajes del total de las filas se calculan en base a n=20

Los porcentajes de las columnas se calculan en base al total de profesionales según años de experiencia

En la tabla N°16 se muestra que de los 20 trabajadores de la salud el 75,0% tiene experiencia en trabajo con parteras/os, el 75,0% acepta a las parteras/os como parte del equipo de salud, el 50,0% confía en las actividades que realizan las parteras, el 50,0% considera que las parteras/os están en capacidad de reconocer signos de alarma, el 85% acepta que se practique el parto culturalmente adecuado y el 85% tiene conocimiento del CONE comunitario.

En relación a la antigüedad como trabajadores del centro de salud, los que tienen menos de 1 año de servicio, son los que menos experiencia tienen en el trabajo con parteras (33,3%), aceptan menos (50,0%), confían menos (50,0%) y consideran que tienen menos capacidad para identificar signos de alarma (33,3%).

Otro dato que llama la atención es que el 15% de los profesionales no tienen conocimiento a cabalidad del CONE comunitario, por lo tanto, es difícil que se dé una articulación de parteras/os con el personal de salud si se desconoce lo que la estrategia persigue.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. Conclusiones**

Las parteras/os de la parroquia de Quisapincha son predominantemente de género femenino, indígenas en etapa de adulto maduro con un nivel de instrucción bajo, dedicadas principalmente a actividades de la agricultura.

El nivel de conocimiento de las parteras/os es medio y bajo, siendo el género femenino el que menor nivel alcanzó, las parteras no están suficientemente capacitadas en la atención materno infantil, evidenciándose en el bajo nivel de conocimiento encontrado fundamental en el número de controles médicos en la embarazada, identificación de señales de peligro en el embarazo, indicación de parto normal posterior a parto por cesárea, momento adecuado para cortar el cordón umbilical y conocimiento sobre estrategia CONE.

Es insuficiente la integración de parteras/os al sistema de salud pública pudiendo estar influenciado por la falta de confianza en el personal de salud, la percepción de rechazo por el personal de salud y la baja participación en capacitaciones convocadas, la no aceptación de las parteras como parte del equipo de salud y la falta de experiencia en trabajo con ellas.

#### **5.2. Recomendaciones**

Se debe planificar capacitaciones en lugares más cercanos a sus lugares de residencia para facilitar la asistencia a las mismas e impartirlas tomando en cuenta la andragogía, buscando técnicas educativas que se acoplen a su nivel sociocultural.

Se debe capacitar permanentemente al personal de salud sobre estrategia CONE, haciendo énfasis en CONE comunitario, principalmente al personal que tiene menos de dos años en la institución.

De acuerdo a la información obtenida, es insuficiente la integración de parteras/os en la comunidad analizada a la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, por lo que resulta necesario el diseño de un plan de capacitación para mejorar el nivel de conocimientos de las parteras/os, con la participación de todo el personal de salud, tomando en cuenta sus condiciones sociodemográficas y los limitantes de integración identificados.

## **CAPÍTULO VI**

### **LA PROPUESTA**

#### **6.1. Datos Informativos**

**Tema:** Plan de capacitación sobre atención materno neonatal para parteras/os comunitarias de la parroquia Quisapincha dirigido por profesionales del Centro de Salud.

**Institución Ejecutora:** Universidad Técnica de Ambato

**Institución Beneficiaria** Centro de Salud de Quisapincha

#### **Beneficiarios**

- Parteras/os comunitarios de la parroquia Quisapincha
- Personal de Centro de Salud de Quisapincha

#### **Tiempo estimado**

La propuesta se implementará inmediatamente posterior a su aprobación, en un tiempo estimado de 6 meses.

#### **6.2. Antecedentes de la Propuesta**

Con los datos obtenidos en las encuestas se identificó que el nivel de conocimiento de las parteras/os es medio y bajo, lo que indica que las falencias detectadas deben ser fortalecidas por medio de capacitación permanente.

El centro de salud realiza capacitaciones eventuales a parteras/os pero a pesar de que casi todas son convocadas por medio de un documento escrito y solicitud verbal, tan solo la mitad han acudido en algún momento a las reuniones.

Las parteras/os encuentran dificultad en asistir debido a que su lugar de residencia queda lejos del centro de salud y tienen varias ocupaciones dentro de la comunidad.

A la vez se identificaron causas que puedan influir en la integración de parteras/os al sistema de salud donde se pueden mencionar datos importantes como: Las parteras/os no confían en los servicios que presta el centro de salud y tienen una percepción de rechazo por el mismo, mientras que el personal de salud no confía en los conocimientos y actividades de las parteras/os, que se relaciona directamente con el tiempo de servicio en el centro de salud de este personal.

### **6.3. Justificación**

Es importante que se realice un plan de capacitación para parteras/os con la participación del personal del centro de salud, ya que de esta forma el personal imparte sus conocimientos acordes a las normativas del Ministerio de Salud Pública y se retroalimenta con las practicas ancestrales y experiencia de las parteras.

Al utilizar técnicas educativas apropiadas al nivel sociocultural de las parteras se logrará que el conocimiento sea receptado de una manera adecuada, además esta forma de capacitación contribuirá a que se fomenten nexos entre las parteras/os y el personal de salud creando un ambiente de confianza y aceptación.

Para que de esta forma las parteras/os se integren al sistema de salud como lo estipula la estrategia CONE, con la conformación de las redes CONE comunitarias.

Por medio de la capacitación se busca contribuir a prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, desarrollando habilidades y destrezas que permitan salvar vidas en sus comunidades, por lo tanto, al tener parteras/os capacitados e integrados al sistema de salud, se construye un pilar importante que incida en la reducción de la mortalidad materno neonatal.

## **6.4. Objetivos**

### **6.4.1. Objetivo General**

Elaborar un plan de capacitación sobre atención materno neonatal para parteras/os comunitarias de la parroquia Quisapincha dirigido por profesionales del Centro de Salud.

### **6.4.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar las necesidades de aprendizaje.
2. Preparar los temas a impartir según necesidades de aprendizaje identificadas.
3. Seleccionar las formas de enseñanzas adecuadas según temas escogidos.

## **6.5. Análisis de Factibilidad**

### **Político**

Actualmente el estado defiende políticas que se han implementado con la finalidad de garantizar la salud como un derecho, así lo refiere el Régimen del Buen Vivir en el capítulo relacionada a Inclusión y equidad.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema

nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

### **Socio Cultural**

La capacitación incluye el respeto de todas aquellas expresiones culturales propias de las parteras/os en relación la atención materno neonatal, para que la comunidad pueda beneficiarse de una atención segura manteniendo sus costumbres y tradiciones.

### **Técnico**

Para la propuesta se cuanta con el total de las parteras/os de la parroquia, así como con el deseo de participación del personal de salud, junto con el apoyo de las instituciones como: Centro de Salud de Quisapincha, Dirección Distrital de Salud 18D01, los mismos que contribuirán con material didáctico adecuado (maquetas, afiches, proyector, entre otros).

### **Económico – Financiero**

La propuesta se financia con autogestión y apoyo de instituciones de la localidad como: Cooperativa de ahorro y crédito Maquita, Asociación de artesanos parroquia Quisapincha; recordando que el costo es relativamente bajo si se compara con los beneficios que se obtendrá.

## **6.6. Fundamentación Teórica**

En el cantón Salcedo en el año 2015, se realizó un estudio por parte de la autora Toaquizza Changoluisa, Alexandra Isabel, titulado - Conocimientos y prácticas sobre el parto, puerperio en las parteras empíricas y su influencia en las complicaciones obstétricas en las comunidades rurales del cantón Salcedo.



En este estudio se encontró que las parteras son mujeres importantes en cada una de las comunidades rurales del Cantón Salcedo, porque proporcionan una atención adecuada en el parto y puerperio, de acuerdo al género predomina el femenino.

Además, que las capacitaciones han sido una herramienta fundamental en el aprendizaje de cada partera de las comunidades rurales del cantón Salcedo, cada partera está en la capacidad de reconocer los síntomas, signos y complicaciones que pueden presentarse en el parto y puerperio. Con esto se ha podido reducir los índices de muerte materna ya que años anteriores las tasas de mortalidad materna eran altas.

En la ciudad de Cuenca en la parroquia Jadán en el año 2014 se realizó un estudio titulado Saberes ancestrales y tradicionales de las parteras de la parroquia Jadán. Este estudio encontró que ninguna de las parteras que fueron parte del estudio reconoció o manifestó haber recibido capacitación o instrucción de algún tipo, hecho que convierte a la labor de estas mujeres en una labor empírica pero no por ellos menor rica en conocimiento.

En el estudio titulado —El parto realizado por matronas: una revisión integradora— tiene como objetivo analizar las tendencias de las publicaciones sobre el trabajo realizado en casa por parteras. Se realizó una revisión integradora en las bases de datos LILACS y SSILO, en febrero de 2012. Se encontró que, las parteras eran mujeres experimentadas, con baja escolaridad y muy respetadas por el pueblo. Normalmente, eran vistas como líderes, lo que constituía o hacía una referencia a la atención de la salud de la madre y el niño. Hay parteras que ya tienen, más allá de la experiencia de partería, capacitación para brindar seguridad, tranquilidad y confianza a las madres que acompañan.

Los autores concluyen que para que las parteras estén más preparadas para el acto de partería sería necesario inversiones de las autoridades sanitarias a fin de permitir una mejor formación de estas mujeres que tienen el don de dar vida. Así, lo ideal sería proporcionarles cursos, materiales disponibles para el trabajo y un salario digno, es decir, ayuda financiera para su supervivencia.

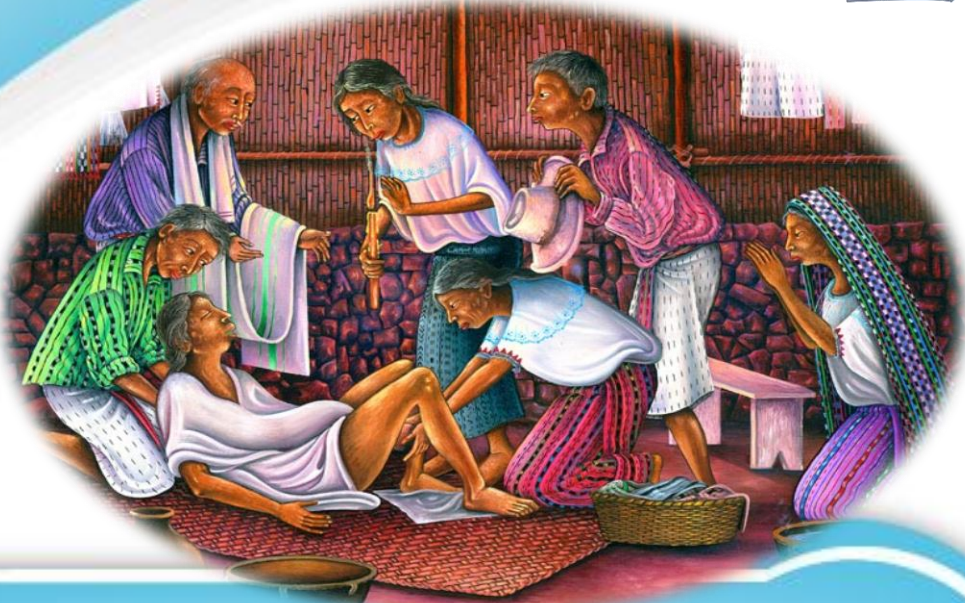
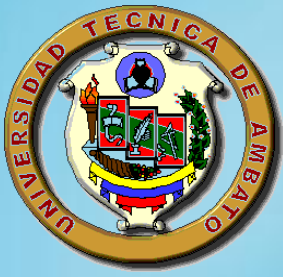
Estos trabajos demuestran que es necesario se realicen más estudios sobre este tema, ya que las parteras/os son importantes en la vida de las mujeres y los niños de las comunidades. Además, estas actividades no tienden a desaparecerán con el paso de los años.

