# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

## FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

## MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA VISUAL Y MEDIOS DIGITALES

**TEMA:**

"EL PARTO HUMANIZADO Y LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL EN LAS COMUNIDADES RURALES DEL CANTÓN SALCEDO EN EL AÑO 2014"

Trabajo de Investigación, previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en Antropología Visual y Medios Digitales

**Autora:** Licenciada Bettsi Adriana Malisa López.

**Director:** Doctor Walter Francisco Viteri Torres, Magíster.

Ambato – Ecuador

2018

*A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales*

El Tribunal receptor del trabajo de Investigación presidido por el Doctor Jaime Tarquino Tipantasig Cando, Magíster; integrado por los señores Doctor Juan Illicachi Guzñay PhD., Licenciado Fabricio Omar Soto Dávila Magíster, Licenciado William Fredy Aguilar Rodríguez Magíster, designado por el Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato, para receptar el trabajo de investigación con el tema: "EL PARTO HUMANIZADO Y LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL EN LAS COMUNIDADES RURALES DEL CANTÓN SALCEDO EN EL AÑO 2014", elaborado y presentado por la señora Licenciada Bettsi Adriana Malisa López, para optar por el Grado Académico de Magíster en Antropología Visual y Medios Digitales; 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. Jaime Tarquino Tipantasig Cando Mg.
**Presidente del Tribunal**

---

Dr. Juan Illicachi Guzñay PhD.
**Miembro del Tribunal**

---

Lic. Omar Fabricio Soto Dávila Mg.
**Miembro del Tribunal**

……

Licenciado William Fredy Aguilar Rodríguez Mg.
C.c.: 1803390150
DIRECTOR

## AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: "EL PARTO HUMANIZADO Y LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL EN LAS COMUNIDADES RURALES DEL CANTÓN SALCEDO EN EL AÑO 2014", le corresponde exclusivamente a: Licenciada Bettsi Adriana Malisa López, Autora bajo la Dirección de Doctor Walter Francisco Viteri Torres Magíster, Director del Trabajo de Investigación el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Licenciada Bettsi Adriana Malisa López

C.C. 0502347149

**AUTORA**

Doctor Walter Francisco Viteri Torres, Magíster

C.C. 1802008118

**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 proceso de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos de mi Trabajo, con la finalidad de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.



Licenciada Bettsi Adriana Malisa López

C.C. 0502347149

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO

PORTADA……i
A LA UNIDAD ACADEMICA DE TITULACION……..……..ii
AUTORIA DEL TRABAJO DE INVESTIGACION……..…..iii
DERECHOS DE AUTOR……...iv
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO……..v
ÍNDICE DE CUADROS…….…..viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS……ix
AGRADECIMIENTO……...…….....x
DEDICATORIA…….....xi
RESUMEN EJECUTIVO…….….xii
EXECUTIVE SUMMARY……...……xiv

INTRODUCCIÓN…….1

## CAPÍTULO I
## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tema…….…….3
Contextualización……..3
Análisis Crítico…….11
Árbol del Problema…….……..10
Formulación del Problema……12
Prognosis…….……..12
Preguntas Directrices…….……...…….13
Delimitación del Problema…..……...13
Justificación……..……..13
Objetivo General…….……..……...……..15
Objetivos Específicos……...……..15

## CAPÍTULO II
## MARCO TEÓRICO

Antecedentes investigativos…….16
Fundamentaciones……..……...22
Fundamentación Axiológica……..……...23
Fundamentación Legal…….…..……...23
Categorías Fundamentales……30
Subordinación Variable Dependiente…….…..32
Subordinación Variable Independiente…….…31
Marco Conceptual…….…….…...33
Hipótesis…….……...……63

## CAPÍTULO III
## METODOLOGÍA

Enfoque……..……..……..64
Investigación bibliográfica-documental…….……..……..….64
Investigación de campo……..……....64
Modalidad básica de la investigación……..……...64
Nivel o Tipo de Investigación……...……..65
Población y Muestra…….……..……66
Muestra……...……..……..66
Operacionalización de Variables……..……..69
Operacionalización Variable Independiente: Parto Humanizado…….....……...69
Operacionalización Variable Dependiente: Medicina tradicional ancestral……...70
Recolección de Información……..……71
Descripción detallada del Tratamiento de la Información de Fuentes Primarias Secundarias…….71
Plan para la recolección de información……..…….…..71
Procedimiento de recolección de información……..……..72
Procesamiento y análisis de la información……72

## CAPÍTULO IV
## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Plan de análisis e interpretación de resultados……..……..73
Verificación de la hipótesis……...……..…81