## **6.7. Metodología**

La metodología a utilizar durante la capacitación será reflexiva, analítica, vivencial, con prácticas demostrativas para aprovechar y facilitar el proceso de aprender haciendo. Se utilizarán técnicas participativas para mantener la motivación del grupo enfatizando en la importancia de la participación de todos y todas.

La capacitación a parteras incluirá la realización de 5 talleres de 1 día cada uno con un tiempo de duración de 4 horas con dos recesos de quince minutos, se llevarán a cabo los días miércoles en la zona alta y jueves en la zona baja una vez al mes, en el domicilio de una de las parteras o en la casa comunal. De esta forma las parteras/os tienen mayor posibilidad de acudir por la cercanía a sus domicilios.

- En el primer taller se impartirán conceptos generales sobre embarazo, parto puerperio y recién nacido enfatizado en situaciones normales y la posibilidad que tiene la mujer y el recién nacido de enfermarse o morir.
- En el segundo taller se tratará sobre atención de parto limpio y alumbramiento seguro.
- El tercer taller se capacitará sobre identificación de señales de peligro antes, durante y después del parto.
- En el cuarto taller se abordará el sistema de información y referencia oportuna.
- El quinto taller se explicará sobre primeros auxilios en caso de emergencias obstétricas y neonatales en el ámbito comunitario.



**PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE ATENCIÓN MATERNO  
NEONATAL PARA PARTERAS/OS COMUNITARIAS DE LA  
PARROQUIA QUISAPINCHA DIRIGIDO POR  
PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD.**



## MATRICES PARA EL DESARROLLO DE LOS TALLERES

**Matriz No. 1.- Matriz de programación de los Talleres:** Se aplica la Matriz de Programación de los Talleres en la que constan las fases por las que tiene que pasar el Taller correspondiente, de acuerdo al siguiente cuadro:

**Tabla N° 17:** Matriz Programación de Talleres

<b>Tema:</b> _____		
<b>Destinatario:</b> _____		
<b>Fecha y hora:</b> _____		
<b>Objetivo:</b>		
<b>Horario</b>	<b>Actividades Generales</b>	<b>Observaciones</b>
	Fase Inicial	
	Fase Central	
	Fase Final	

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Matriz No. 2.- Desarrollo y contenidos del taller:** en el que se detalla todas las informaciones relacionadas con el tema y las actividades prácticas.

**Tabla N° 18:** Desarrollo y contenidos del taller

Pasos	Actividad	Tiempo	Material	Método/Técnica	Responsable
	<b>Objetivo:</b>				
1					
2					
3					
4					
5					

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Matriz No. 3.-** Evaluación de los talleres: En el que se evalúa lo aprendido en los Talleres, de acuerdo al siguiente cuadro:

**Tabla N° 19:** Evaluación de los talleres

<b>N°</b>	<b>Preguntas de la Evaluación</b>	<b>Observación</b>
1		
2		
3		
<b>Conclusiones</b>		
1		
2		
3		

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Matriz No. 4.-** Elaboración del cronograma: En el que se establece el tiempo exacto que dura el Taller, de acuerdo al siguiente cuadro:


**Tabla N° 20:** Cronograma

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Hora</b>
1			
2			
3			
4			
	<b>Tiempo Total</b>		

**Elaborado por:** Santana Lorena

## DESARROLLO DE LOS TALLERES

**Tabla N° 21: Matriz de programación taller 1**

	
<p><b>Tema:</b> Definiciones de Conceptos y Definiciones Operativas</p> <p><b>Destinatarios:</b> Parteras/os</p> <p><b>Fecha y lugar:</b> Por definirse</p>	
Objetivo:	Lograr que las personas asistentes tengan el conocimiento necesario de cada uno de los conceptos que son utilizados.
<b>Horario</b>	<b>Actividades Generales</b>
08:00 am 08:40 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación de los participantes y expositores</li> <li>• Explicación de los puntos principales del taller.</li> <li>• Aspectos organizativos y metodológicos</li> </ul>
08:40 am 09:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y desarrollo de los contenidos del taller</li> </ul>
09:30 am 09:45 am	<b>Receso</b>
09:45 am 10:55 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de las dinámicas y actividades</li> <li>• Participación de todos los integrantes en grupos de trabajo</li> </ul>
10:55 am 11:25 am	<b>Receso</b>
11:25 am 12:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> <li>• Plan de acción</li> <li>• Evaluación</li> </ul>

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 22: Desarrollo y contenidos taller N°1**

Pasos	Actividad	Tiempo	Material	Método/Técnica	Responsable
	<b>Objetivo:</b> Lograr que las personas asistentes tengan el conocimiento necesario de cada uno de los conceptos que son utilizados.				
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	Trípticos, boletines	Verbal	La investigadora
2	Presentación de los participantes y expectativas del taller	20 min	Tarjetas de identificación	Participativo	
3	<b>Presentación de los expositores</b> Manifiestar la experiencia y preparación del expositor	5 min	Pantalla informativa	Verbal	
4	<b>Exposición de la Metodología y organización del taller</b> <b>Aspectos logísticos y organizativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación del taller</li> <li>• Instrucciones</li> <li>• Materiales</li> <li>• Horarios</li> <li>• Técnicas de evaluación</li> </ul>	10 min	Computadora Infócus Pizarrón	Verbal	Expositor Investigadora
5	<b>Presentación y desarrollo de los contenidos del taller:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo reproductivo durante el embarazo, parto y puerperio</li> <li>• Referencia a nivel comunitario</li> <li>• Atención que brinda la partera en la comunidad</li> <li>• Partera tradicional capacitada</li> <li>• Partera activa</li> <li>• Mujeres de edad fértil</li> <li>• Género y sexo</li> <li>• Atención integral a la mujer</li> <li>• Enfoque de riesgo reproductivo</li> </ul>	50 min	Computador Infocus Material	Expositivo Presentación en plenaria Discusión en plenaria	Expositor Investigadora
6	<b>Desarrollo de dinámicas y actividades:</b> <b>Dinámicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de integración</li> </ul> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar grupos de trabajo</li> <li>• Presentación en los grupos</li> <li>• Analizar los problemas presentados</li> <li>• Análisis de los temas mencionados.</li> </ul>	20 min  50 min	Hojas Lápices	Participativo	Expositor Investigadora
7	<b>Conclusiones y Recomendaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir los puntos tratados</li> </ul>	15 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador	Explicativo Lluvia de ideas Participativo	Expositor Investigadora

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer las conclusiones luego del trabajo grupal</li> <li>• Plantear recomendaciones sobre cómo solucionar problemas presentados.</li> </ul>				
8	<b>Plan de acción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de lo aprendido en el taller</li> <li>• Establecer mecanismos acerca de cómo aplicar las recomendaciones en casos que se presenten.</li> <li>• Establecer el plan de acción con todos los participantes del taller</li> </ul>	25 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador		Expositor, Investigadora Participantes
9	<b>Evaluación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de evaluación al final del taller</li> <li>• Sesión de preguntas y respuestas</li> <li>• Realizar una autoevaluación con preguntas que se hacen los participantes y las respuestas correspondientes.</li> <li>• Plan de seguimiento con talleres de refuerzo en caso de ser necesario</li> </ul>	20 min	Cuestionario Hojas Lápices	Participativo	Investigadora Participantes

**Elaborado por:** Santana Lorena



**Tabla N° 23: Evaluación Taller N°1**

<b>N°</b>	<b>Preguntas de la Evaluación</b>	<b>Observación</b>
1	¿Qué factores de riesgo ha observado durante el embarazo?	
2	¿Qué riesgos se ha presentado durante el parto?	
3	¿Cómo considera su atención durante el parto?	
4	¿Usted ha tenido algún tipo de capacitación?	
5	¿Ha solicitado ayuda de profesionales de la salud durante un parto?	
6	¿Las personas ponen toda la confianza en su persona?	
Conclusiones		
1		
2		
3		

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 24: Cronograma Taller N°1**

N°	Actividades	Tiempo	Hora
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	08:00 am - 08:05 am
2	Presentación de las y los participantes	20 min	08:05 am - 08:25 am
3	Presentación de los expositores	5 min	08:25 am - 08:30 am
4	Exposición de la Metodología y organización	10 min	08:30 am - 08:40 am
5	Presentación y desarrollo de los contenidos	50 min	08:40 am - 09:30 am
6	Receso	15 min	09:30 am - 09:45 am
7	Desarrollo de dinámicas y actividades	70 min	09:45 am - 10:55 am
8	Receso	30 min	10:55 am - 11:25 am
9	Conclusiones y recomendaciones	15 min	11:25 am - 11:40 am
10	Plan de acción	25 min	11:40 am - 12:05 am
11	Evaluación	20 min	12:05 am - 12:25 am
	<b>Tiempo Total del taller N°1</b>	<b>4h:25min</b>	<b>08:00 am - 12:25 am</b>

Elaborado por: Santana Lorena

**Tabla N° 25:** Matriz de programación: Taller N°2

<b>TALLER N°2</b>	
Tema: Causas de muertes materna en el país Destinatarios: Parteras/os del lugar Fecha y lugar: Por definirse	
Objetivo:	Identificar las causas de mortalidad materna que se presentan durante el embarazo, parto y posparto en el país, departamento o comunidad a fin de que pueda prevenir, brindar primeros auxilios y referir en forma oportuna las emergencias obstétricas.
Horario	<b>Actividades Generales</b>
08:00 am 08:40 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación de los participantes y expositores</li> <li>• Explicación de los puntos principales del taller.</li> <li>• Aspectos organizativos y metodológicos</li> </ul>
08:40 am 09:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y desarrollo de los contenidos del taller</li> </ul>
09:30 am 09:45 am	<b>Receso</b>
09:45 am 10:55 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de las dinámicas y actividades</li> <li>• Participación de todos los integrantes en grupos de trabajo</li> </ul>
10:55 am 11:25 am	<b>Receso</b>
11:25 am 12:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> <li>• Plan de acción</li> <li>• Evaluación</li> </ul>

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 26: Desarrollo y contenidos Taller N°2**

Pasos	Actividad	Tiempo	Material	Método/Técnica	Responsable
	<b>Objetivo:</b> Identificar las causas de mortalidad materna que se presentan durante el embarazo, parto y posparto en el país y comunidad a fin de que pueda prevenir, brindar primeros auxilios y referir en forma oportuna las emergencias obstétricas				
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	Trípticos, boletines	Verbal	La investigadora
2	Presentación de los participantes y expectativas del taller	20 min	Tarjetas de identificación	Participativo	
3	<b>Presentación de los expositores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar la experiencia y preparación del expositor</li> </ul>	5 min	Pantalla informativa	Verbal	
4	<b>Exposición de la Metodología y organización del taller</b> <b>Aspectos logísticos y organizativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación del taller</li> <li>• Reglas de juego</li> <li>• Materiales</li> <li>• Horarios</li> <li>• Técnicas de evaluación</li> </ul>	10 min	Computadora Infócus Pizarrón	verbal	Expositor Investigadora
5	<b>Presentación y desarrollo de los contenidos del taller:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causas de muertes maternas durante el embarazo, parto y después del parto en el país, región y comunidad.</li> <li>• Emergencias más frecuentes durante el embarazo, parto y después del parto.</li> <li>• Lo que se debe hacer cuando se presenta una emergencia obstétrica y del recién nacido.</li> <li>• Preparación de la partera en caso de emergencia.</li> </ul>	50 min	Computador Infocus Material	Expositivo Presentación en plenaria Discusión en plenaria	Expositor Investigadora
6	<b>Desarrollo de dinámicas y actividades:</b> <b>Dinámicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de integración</li> </ul> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar grupos de trabajo</li> <li>• Presentación en los grupos</li> <li>• Analizar los problemas presentados</li> <li>• Análisis de los artículos</li> </ul>	20 min  50 min	Hojas Lápices	Participativo	Expositor Investigador

	mencionados.				
7	<b>Conclusiones y Recomendaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir los puntos tratados</li> <li>• Establecer las conclusiones luego del trabajo grupal</li> <li>• Plantear recomendaciones sobre cómo solucionar problemas presentados.</li> </ul>	15 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador	Explicativo Lluvia de ideas Participativo	Expositor Investigador
8	<b>Plan de acción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de lo aprendido en el taller</li> <li>• Establecer mecanismos acerca de cómo aplicar las recomendaciones en casos que se presenten.</li> <li>• Establecer el plan de acción con todos los participantes del taller</li> </ul>	25 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador		Expositor, Investigador,
9	<b>Evaluación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de evaluación al final del taller</li> <li>• Sesión de preguntas y respuestas</li> <li>• Realizar una autoevaluación con preguntas que se hacen los participantes y las respuestas correspondientes.</li> <li>• Plan de seguimiento con talleres de refuerzo en caso de ser necesario</li> </ul>	20 min	Cuestionario Hojas Lápices	Participativo	Participantes

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 27:** Evaluación Taller N°2

N°	Preguntas de la Evaluación	Observación
1	¿Cuáles son las causas por las que mueren las mujeres en su comunidad?	
2	¿Cuáles son las emergencias que se presentan durante el embarazo, parto y posparto?	
3	¿Qué hacer en caso de presentarse una emergencia obstétrica?	
4	¿Cómo me puedo preparar como partera en caso de emergencia?	
Conclusiones		
1		
2		
3		

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 28:** Cronograma Taller N°2

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Hora</b>
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	08:00 am - 08:05 am
2	Presentación de las y los participantes	20 min	08:05 am - 08:25 am
3	Presentación de los expositores	5 min	08:25 am - 08:30 am
4	Exposición de la Metodología y organización	10 min	08:30 am - 08:40 am
5	Presentación y desarrollo de los contenidos	50 min	08:40 am - 09:30 am
6	Receso	15 min	09:30 am - 09:45 am
7	Desarrollo de dinámicas y actividades	70 min	09:45 am - 10:55 am
8	Receso	30 min	10:55 am - 11:25 am
9	Conclusiones y recomendaciones	15 min	11:25 am - 11:40 am
10	Plan de acción	25 min	11:40 am - 12:05 am
11	Evaluación	20 min	12:05 am - 12:25 am
	<b>Tiempo Total del taller N°2</b>	<b>4h:25 min</b>	<b>08:00 am - 12:25 am</b>

Elaborado por: Santana Lorena

**Tabla N° 29:** Matriz de programación: Taller N°3

<b>TALLER N°3</b>	
<b>Tema:</b> Principios de los primeros auxilios	
<b>Destinatarios:</b> Parteras/os del lugar	
<b>Fecha y lugar:</b> Por definirse	
<b>Objetivo:</b>	Identificar y aplicar los principios de los primeros auxilios y manejo de la emergencia obstétrica; fundamentalmente la partera debe entender en que consiste la emergencia, cuáles son los objetivos en la aplicación de los primeros auxilios, los pasos para la evaluación de

	una emergencia, el manejo y la referencia de la emergencia.
<b>Horario</b>	<b>Actividades Generales</b>
08:00 am 08:40 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación de los participantes y expositores</li> <li>• Explicación de los puntos principales del taller. Aspectos organizativos y metodológicos</li> </ul>
08:40 am 09:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y desarrollo de los contenidos del taller</li> </ul>
09:30 am 09:45 am	<b>Receso</b>
09:45 am 10:55 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de las dinámicas y actividades</li> <li>• Participación de todos los integrantes en grupos de trabajo</li> </ul>
10:55 am 11:25 am	<b>Receso</b>
11:25 am 12:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> <li>• Plan de acción</li> <li>• Evaluación</li> </ul>

**Elaborado por:** Santana Lorena



**Tabla N° 30: Desarrollo y contenidos Taller N°3**

Pasos	Actividad	Tiempo	Material	Método/Técnica	Responsable
	<b>Objetivo:</b> Identificar y aplicar los principios de los primeros auxilios y manejo de la emergencia obstétrica; fundamentalmente la partera/o debe entender en que consiste la emergencia, cuáles son los objetivos en la aplicación de los primeros auxilios, los pasos para la evaluación de una emergencia, el manejo y la referencia de la emergencia.				
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	Trípticos, boletines	Verbal	La investigadora
2	Presentación de los participantes y expectativas del taller	20 min	Tarjetas de identificación	Participativo	
3	<b>Presentación de los expositores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar la experiencia y preparación del expositor</li> </ul>	5 min	Pantalla informativa	Verbal	
4	<b>Exposición de la Metodología y organización del taller</b> <b>Aspectos logísticos y organizativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación del taller</li> <li>• Reglas de juego</li> <li>• Materiales</li> <li>• Horarios</li> <li>• Técnicas de evaluación</li> </ul>	10 min	Computadora Infócus Pizarrón	verbal	Expositor Investigadora
5	<b>Presentación y desarrollo de los contenidos del taller:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qué es una emergencia obstétrica y que son los primeros auxilios.</li> <li>• Cuáles son los objetivos del manejo de la emergencia y la aplicación de los primeros auxilios.</li> <li>• Pasos en la evaluación de la emergencia obstétrica.</li> <li>• Aplicación de primeros auxilios durante la emergencia obstétrica.</li> <li>• Pasos en la referencia de emergencias</li> </ul>	50 min	Computador Infocus Material	Expositivo Presentación en plenaria Discusión en plenaria	Expositor Investigadora
6	<b>Desarrollo de dinámicas y actividades:</b> <b>Dinámicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de integración</li> </ul> <b>Actividades:</b>	20 min  50 min	Hojas Lápices	Participativo	Expositor Investigadora

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar grupos de trabajo</li> <li>• Presentación en los grupos</li> <li>• Analizar los problemas presentados</li> <li>• Análisis de los artículos mencionados.</li> </ul>				
7	<b>Conclusiones y Recomendaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir los puntos tratados</li> <li>• Establecer las conclusiones luego del trabajo grupal</li> <li>• Plantear recomendaciones sobre cómo solucionar problemas presentados.</li> </ul>	15 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador	Explicativo Lluvia de ideas Participativo	Expositor Investigadora
8	<b>Plan de acción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de lo aprendido en el taller</li> <li>• Establecer mecanismos acerca de cómo aplicar las recomendaciones en casos que se presenten.</li> <li>• Establecer el plan de acción con todos los participantes del taller</li> </ul>	25 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador		Expositor, Investigadora
9	<b>Evaluación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de evaluación al final del taller</li> <li>• Sesión de preguntas y respuestas</li> <li>• Realizar una autoevaluación con preguntas que se hacen los participantes y las respuestas correspondientes.</li> <li>• Plan de seguimiento con talleres de refuerzo en caso de ser necesario</li> </ul>	20 min	Cuestionario Hojas Lápices	Participativo	Participantes

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 31:** Evaluación Taller N°3

N°	Preguntas de la Evaluación	Observación
1	¿Qué son los primeros auxilios?	
2	¿Cuáles son los objetivos de los primeros auxilios?	
3	¿Cuál es la función del docente?	
4	¿Cuáles son los pasos que seguimos para evaluar una emergencia obstétrica y del recién nacido?	
5	¿Podríamos dar algunos ejemplos de cómo aplicar primeros auxilios? Por ejemplo, en una hemorragia?	
6	¿Cómo nos puede apoyar el resto de la comunidad en la referencia obstétrica y del recién nacido?	
Conclusiones		
1		
2		
3		

Elaborado por: Santana Lorena

**Tabla N° 32:** Cronograma Taller N°3

N°	Actividades	Tiempo	Hora
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	08:00 am - 08:05 am
2	Presentación de las y los participantes	20 min	08:05 am - 08:25 am
3	Presentación de los expositores	5 min	08:25 am - 08:30 am
4	Exposición de la Metodología y organización	10 min	08:30 am - 08:40 am
5	Presentación y desarrollo de los contenidos	50 min	08:40 am - 09:30 am
6	Receso	15 min	09:30 am - 09:45 am
7	Desarrollo de dinámicas y actividades	70 min	09:45 am - 10:55 am
8	Receso	30 min	10:55 am - 11:25 am
9	Conclusiones y recomendaciones	15 min	11:25 am - 11:40 am

10	Plan de acción	25 min	11:40 am - 12:05 am
11	Evaluación	20 min	12:05 am - 12:25 am
	<b>Tiempo Total del taller N°3</b>	<b>4h:25 min</b>	<b>08:00 am - 12:25 am</b>

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 33:** Matriz de programación: Taller N°4

<b>TALLER N°4</b>	
<b>Tema:</b> Signos de peligro durante el embarazo	
<b>Destinatarios:</b> Parteras/os del lugar	
<b>Fecha y lugar:</b> Por definirse	
<b>Objetivo:</b>	Reconocer los signos de peligro y apliquen los primeros auxilios en caso de presentarse durante el embarazo
<b>Horario</b>	<b>Actividades Generales</b>
08:00 am 08:40 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación de los participantes y expositores</li> <li>• Explicación de los puntos principales del taller.</li> <li>• Aspectos organizativos y metodológicos</li> </ul>
08:40 am 09:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y desarrollo de los contenidos del taller</li> </ul>
09:30 am 09:45 am	<b>Receso</b>
09:45 am 10:55 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de las dinámicas y actividades</li> <li>• Participación de todos los integrantes en grupos de trabajo</li> </ul>
10:55 am 11:25 am	<b>Receso</b>
11:25 am 12:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> <li>• Plan de acción</li> <li>• Evaluación</li> </ul>