## CAPÍTULO V
## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones……...……..…….85
Recomendaciones……...……85

## CAPÍTULO VI
## PROPUESTA

Tema…….…….…….. 86
Datos
informativos…….……..86
Antecedentes……..…...…….86
Justificación…….…… 88
Objetivo general……...…...……...88
Objetivos……..……..……... 88
Análisis de factibilidad……...……89
Fundamentación……..…..…….89
Plan Operativo……...…….94
Desarrollo de la Propuesta……..……95
Bibliografía…….……119
ANEXOS..……..……..129

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1 Plantas medicinales……..…….61
Cuadro No 2 Población…….……..66
Cuadro N° 3 Muestra……..68
Cuadro N° 4 Operacionalización Variable Independiente……..69
Cuadro N° 5 Operacionalización Variable Dependiente……..……..70
Cuadro N° 6 Plan de Recolección de Información……....…….71
Cuadro N° 7 Procedimientos de recolección de Información…….....72
Cuadro N° 8 Ejemplo Cuantificación de resultados…….……..72
Cuadro N° 9 Ficha de Observación……..……..74
Cuadro N°10 Nivel de información sobre el parto humanizado…….76
Cuadro N°11 Salud materna culturalmente adecuada……...77
Cuadro N°12 Medicina tradicional ancestral…….....……78
Cuadro N°13 Interculturalidad en el parto……..79
Cuadro N°14 Parteras reconocidas por el Ministerio de Salud Pública……80
Cuadro N°15 Frecuencias Observadas……..……..82
Cuadro No 18 Plan operativo……..……94
Cuadro N° 16 Frecuencias Esperadas……82
Cuadro N° 17 Tabla de Contingencia……..…….....83

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Partos por Cesárea……...……7
Gráfico N° 2 Árbol del Problema…….……..10
Gráfico N° 3 Categorías Fundamentales……..……...30
Gráfico N° 4 Subordinación Variable Independiente…….…31
Gráfico N° 5 Subordinación Variable Dependiente……...32
Gráfico No 6 Ejemplo representación gráfica……73
Gráfico N° 7 Análisis de la Ficha de Observación…….….75
Gráfico N° 8 Nivel de información sobre parto humanizado……..……76
Gráfico N° 9 Nivel de información sobre parto humanizado……..……77
Gráfico N° 10 Nivel de información sobre parto humanizado……...…….78
Gráfico N° 11 Nivel de información sobre parto humanizado……...79
Gráfico N° 12 Nivel de información sobre parto humanizado……..…….80
Gráfico N° 14 La partera ancestralmente……95
Gráfico N° 15 Pakarina…….……..96
Gráfico N° 16 Ritualización del nacimiento……...……96
Gráfico N° 17 La Ritualización del nacimiento – Pakarina…….97
Gráfico N° 18 Mecanismos de articulación…….……...98
Gráfico N° 19 Relación Personal de Salud y Partera certificada……..……..99
Gráfico N° 20 Parto y nacimiento intercultural…….....100
Gráfico N° 21 Parto culturalmente adecuado y violencia obstétrica……...……..101
Gráfico N° 22 Violencia obstétrica…….…..102
Gráfico N° 23 Afiches Parto intercultural……103
Gráfico N° 24 Relación Personal de Salud y Partera certificada……..105
Gráfico N° 25 Parto tradicionalmente adecuado……..106
Gráfico N° 26 Parto tradicionalmente adecuado……...108
Gráfico N° 27 Introducción promoción guía técnica……109
Gráfico N° 28 Tríptico promocional Parto culturalmente adecuado…….....111
Gráfico N° 29 Marco conceptual Parto tradicionalmente adecuado……..…...117

## AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a la Universidad Técnica de Ambato por ofertar este tipo de maestrías, luego hago extensivo mi gratitud al Sr. Fredy Francisco Caicedo, Gerente Propietario de las Empresas Multicolor de Radio y Televisión, por apoyarme incondicionalmente tanto en lo laboral como en lo personal, no puedo dejar pasar por alto el agradecimiento a mi tutor de tesis Doctor Walter Viteri y a mi hermosa familia.

Y para finalizar, debo agradecer a todos los que fueron mis compañeros de clase durante todos los módulos en la Universidad ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi vida profesional.

Licenciada Bettsi Adriana Malisa López

## DEDICATORIA

Este trabajo realizado con esfuerzo por varios meses. Está dedicado a mis hijos, Angita y Alvarito Ruiz Malisa, así como también a mis padres Gonzalo Malisa y Fanny López, quienes con su paciencia y comprensión me han dado fuerzas para culminar este objetivo.