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 34: Desarrollo y contenidos Taller N°4**

Pasos	Actividad	Tiempo	Material	Método/Técnica	Responsable
<b>Objetivo:</b> Reconocer los signos de peligro y apliquen los primeros auxilios en caso de presentarse durante el embarazo					
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	Trípticos, boletines	Verbal	La investigadora
2	Presentación de los participantes y expectativas del taller	20 min	Tarjetas de identificación	Participativo	
3	<b>Presentación de los expositores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar la experiencia y preparación del expositor</li> </ul>	5 min	Pantalla informativa	Verbal	
4	<b>Exposición de la Metodología y organización del taller</b> <b>Aspectos logísticos y organizativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación del taller</li> <li>• Reglas de juego</li> <li>• Materiales</li> <li>• Horarios</li> <li>• Técnicas de evaluación</li> </ul>	10 min	Computadora Infócus Pizarrón	verbal	Expositor Investigadora
5	<b>Presentación y desarrollo de los contenidos del taller:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los 4 signos de peligro durante el embarazo</li> <li>• Causas para cada signo de peligro durante el embarazo</li> <li>• Señales que presenta la embarazada en cada uno de los signos de peligro</li> <li>• Los primeros auxilios que debe realizar la partera ante cualquier signo de peligro durante el embarazo</li> </ul>	50 min	Computador Infocus Material	Expositivo Presentación en plenaria Discusión en plenaria	Expositor Investigadora
6	<b>Desarrollo de dinámicas y actividades:</b> <b>Dinámicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de integración</li> </ul> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar grupos de trabajo</li> <li>• Presentación en los grupos</li> <li>• Analizar los problemas presentados</li> <li>• Análisis de los artículos</li> </ul>	20 min  50 min	Hojas Lápices	Participativo	Expositor Investigadora

	mencionados.				
7	<b>Conclusiones y Recomendaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir los puntos tratados</li> <li>• Establecer las conclusiones luego del trabajo grupal</li> <li>• Plantear recomendaciones sobre cómo solucionar problemas presentados.</li> </ul>	15 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador	Explicativo Lluvia de ideas Participativo	Expositor Investigadora
8	<b>Plan de acción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de lo aprendido en el taller</li> <li>• Establecer mecanismos acerca de cómo aplicar las recomendaciones en casos que se presenten.</li> <li>• Establecer el plan de acción con todos los participantes del taller</li> </ul>	25 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador		Expositor, Investigador,
9	<b>Evaluación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de evaluación al final del taller</li> <li>• Sesión de preguntas y respuestas</li> <li>• Realizar una autoevaluación con preguntas que se hacen los participantes y las respuestas correspondientes.</li> <li>• Plan de seguimiento con talleres de refuerzo en caso de ser necesario</li> </ul>	20 min	Cuestionario Hojas Lápices	Participativo	Participantes

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 35:** Evaluación Taller N°4

<b>N°</b>	<b>Preguntas de la Evaluación</b>	<b>Observación</b>
1	¿A qué se debe el sangrado durante el embarazo?	
2	¿Qué cosas suceden a la embarazada que presenta sangrado durante el embarazo?	
3	¿Qué debe hacer la partera/o al presentarse un sagrado?	
4	¿Qué debe hacer la partera en caso de una fiebre durante el embarazo?	
5	¿Qué debe de hacer la partera cuando se presentan convulsiones?	
<b>Conclusiones</b>		
1		
2		
3		

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 36: Cronograma Taller N°4**

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Hora</b>
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	08:00 am - 08:05 am
2	Presentación de las y los participantes	20 min	08:05 am - 08:25 am
3	Presentación de los expositores	5 min	08:25 am - 08:30 am
4	Exposición de la Metodología y organización	10 min	08:30 am - 08:40 am
5	Presentación y desarrollo de los contenidos	50 min	08:40 am - 09:30 am
6	Receso	15 min	09:30 am - 09:45 am
7	Desarrollo de dinámicas y actividades	70 min	09:45 am - 10:55 am
8	Receso	30 min	10:55 am - 11:25 am
9	Conclusiones y recomendaciones	15 min	11:25 am - 11:40 am
10	Plan de acción	25 min	11:40 am - 12:05 am
11	Evaluación	20 min	12:05 am - 12:25 am
	<b>Tiempo Total del taller N°4</b>	<b>4h:25 min</b>	<b>08:00 am - 12:25 am</b>

**Elaborado por:** Santana Lorena



**Tabla N° 37:** Matriz de programación: Taller N°5

<b>TALLER N°5</b>	
<b>Tema:</b> Signos de peligro durante el parto	
<b>Destinatarios:</b> Parteras/os del lugar	
<b>Fecha y lugar:</b> Por definirse	
<b>Objetivo:</b>	Conocer los signos de peligro y apliquen los primeros auxilios en caso de presentarse durante el parto
<b>Horario</b>	<b>Actividades Generales</b>
08:00 am 08:40 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación de los participantes y expositores</li> <li>• Explicación de los puntos principales del taller.</li> <li>• Aspectos organizativos y metodológicos</li> </ul>
08:40 am 09:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y desarrollo de los contenidos del taller</li> </ul>
09:30 am 09:45 am	<b>Receso</b>
09:45 am 10:55 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de las dinámicas y actividades</li> <li>• Participación de todos los integrantes en grupos de trabajo</li> </ul>
10:55 am 11:25 am	<b>Receso</b>
11:25 am 12:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> <li>• Plan de acción</li> <li>• Evaluación</li> </ul>

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 38: Desarrollo y contenidos Taller N°5**

Pasos	Actividad	Tiempo	Material	Método/Técnica	Responsable
<b>Objetivo:</b> Conocer los signos de peligro y apliquen los primeros auxilios en caso de presentarse durante el parto					
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	Trípticos, boletines	Verbal	La investigadora
2	Presentación de los participantes y expectativas del taller	20 min	Tarjetas de identificación	Participativo	
3	<b>Presentación de los expositores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar la experiencia y preparación del expositor</li> </ul>	5 min	Pantalla informativa	Verbal	
4	<b>Exposición de la Metodología y organización del taller</b> <b>Aspectos logísticos y organizativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación del taller</li> <li>• Reglas de juego</li> <li>• Materiales</li> <li>• Horarios</li> <li>• Técnicas de evaluación</li> </ul>	10 min	Computadora Infócus Pizarrón	verbal	Expositor Investigadora
5	<b>Presentación y desarrollo de los contenidos del taller:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de peligro durante el parto</li> <li>• Causas para cada signo de peligro durante el parto</li> <li>• Los primeros auxilios que debe realizar la partera ante cualquier signo de peligro durante el parto</li> <li>• Cálculo del volumen de sangre perdida</li> </ul>	50 min	Computador Infocus Material	Expositivo Presentación en plenaria Discusión en plenaria	Expositor Investigadora
6	<b>Desarrollo de dinámicas y actividades:</b> <b>Dinámicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de integración</li> </ul> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar grupos de trabajo</li> <li>• Presentación en los grupos</li> <li>• Analizar los problemas presentados</li> <li>• Análisis de los artículos mencionados.</li> </ul>	20 min  50 min	Hojas Lápices	Participativo	Expositor Investigadora

7	<b>Conclusiones y Recomendaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir los puntos tratados</li> <li>• Establecer las conclusiones luego del trabajo grupal</li> <li>• Plantear recomendaciones sobre cómo solucionar problemas presentados.</li> </ul>	15 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador	Explicativo Lluvia de ideas Participativo	Expositor Investigadora
8	<b>Plan de acción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de lo aprendido en el taller</li> <li>• Establecer mecanismos acerca de cómo aplicar las recomendaciones en casos que se presenten.</li> <li>• Establecer el plan de acción con todos los participantes del taller</li> </ul>	25 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador		Expositor, Investigador,
9	<b>Evaluación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de evaluación al final del taller</li> <li>• Sesión de preguntas y respuestas</li> <li>• Realizar una autoevaluación con preguntas que se hacen los participantes y las respuestas correspondientes.</li> <li>• Plan de seguimiento con talleres de refuerzo en caso de ser necesario</li> </ul>	20 min	Cuestionario Hojas Lápices	Participativo	Participantes

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 39:** Evaluación Taller N°5

N°	Preguntas de la Evaluación	Observación
1	¿Cuáles son los signos de peligro durante el parto?	
2	¿Qué cosas suceden a la mujer al presentarse un sagrado?	
3	¿Qué es y a qué se debe el parto demorado?	
4	¿A qué se debe que la placenta no nace?	
5	¿Qué cosas suceden a la mujer que no le nace la placenta?	
6	¿A qué se deben los ataques o convulsiones?	
7	¿Qué se debe hacer con la embarazada con ataques o convulsiones?	
Conclusiones		
1		
2		
3		

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 40:** Cronograma Taller N°5

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Hora</b>
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	08:00 am - 08:05 am
2	Presentación de las y los participantes	20 min	08:05 am - 08:25 am
3	Presentación de los expositores	5 min	08:25 am - 08:30 am
4	Exposición de la Metodología y organización	10 min	08:30 am - 08:40 am
5	Presentación y desarrollo de los contenidos	50 min	08:40 am - 09:30 am
6	Receso	15 min	09:30 am - 09:45 am
7	Desarrollo de dinámicas y actividades	70 min	09:45 am - 10:55 am
8	Receso	30 min	10:55 am - 11:25 am
9	Conclusiones y recomendaciones	15 min	11:25 am - 11:40 am
10	Plan de acción	25 min	11:40 am - 12:05 am
11	Evaluación	20 min	12:05 am - 12:25 am
	<b>Tiempo Total del taller N°5</b>	<b>4h:25 min</b>	<b>08:00 am - 12:25 am</b>

Elaborado por: Santana Lorena

**Tabla N° 41:** Matriz de programación: Taller N°6

<b>TALLER N°6</b>	
<b>Tema:</b> Parto limpio cuidados del recién nacido y cuidados después del parto	
<b>Destinatarios:</b> Parteras del lugar	
<b>Fecha y lugar:</b> Por definirse	
<b>Objetivo:</b>	Al finalizar el tema las parteras sean capaces de atender un parto limpio, brindar cuidados inmediatos al recién nacido y proveer seguimiento después del parto.
<b>Horario</b>	<b>Actividades Generales</b>
08:00 am 08:40 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación de los participantes y expositores</li> <li>• Explicación de los puntos principales del taller.</li> <li>• Aspectos organizativos y metodológicos</li> </ul>
08:40 am 09:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y desarrollo de los contenidos del taller</li> </ul>
09:30 am 09:45 am	<b>Receso</b>
09:45 am 10:55 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de las dinámicas y actividades</li> <li>• Participación de todos los integrantes en grupos de trabajo</li> </ul>
10:55 am 11:25 am	<b>Receso</b>
11:25 am 12:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> <li>• Plan de acción</li> <li>• Evaluación</li> </ul>

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 42: Desarrollo y contenidos Taller N°6**

Pasos	Actividad	Tiempo	Material	Método/Técnica	Responsable
<b>Objetivo:</b> Conocer los signos de peligro y apliquen los primeros auxilios en caso de presentarse durante el parto					
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	Trípticos, boletines	Verbal	La investigadora
2	Presentación de los participantes y expectativas del taller	20 min	Tarjetas de identificación	Participativo	
3	<b>Presentación de los expositores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar la experiencia y preparación del expositor</li> </ul>	5 min	Pantalla informativa	Verbal	
4	<b>Exposición de la Metodología y organización del taller</b> <b>Aspectos logísticos y organizativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación del taller</li> <li>• Reglas de juego</li> <li>• Materiales</li> <li>• Horarios</li> <li>• Técnicas de evaluación</li> </ul>	10 min	Computadora Infócus Pizarrón	verbal	Expositor Investigadora
5	<b>Presentación y desarrollo de los contenidos del taller:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de Manos</li> <li>• Descontaminación, limpieza desinfección y esterilización del equipo de atención de partos</li> <li>• Cuidados inmediatos del Recién nacido</li> <li>• Cuidados después del parto</li> <li>• Infección durante el parto</li> <li>• Prevención y causas de infecciones durante el parto</li> <li>• Medidas de higiene durante el parto</li> <li>• Preparación de la partera</li> </ul>	50 min	Computador Infocus Material	Expositivo Presentación en plenaria Discusión en plenaria	Expositor Investigadora
6	<b>Desarrollo de dinámicas y actividades:</b> <b>Dinámicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de integración</li> </ul> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar grupos de trabajo</li> <li>• Presentación en los grupos</li> <li>• Analizar los problemas presentados</li> </ul>	20 min  50 min	Hojas Lápices	Participativo	Expositor Investigadora

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de los artículos mencionados.</li> </ul>				
7	<b>Conclusiones y Recomendaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir los puntos tratados</li> <li>• Establecer las conclusiones luego del trabajo grupal</li> <li>• Plantear recomendaciones sobre cómo solucionar problemas presentados.</li> </ul>	15 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador	Explicativo Lluvia de ideas Participativo	Expositor Investigadora
8	<b>Plan de acción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de lo aprendido en el taller</li> <li>• Establecer mecanismos acerca de cómo aplicar las recomendaciones en casos que se presenten.</li> <li>• Establecer el plan de acción con todos los participantes del taller</li> </ul>	25 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador		Expositor, Investigador,
9	<b>Evaluación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de evaluación al final del taller</li> <li>• Sesión de preguntas y respuestas</li> <li>• Realizar una autoevaluación con preguntas que se hacen los participantes y las respuestas correspondientes.</li> <li>• Plan de seguimiento con talleres de refuerzo en caso de ser necesario</li> </ul>	20 min	Cuestionario Hojas Lápices	Participativo	Participantes

**Elaborado por:** Santana Lorena



**Tabla N° 43:** Evaluación Taller N°6

N°	Preguntas de la Evaluación	Observación
1	¿Cómo prevenir que las mujeres se infecten durante el parto?	
2	¿Cómo debe prepararse la partera para tener un parto limpio?	
3	¿Cuáles son las medidas de higiene que se deben tener durante el parto?	
4	¿Cómo prevenir que las mujeres se infecten durante el parto?	
5	¿Cómo debe prepararse la partera para atender un parto limpio?	
6	¿Cuáles son las medidas de higiene durante el parto?	
7	¿Por qué se infectan las mujeres durante el parto?	
Conclusiones		
1		
2		
3		

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 44:** Cronograma Taller N°6

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Hora</b>
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	08:00 am - 08:05 am
2	Presentación de las y los participantes	20 min	08:05 am - 08:25 am
3	Presentación de los expositores	5 min	08:25 am - 08:30 am
4	Exposición de la Metodología y organización	10 min	08:30 am - 08:40 am
5	Presentación y desarrollo de los contenidos	50 min	08:40 am - 09:30 am
6	Receso	15 min	09:30 am - 09:45 am
7	Desarrollo de dinámicas y actividades	70 min	09:45 am - 10:55 am
8	Receso	30 min	10:55 am - 11:25 am
9	Conclusiones y recomendaciones	15 min	11:25 am - 11:40 am
10	Plan de acción	25 min	11:40 am - 12:05 am
11	Evaluación	20 min	12:05 am - 12:25 am
	<b>Tiempo Total del taller N°6</b>	<b>4h:25 min</b>	<b>08:00 am - 12:25 am</b>

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 45:** Matriz de programación: Taller N°7

<b>TALLER N°7</b>	
<b>Tema:</b> Signos de peligro después del parto	
<b>Destinatarios:</b> Parteras del lugar	
<b>Fecha y lugar:</b> Por definirse	
<b>Objetivo:</b>	Identificar los signos de peligro, aplicar los primeros auxilios en caso de presentarse problemas después del parto.
<b>Horario</b>	<b>Actividades Generales</b>
08:00 am 08:40 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación de los participantes y expositores</li> <li>• Explicación de los puntos principales del taller.</li> <li>• Aspectos organizativos y metodológicos</li> </ul>
08:40 am 09:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y desarrollo de los contenidos del taller</li> </ul>
09:30 am 09:45 am	<b>Receso</b>
09:45 am 10:55 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de las dinámicas y actividades</li> <li>• Participación de todos los integrantes en grupos de trabajo</li> </ul>
10:55 am 11:25 am	<b>Receso</b>
11:25 am 12:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> <li>• Plan de acción</li> <li>• Evaluación</li> </ul>

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 46: Desarrollo y contenidos Taller N°7**

Pasos	Actividad	Tiempo	Material	Método/Técnica	Responsable
	<b>Objetivo:</b> Conocer los signos de peligro y apliquen los primeros auxilios en caso de presentarse durante el parto				
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	Trípticos, boletines	Verbal	La investigadora
2	Presentación de los participantes y expectativas del taller	20 min	Tarjetas de identificación	Participativo	
3	<b>Presentación de los expositores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar la experiencia y preparación del expositor</li> </ul>	5 min	Pantalla informativa	Verbal	
4	<b>Exposición de la Metodología y organización del taller</b> <b>Aspectos logísticos y organizativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación del taller</li> <li>• Reglas de juego</li> <li>• Materiales</li> <li>• Horarios</li> <li>• Técnicas de evaluación</li> </ul>	10 min	Computadora Infócus Pizarrón	verbal	Expositor Investigadora
5	<b>Presentación y desarrollo de los contenidos del taller:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de peligro después del parto</li> <li>• Causas para cada signo de peligro después del parto</li> <li>• Los primeros auxilios que debe realizar la partera ante cualquier signo de peligro después del parto</li> </ul>	50 min	Computador Infocus Material	Expositivo Presentación en plenaria Discusión en plenaria	Expositor Investigadora
6	<b>Desarrollo de dinámicas y actividades:</b> <b>Dinámicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de integración</li> </ul> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar grupos de trabajo</li> <li>• Presentación en los grupos</li> <li>• Analizar los problemas presentados</li> <li>• Análisis de los artículos mencionados.</li> </ul>	20 min  50 min	Hojas Lápices	Participativo	Expositor Investigadora
7	<b>Conclusiones y Recomendaciones:</b>	15 min	Hojas	Explicativo	Expositor

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir los puntos tratados</li> <li>• Establecer las conclusiones luego del trabajo grupal</li> <li>• Plantear recomendaciones sobre cómo solucionar problemas presentados.</li> </ul>		Lápices Pizarrón Marcador	Lluvia de ideas Participativo	Investigadora
8	<b>Plan de acción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de lo aprendido en el taller</li> <li>• Establecer mecanismos acerca de cómo aplicar las recomendaciones en casos que se presenten.</li> <li>• Establecer el plan de acción con todos los participantes del taller</li> </ul>	25 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador		Expositor, Investigador,
9	<b>Evaluación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de evaluación al final del taller</li> <li>• Sesión de preguntas y respuestas</li> <li>• Realizar una autoevaluación con preguntas que se hacen los participantes y las respuestas correspondientes.</li> <li>• Plan de seguimiento con talleres de refuerzo en caso de ser necesario</li> </ul>	20 min	Cuestionario Hojas Lápices	Participativo	Participantes

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 47:** Evaluación Taller N°7

N°	Preguntas de la Evaluación	Observación
1	¿Cuáles son los signos de peligro después del parto?	
2	¿Qué debe de hacer la partera y familia ante la presencia de signos de peligro después del parto con la puérpera?	
3	¿A qué se debe el sangrado vaginal fuerte después del parto?	
4	¿Qué cosas suceden a la mujer cuando tiene un sangrado vaginal fuerte después del parto?	
5	¿Qué se debe hacer cuando una mujer tiene un sangrado vaginal fuerte después del parto?	
6	¿A qué se deben los ataques o convulsiones después del parto?	
7	¿Qué debe hacer la partera si la puérpera tiene fiebre y coágulos con mal olor?	
<b>Conclusiones</b>		
1		
2		
3		

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 48:** Cronograma Taller N°7

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Hora</b>
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	08:00 am - 08:05 am
2	Presentación de las y los participantes	20 min	08:05 am - 08:25 am
3	Presentación de los expositores	5 min	08:25 am - 08:30 am
4	Exposición de la Metodología y organización	10 min	08:30 am - 08:40 am
5	Presentación y desarrollo de los contenidos	50 min	08:40 am - 09:30 am
6	Receso	15 min	09:30 am - 09:45 am
7	Desarrollo de dinámicas y actividades	70 min	09:45 am - 10:55 am
8	Receso	30 min	10:55 am - 11:25 am
9	Conclusiones y recomendaciones	15 min	11:25 am - 11:40 am
10	Plan de acción	25 min	11:40 am - 12:05 am
11	Evaluación	20 min	12:05 am - 12:25 am
	<b>Tiempo Total del taller N°7</b>	<b>4h:25 min</b>	<b>08:00 am - 12:25 am</b>

Elaborado por: Santana Lorena

**Tabla N° 49:** Matriz de programación: Taller N°8

<b>TALLER N°8</b>	
<b>Tema:</b> Signos de peligro en el recién nacido	
<b>Destinatarios:</b> Parteras del lugar	
<b>Fecha y lugar:</b> Por definirse	
<b>Objetivo:</b>	Identificar los signos de peligro y apliquen los primeros auxilios en caso de presentarse en un recién nacido
<b>Horario</b>	<b>Actividades Generales</b>
08:00 am 08:40 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación de los participantes y expositores</li> <li>• Explicación de los puntos principales del taller.</li> <li>• Aspectos organizativos y metodológicos</li> </ul>
08:40 am 09:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y desarrollo de los contenidos del taller</li> </ul>
09:30 am 09:45 am	<b>Receso</b>
09:45 am 10:55 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de las dinámicas y actividades</li> <li>• Participación de todos los integrantes en grupos de trabajo</li> </ul>
10:55 am 11:25 am	<b>Receso</b>
11:25 am 12:30 am	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> <li>• Plan de acción</li> <li>• Evaluación</li> </ul>

**Elaborado por:** Santana Lorena



**Tabla N° 50: Desarrollo y contenidos Taller N°8**

Pasos	Actividad	Tiempo	Material	Método/Técnica	Responsable
<b>Objetivo:</b> Conocer los signos de peligro y apliquen los primeros auxilios en caso de presentarse durante el parto					
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	Trípticos, boletines	Verbal	La investigadora
2	Presentación de los participantes y expectativas del taller	20 min	Tarjetas de identificación	Participativo	
3	<b>Presentación de los expositores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar la experiencia y preparación del expositor</li> </ul>	5 min	Pantalla informativa	Verbal	
4	<b>Exposición de la Metodología y organización del taller</b> <b>Aspectos logísticos y organizativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación del taller</li> <li>• Reglas de juego</li> <li>• Materiales</li> <li>• Horarios</li> <li>• Técnicas de evaluación</li> </ul>	10 min	Computadora Infócus Pizarrón	verbal	Expositor Investigadora
5	<b>Presentación y desarrollo de los contenidos del taller:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principales signos de peligro en un recién nacido</li> <li>• No respira al nacer o no llora</li> <li>• Respira con dificultad</li> <li>• Nace ahogado o se pone morado</li> <li>• Presencia de calentura o fiebre</li> <li>• Causas para cada signo de peligro en un recién nacido</li> <li>• Primeros auxilios que debe realizar la partera ante cualquier signo de peligro en un recién nacido</li> </ul>	50 min	Computador Infocus Material	Expositivo Presentación en plenaria Discusión en plenaria	Expositor Investigadora
6	<b>Desarrollo de dinámicas y actividades:</b> <b>Dinámicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de integración</li> </ul> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar grupos de trabajo</li> <li>• Presentación en los grupos</li> <li>• Analizar los problemas presentados</li> </ul>	20 min  50 min	Hojas Lápices	Participativo	Expositor Investigadora

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de los artículos mencionados.</li> </ul>				
7	<b>Conclusiones y Recomendaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir los puntos tratados</li> <li>• Establecer las conclusiones luego del trabajo grupal</li> <li>• Plantear recomendaciones sobre cómo solucionar problemas presentados.</li> </ul>	15 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador	Explicativo Lluvia de ideas Participativo	Expositor Investigadora
8	<b>Plan de acción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de lo aprendido en el taller</li> <li>• Establecer mecanismos acerca de cómo aplicar las recomendaciones en casos que se presenten.</li> <li>• Establecer el plan de acción con todos los participantes del taller</li> </ul>	25 min	Hojas Lápices Pizarrón Marcador		Expositor, Investigador,
9	<b>Evaluación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de evaluación al final del taller</li> <li>• Sesión de preguntas y respuestas</li> <li>• Realizar una autoevaluación con preguntas que se hacen los participantes y las respuestas correspondientes.</li> <li>• Plan de seguimiento con talleres de refuerzo en caso de ser necesario</li> </ul>	20 min	Cuestionario Hojas Lápices	Participativo	Participantes

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 51:** Evaluación Taller N°8

<b>N°</b>	<b>Preguntas de la Evaluación</b>	<b>Observación</b>
1	¿Cuáles son los signos de peligro en el recién Nacido?	
2	¿Qué se debe hacer cuando no respira el recién nacido?	
3	¿A qué se refiere que se respira con dificultad o morado?	
4	¿Cómo se debe proceder cuando e recién nacido esta con fiebre?	
Conclusiones		
1		
2		
3		

**Elaborado por:** Santana Lorena

**Tabla N° 52:** Cronograma Taller N°8

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Hora</b>
1	Bienvenida e inauguración del taller	5 min	08:00 am - 08:05 am
2	Presentación de las y los participantes	20 min	08:05 am - 08:25 am
3	Presentación de los expositores	5 min	08:25 am - 08:30 am
4	Exposición de la Metodología y organización	10 min	08:30 am - 08:40 am
5	Presentación y desarrollo de los contenidos	50 min	08:40 am - 09:30 am
6	Receso	15 min	09:30 am - 09:45 am
7	Desarrollo de dinámicas y actividades	70 min	09:45 am - 10:55 am
8	Receso	30 min	10:55 am - 11:25 am
9	Conclusiones y recomendaciones	15 min	11:25 am - 11:40 am
10	Plan de acción	25 min	11:40 am - 12:05 am
11	Evaluación	20 min	12:05 am - 12:25 am
	<b>Tiempo Total del taller N°8</b>	<b>4h:25 min</b>	<b>08:00 am - 12:25 am</b>

Elaborado por: Santana Lorena



## 6.8. Modelo Operativo

**Tabla N° 53:** Plan Operativo

Fase	Actividades	Metas	Acciones	Recursos	Responsables	Tiempo
Planeación	Taller para capacitación	Mejorar conocimientos y practicas	-Elaborar cronograma de actividades -Plantear objetivos y metas -Elaborar metodología de trabajo -Elaborar material didáctico	-Material de escritorio -Material bibliográfico	Md. Lorena Santana	1 semana
Ejecución	Taller para capacitación	Mejorar conocimientos y practicas	-Capacitaciones con las parteras y personal de salud	-Material de escritorio -Material didáctico -Material audiovisual	Personal de centro de Salud	5 semana
Evaluación	Taller para capacitación	Mejorar conocimientos y practicas	-Evaluación al inicio y terminación de la charla	-Material de escritorio	Personal de centro de Salud	4 horas

## **6.9. Previsión de Evaluación**

La evaluación de los temas se hará mediante preguntas orales que permitirán evaluar el nivel de conocimiento antes y después del taller.

Se realizará una observación periódica a los participantes para conocer el estado motivacional de ellos, al final de cada día se analiza la jornada en relación a contenidos, metodologías, técnicas para readecuar o para mantener las actividades para el siguiente taller.

La evaluación final del proceso se hará a través de medición de indicadores tales como: Referencias, cobertura de atención prenatal, morbilidad, mortalidad materno-perinatal, número de red CONE comunitarios.

## Bibliografía

1. Secretaría Nacional del Planificación y Desarrollo. Plan Nacional del Buen Vivir. Ecuador: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo; 2013.
2. La Hora. Nuevas estrategias y cuidados para recién nacidos. [Online].; 2013. Available from: <http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101503659/-1/home/goRegional/Quito#.V-2G6vB95dg>.
3. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. [Online].; 2013. Available from: [http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf).
4. Ledesma D , Marquez G, Procel V. Acceso a los servicios de salud y nivel de satisfacción de los usuarios del subcentro de salud de El Valle en la ciudad de Cuenca durante el año 2013. Tesis Doctoral. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013.
5. ICIMI. Estrategias de la OMS en materia de Medicina Tradicional y Complementaria. [Online].; 2014. Available from: <http://www.institutodeciencias.com/estrategias-de-oms>.
6. Morales A. El estado de las parteras en el mundo. [Online].; 2013. Available from: [https://issuu.com/obstaamh/docs/el\\_estado\\_de\\_las\\_parteras\\_en\\_el\\_mun\\_691c9167674eb9](https://issuu.com/obstaamh/docs/el_estado_de_las_parteras_en_el_mun_691c9167674eb9).
7. Arboleda R, Minotta S, Orobio J. Saberes y prácticas de parteras de buenaventura frente a la primera infancia. [Online].; 2014. Available from: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/1879/1/SABERES%20Y%20PRACTICAS%20DE%20PARTERAS%20DE%20BUENAVENTURA%20FRENTE%20A%20LA%20PRIMERA%20INFANCIA%202014.pdf>.
8. Alarcón M. Las parteras, patrimonio de la humanidad. [Online].; 2013. Available from:



[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342011000200010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200010).

9. INEC. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones. [Online].; 2014. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2013.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf).
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud. [Online].; 2013. Available from: <https://es.scribd.com/doc/312065954/Norma-Cone-digital-27-05-14-pdf>.
11. Cardenas C, Cachiguango S. la aceptación del equipo de profesionales de salud y de la partera tradicional la modalidad de parto vertical en el hospital San Luis de Otavalo. [Online].; 2013. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2076/2/06%20ENF%20536%20ART%C3%8DCULO%20CIENT%C3%8DFICO.pdf>.
12. international Confederation of Midwives. Normas globales, competencias esenciales y herramientas de la ICM. [Online].; 2015. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/global-standards-competencies-and-tools/normas-globales,-competencias-esenciales-y-herramientas-de-la-icm.html>.
13. International Confederation of Midwives. Normas globales para la formación en partería Francia: Global Standars; 2013.
14. Iglesias D, Araujo S. Morbilidad y mortalidad materna y neonatal. [Online].; 2012. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3526/1/MED136pdf>.
15. Vallejo F. Ministerio de Salud de Ecuador anuncia expansión de modelo red cone a nivel nacional. [Online].; 2014. Available from: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_N43.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_N43.pdf).
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Direccion Nacional. Normatizacion del SNS Subproceso De Salud Intercultural. 2013;(2).

17. Constitución de la República del Ecuador. Ecuador Saludable, Voy por tí – Base Legal. 2013;(http://www.salud.gob.ec/base-legal/).
18. Derecho Ecuador. Políticas Públicas sobre la Administración de Justicia. [Online].; 2012. Available from: <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/funcionjudicial/2010/10/12/politicas-publicas-sobre-la-administracion-de-justicia>.
19. Código de la Niñez y Adolescencia. Registro Oficial. [Online].; 2011. Available from: [http://www.efemerides.ec/1/junio/c\\_1.htm](http://www.efemerides.ec/1/junio/c_1.htm).
20. Ley Orgánica de Salud. Del derecho a la salud y su protección. [Online].; 2012. Available from: <http://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/salud.pdf>.
21. Ministerio de Salud Pública. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado Quito: Ministerio; 2013.
22. Ministerio de Salud. Normas y protocolos para la atención prenatal. [Online].; 2013. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18992es/s18992es.pdf>.
23. Pacheco L. Normas y protocolo. [Online].; 2014. Available from: [http://www.academia.edu/17290530/I\\_Normas\\_y\\_protocolo\\_para\\_la\\_atencion\\_prenatal\\_parto\\_puerperio](http://www.academia.edu/17290530/I_Normas_y_protocolo_para_la_atencion_prenatal_parto_puerperio).
24. Vargas Alarcón D. “Estudio de satisfacción del Usuario Externo e Interno en los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha”. Tesis. Quito: UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO; 2013.
25. Duarte J. Norma y protocolo de planificación familiar. [Online].; 2013. Available from: <http://es.slideshare.net/julietagonzalez9440234/129017172-normasdeplanificacionfamiliar>.
26. DEIS. Defunción Fetal. [Online].; 2013. Available from: [http://www.deis.gov.ar/formularios\\_c.htm](http://www.deis.gov.ar/formularios_c.htm).
27. Encalada S. Implementación del componente normativo materno neonatal. [Online].; 2012. Available from: [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4759/1/TESIS%20SANDRA\\_](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4759/1/TESIS%20SANDRA_)

ENCALADA.pdf.

28. Saldívar D. Obstetricia y Medicina materno fetal Buenos Aires: Panamericana; 2012.
29. Sociedad Argentina de Pediatría. Salud materno infanto juvenil en cifras Buenos Aires: SAP; 2013.
30. Naciones Unidas. Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales Nueva York: United Nations; 2013.
31. Morales W. Atención del embarazo de bajo riesgo. [Online].; 2015. Available from: <http://documentslide.com/documents/atencion-del-embarazo-de-bajo-riesgo.html>.
32. Flores M. Red plural de servicios de salud. [Online].; 2012. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5572/TCDISP0034.pdf?sequence=1>.
33. Uranga A. Cuidado Prenatal. [Online].; 2013. Available from: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/prenatal.pdf>.
34. Camas L. Prevalencia de factores de riesgo en madres con recine nacidos. [Online].; 2013. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3682/1/MED%20166.pdf>.
35. Rodríguez R. Guía de control prenatal. [Online].; 2015. Available from: <https://es.scribd.com/document/38174219/Guia-de-control-prenatal>.
36. Villarreal A. Mecanismos de parto normal. [Online].; 2013. Available from: <http://es.slideshare.net/Nedved001/mecanismos-de-parto-normal>.
37. Luna B. El parto normal. [Online].; 2013. Available from: <http://es.slideshare.net/Beckyalex/el-parto-normal-25928099>.
38. Fertilab. Parto Natural. [Online].; 2014. Available from: [http://fertilab.net/de\\_mujer/emb\\_pn6.html](http://fertilab.net/de_mujer/emb_pn6.html).
39. Muñoz R. Mecanismo de parto normal. [Online].; 2014. Available from: <http://es.slideshare.net/roraimamunoz/10-mecanismo-de-parto-normal>.
40. Fuentes R. Estática fetal definitiva. [Online].; 2015. Available from: [http://www.academia.edu/20258249/Estatica\\_fetal\\_definitiva\\_1\\_](http://www.academia.edu/20258249/Estatica_fetal_definitiva_1_).

41. Polgalvan. Maniobras de Leopold. [Online].; 2013. Available from: [http://www.polgalvan.sld.cu/softw\\_apn/contenido/mleopold.htm](http://www.polgalvan.sld.cu/softw_apn/contenido/mleopold.htm).
42. Chávez C. Maniobras de Leopold. [Online].; 2014. Available from: <https://prezi.com/iwdoxq37jwzf/maniobras-de-leopold/>.
43. Moya Y. Movimientos cardinales del parto. [Online].; 2014. Available from: <https://es.scribd.com/doc/142384924/Movimientos-Cardinales-Del-Parto>.
44. Cabero L. Obstetricia y medicina materno-fetal México: Panamericana; 2014.
45. Torres S. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo. [Online].; 2015. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Torres-Schirley.pdf>.
46. Arrivillaga Á. Las infecciones del trato urinario en niños pequeños. [Online].; 2013. Available from: [http://www.iniciativat.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2373:las-infecciones-del-trato-urinario-en-ninos-pequenos-parte-1&catid=48:pediatria](http://www.iniciativat.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2373:las-infecciones-del-trato-urinario-en-ninos-pequenos-parte-1&catid=48:pediatria).
47. Serrano R LN. Atención primaria orientada a la comunidad:un modelo de salud pública en la atención primaria. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007;(21(2/3)).
48. Hernández B, García C, Anzures R, Orozco M. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. Rev Med IMSS. 2002; 40(5)(373-378).
49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral en Salud.MAIS. Ecuador: Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Pública; 2013.
50. Huiza GA. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el hospital de la base naval. callao.octubre – diciembre 2003. tesis. lima. Perú: universidad nacional mayor de san marcos, facultad de medicina humana; 2003.
51. Navas ME, Ulloa MA. Evaluacion de la gestión de la calidad de los servicios de salud ofertados por el hospital san sebastián del cantón sígsig. tesis. cuenca.ecuador: universidad politécnica salesiana; 2013.

52. Ávila Hernández G. Satisfacción del usuario en relación con la atención recibida por el médico familiar en la unidad de medicina familiar N.16. Colombia: La Estancia, Colina, Universidad de Colima; 2007.
53. Organización Panamericana de la Salud. Mejorando la Calidad de los Médicos de Familia de Iberoamérica Humanos UdDdr, editor. Ecuador; 2004.
54. López Arvi A. Estudio de la Satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud:adaptación al español del cuestionario "(dental satisfaction questionnaire)". Tesis Doctoral. España: Universidad de Valencia.
55. Donavedian A. Quality assurance in health care:Consumers role.Qual Health Care. ; 1992.

## **Anexos**

### **Anexo N.1. Acta de Consentimiento Informado**

#### **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

##### **Facultad de Ciencias de la Salud**

##### **Especialización en medicina familiar y comunitaria**

#### **ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento manifiesto mi voluntad de participar en la investigación: “Estrategia de integración al Sistema de Salud Pública Ecuatoriano de parteras/os, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016”. Realizada por la médico Lorena Jazmín Santana Mera, estudiante del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato.

Habiendo sido informado/a, conozco en detalle del propósito y objetivo de la misma, se me ha explicado que mi nombre será mantenido en secreto y que los resultados serán confidenciales y podrán ser publicados.

Por tanto, doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula ciudadanía: \_\_\_\_\_

**Anexo N.2.** Entrevista dirigida a Parteras comunitarias de la parroquia Quisapincha.

Sección I. Encuesta para Caracterizar a parteras/os comunitarios según variables sociodemográfica.

**Sección II. Encuesta para medir el nivel de conocimiento de parteras/os**

1. Sexo
  - a.  Masculino
  - b.  Femenino
2. Edad
  - a.  30-45
  - b.  46-60
  - c.  61-75
  - d.  >75
3. ¿Cuál es su nivel de instrucción?
  - a.  Analfabeta
  - b.  Primaria
  - c.  Secundaria
4. ¿Cómo se considera usted según su auto identificación étnica?
  - a.  Indígena
  - b.  Mestiza
  - c.  Otra \_\_\_\_\_
5. ¿Qué idioma habla usted?
  - a.  Español
  - b.  Kichwa
  - c.  Bilingüe (español y Kichwa)
  - d.  Otras \_\_\_\_\_
6. ¿Qué otra ocupación tiene además de ser partera?
  - a.  Agricultura
  - b.  Comerciante
  - c.  Quehaceres domésticos
  - d.  Otras \_\_\_\_\_
7. ¿Qué distancia aproximada hay del centro de salud a su vivienda?
  - a.  Menos de 5 km
  - b.  5 a 10 km
  - c.  Más de 10 km
8. ¿Con que medios de comunicación cuenta Ud?
  - a.  Telefonía fija
  - b.  Telefonía móvil
  - c.  Internet
  - d.  Ninguna

**comunitarios de la parroquia Quisapincha**

1. ¿sabe usted qué medidas de protección se deben utilizar para la atención del parto?

- a.  Si
- b.  No

Si su respuesta es afirmativa, señale cuales:

- a.  Lavado de manos con agua y jabón
- b.  Uso de guantes quirúrgicos
- c.  Uso de mascarilla
- d.  Limpieza de región genital
- e.  Limpieza del lugar donde atenderá el parto

3. ¿Sabe usted cuántos controles médicos mínimos debe tener la embarazada durante todo su embarazo?

- f.  Si
- g.  No

Si su respuesta es afirmativa indique cuantos:

- h.  1 control
- i.  3 controles
- j.  5 controles

5. ¿Cuándo la paciente ha tenido un parto por cesárea usted considera que el siguiente parto puede ser normal?

- a.  Si
- b.  No

2. ¿Sabe usted cuánto dura un embarazo normal?

- a.  Si
- b.  No

Si su respuesta es afirmativa indique cuantas semanas dura un embarazo normal:

- c.  30 semanas
- d.  40 semanas
- e.  42 semanas
- f.  No se

4. ¿Conoce usted que vacunas se debe administrar a la embarazada?

- a.  Si
- b.  No

Si su respuesta es afirmativa indique cual:

- c.  Vacuna para los hongos
- d.  Vacuna para el tétanos
- e.  Vacuna para parásitos
- f.  No se

6. Conoce usted las señales de peligro en el embarazo?

- a.  Si
- b.  No

Si su respuesta es afirmativa, señale cuales:

- c.  Sangrado vaginal en el embarazo.
- d.  salida de líquido por vagina antes de la fecha.
- e.  Dolor intenso en el vientre
- f.  Zumbido en los oídos
- g.  falta de movimiento del bebe
- h.  Parto demorado



7. ¿Sabe usted cuál es la posición correcta en que debe nacer el niño?

- a.  Si
- b.  No

Si su respuesta es afirmativa indique cuál es la posición correcta:

- a.  Cabeza
- b.  Brazo
- c.  Nalgas
- d.  No se

9. ¿Sabe usted cuánto tiempo se debe esperar para que salga la placenta?

- a.  Si
- b.  No

Si su respuesta es afirmativa indique en que momento:

- a.  Inmediatamente después del parto
- b.  15 a 30 minutos después del parto
- c.  1 a 2 horas después del parto

8. ¿Sabe usted en qué momento se debe cortar el cordón umbilical?

- a.  Si
- b.  No

Si su respuesta es afirmativa indique en que momento:

- c.  Inmediatamente después del parto
- d.  Cuando sale la placenta
- e.  Cuando el cordón deja de latir

10. ¿Conoce usted que es la estrategia CONE?

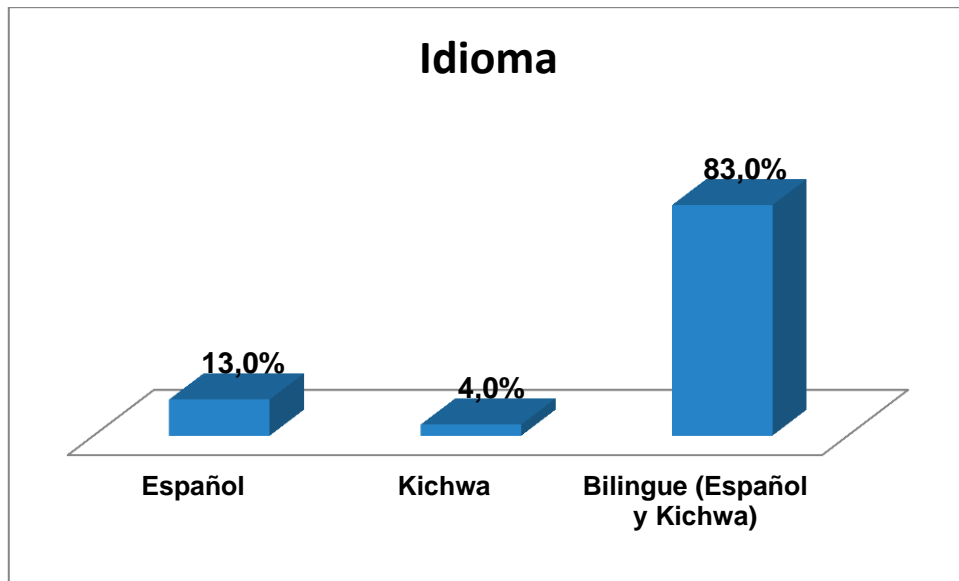
- a.  Si
- b.  No

**Anexo N.3.** Encuesta para identificar causas que influyen en la integración de los parteras/os comunitarios al Sistema de Salud Pública del Ecuador.

Dirigido a personal de salud.

1. ¿Qué tiempo lleva usted laborando en el Centro de Salud de Quisapincha?
  - a. \_\_\_Menos de 1 año
  - b. \_\_\_2 a 5 años
  - c. \_\_\_6 a 10 años
  - d. \_\_\_Más de 11 años
2. ¿Usted tiene experiencia de trabajo con las parteras?
  - a. \_\_\_Si
  - b. \_\_\_No
3. ¿Aceptaría usted a las parteras como parte del equipo de salud?
  - a. \_\_\_Si
  - b. \_\_\_No
4. ¿Siente usted confianza en las actividades que realizan las parteras?
  - c. \_\_\_Si
  - d. \_\_\_No
5. Considera usted que las partera/os están en capacidad de identificar signos de alarma durante el embarazo?
  - c. \_\_\_Si
  - d. \_\_\_No
6. ¿Conoce usted los objetivos de una red CONE comunitaria?
  - a. \_\_\_Si
  - b. \_\_\_No

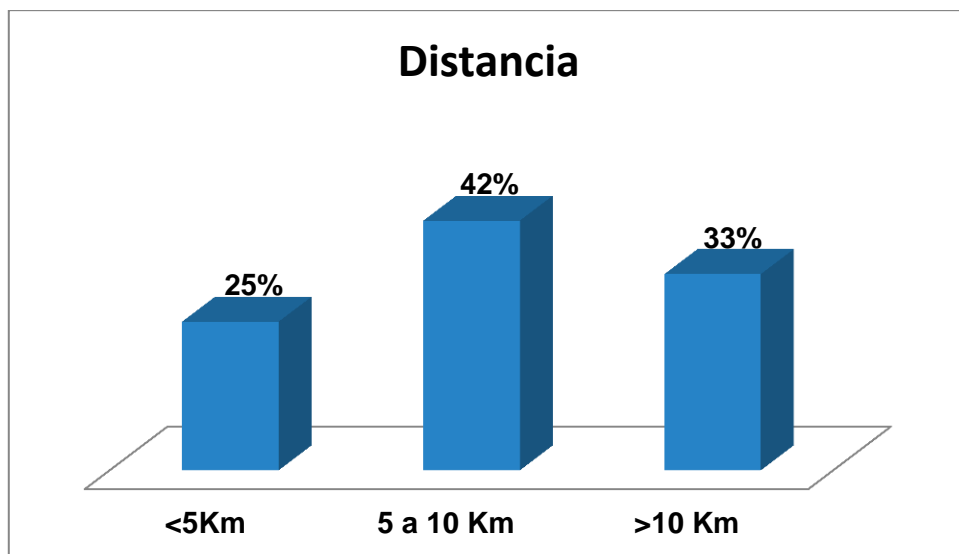
#### Anexo N. 4. Gráficos



Fuente: Tabla N°6.

Realizado por: SANTANA, Lorena

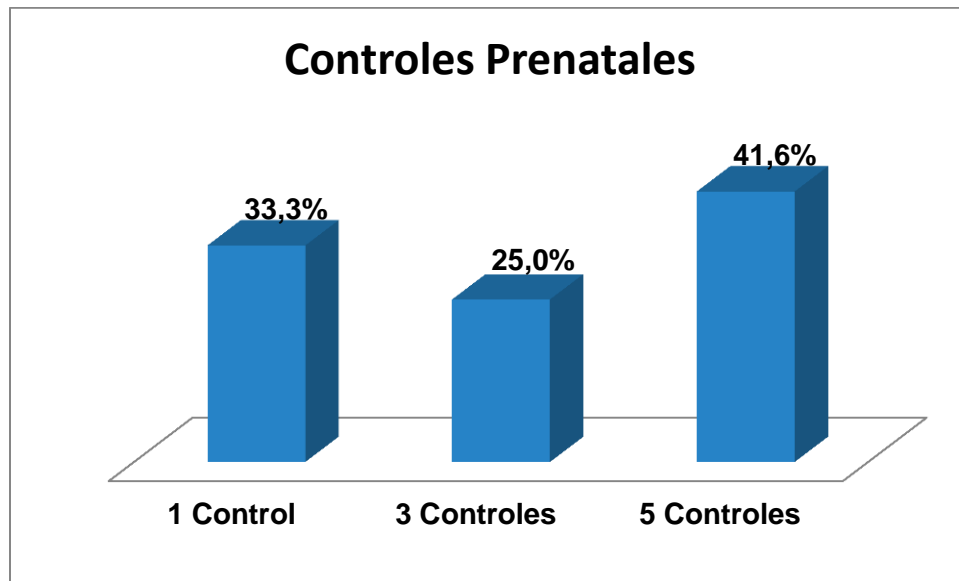
**Gráfico N° 2:** Parteras/os según Idioma, parroquia Quisapincha, Ambato, 2016



Fuente: Tabla N°8

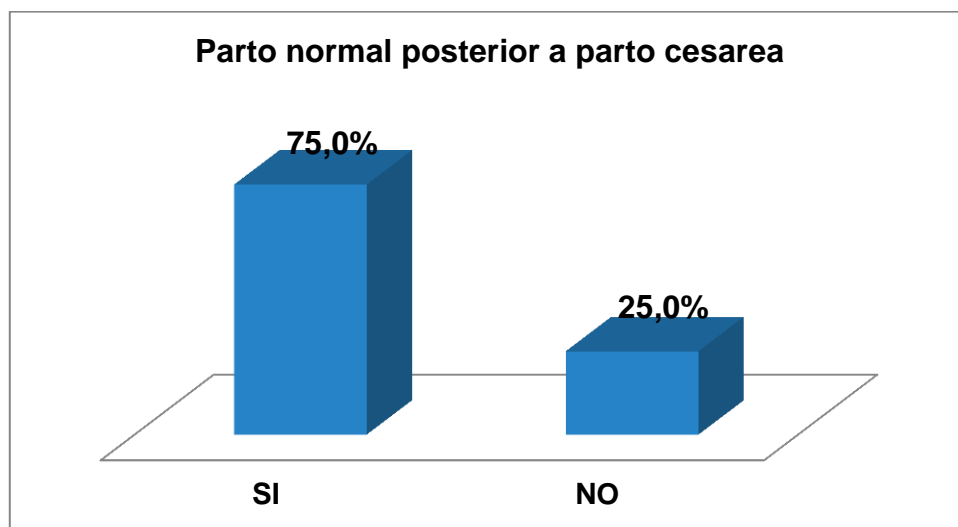
Realizado por: SANTANA, Lorena

**Gráfico N° 3:** Gráfico N°3. Parteras/os según Distancia.



Fuente: Tabla N°11

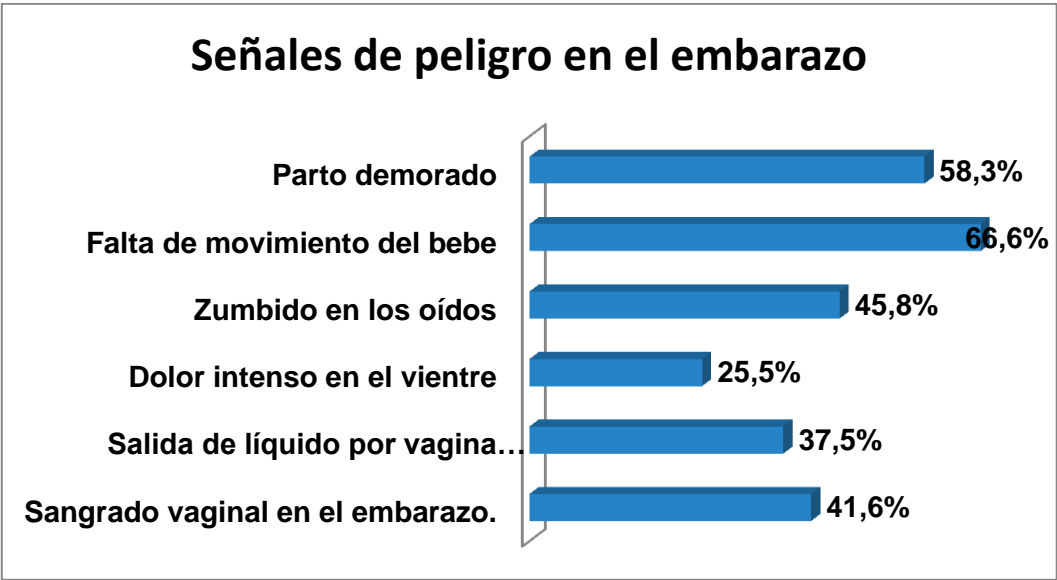
**Gráfico N° 4:** Parteras/os según conocimiento de número de controles prenatales



Fuente: Tabla N°12

Realizado por: SANTANA, Lorena

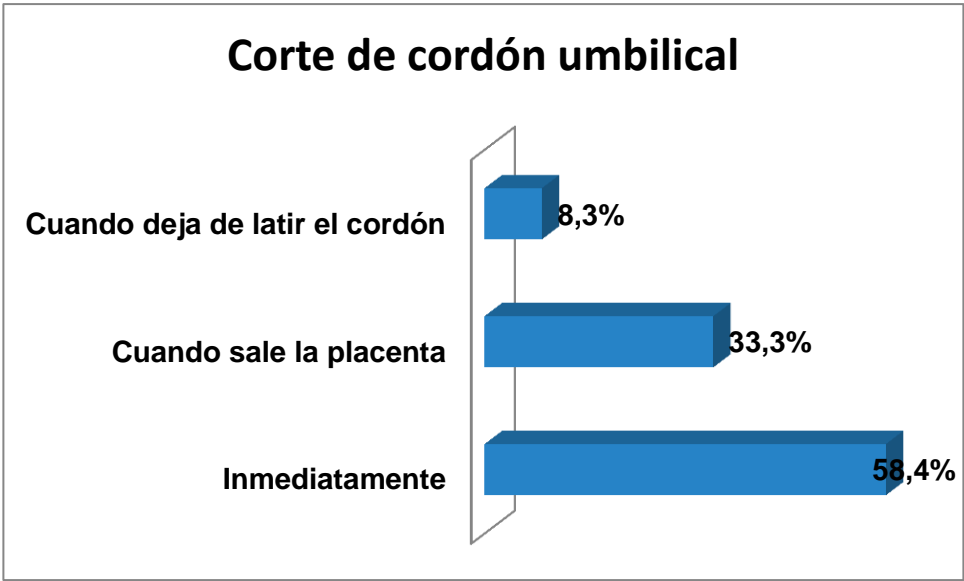
**Gráfico N° 5:** Parteras/os según conocimiento parto normal posterior a parto por cesárea.



Fuente: Tabla N°13

Realizado por: SANTANA, Lorena

**Gráfico N° 6:** Parteras/os según conocimiento de señales de peligro en el embarazo



Fuente: Tabla N°14

Realizado por: SANTANA, Lorena

**Gráfico N° 7:** Parteras/os según conocimiento de momento en que se corta el condón umbilical

**Anexo N. 4. Fotografías**

**Encuesta a parteras/os Comunitarias**



Encuesta aplicada a personal de salud