Licenciada Bettsi Adriana Malisa López

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**
**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES**
**MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA VISUAL Y MEDIOS DIGITALES**

**TEMA:**

"EL PARTO HUMANIZADO Y LA MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL EN LAS COMUNIDADES RURALES DEL CANTÓN SALCEDO EN EL AÑO 2014".

**AUTORA:** Licenciada Bettsi Adriana Malisa López

**DIRECTOR:** Doctor Walter Francisco Viteri Torres, Magíster.

**FECHA:** Ambato, 13 de junio de 2018

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe aborda el parto humanizado y su relación con la medicina tradicional ancestral en el Ecuador y por ende en las comunidades rurales de la Sierra, donde la mayoría de culturas y rituales han sido degradados a lo largo de la historia, es una oportunidad para destacar una visión antropológica de la manera en que se lleva a cabo el embarazo y parto en las comunidades del cantón Salcedo, bajo una metodología cualitativa cuantitativa que permite mantener una epistemología lógica positivista, reconociendo la interculturalidad y variedad de escenarios en los cuales se desarrolla la investigación. Las conclusiones determinan una valorización del parto intercultural, la carnetización y legalización de las parteras que cumplen un importante papel en el embarazo parto y post parto de la mujer indígena y mestiza. Establecer estrategias vinculatorias, así como promoción de programas de conferencias, charlas tanto del personal médico con los representantes de las culturas ancestrales, campañas para eliminar la violencia obstétrica significa un importante aporte para que las comunidades y las mujeres sean reivindicadas, y posteriormente se elimine la segregación de la cultura. La medicina tradicional es muy rica en cuanto saberes ancestrales, formas de terapias alternativas y conocimiento de ayudar a mejorar dolencias y recuperar óptimamente a la mujer que ha tenido un parto natural, dando oportunidad al acercamiento directo

de la madre y el recién nacido así como el apoyo de pareja y familiares. Se trata al parto como un proceso natural y no como un evento altamente medicado, reconociendo la necesidad de retornar a costumbres y tradiciones.
**PALABRAS CLAVES:** Carnetización, costumbres y tradiciones, Medicina Tradicional Ancestral, Parto culturalmente adecuado, Parto Humanizado, Proceso natural, Rituales, Valorización, Violencia obstétrica, Visión antropológica.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES**

**MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA VISUAL Y MEDIOS DIGITALES**

**THEME:**

"HUMANIZED PARTITION AND TRADITIONAL ANCESTRAL MEDICINE IN RURAL COMMUNITIES OF CANTON SALCEDO IN YEAR 2014".

AUTHOR: Licenciada Bettsi Adriana Malisa López

DIRECTOR: Doctor Walter Francisco Viteri, Magíster.

DATE: Ambato, June 13, 2018

## EXECUTIVE SUMMARY

This report addresses humanized childbirth and its relationship with traditional ancestral medicine in Ecuador and therefore in the rural communities of the Sierra, where most cultures and rituals have been degraded throughout history, is an opportunity to highlighting an anthropological vision of the way in which pregnancy and childbirth are carried out in the communities of the Salcedo canton, under a quantitative qualitative methodology that allows maintaining a positivist logical epistemology, recognizing the interculturality and variety of scenarios in which the investigation. The conclusions determine a valuation of intercultural birth, the identification and legalization of midwives who play an important role in the birth and post-partum pregnancy of indigenous and mestizo women. Set vinculatorias strategies and promotion programs conferences, lectures both medical staff with representatives of ancestral cultures, campaigns to eliminate obstetric violence means an important contribution to communities and women are claimed, and then delete the segregation of culture. Traditional medicine is very rich in terms of ancestral knowledge, alternative therapies and knowledge to help improve conditions and optimally recover the woman who has had a natural birth, giving opportunity for the direct approach of the mother and the newborn and the support of couple and relatives. Childbirth is treated as a natural process and not as a highly medicated event, recognizing the need to return to customs and traditions.

**KEYWORDS:** Humanized delivery, Traditional Ancestral Medicine, culturally appropriate birth, rituals, anthropological vision, obstetric violence, carnetization, valorization, natural process, customs and traditions.

# INTRODUCCIÓN

La investigación se centra en la confluencia de la maternidad, etnicidad, cultura, tradición y Estado, se recalca la discriminación social pese a que se consagran constitucionalmente dichos derechos de la mujer indígena embarazada. Se observa la problemática a partir de estadísticas y estudios realizados en cuanto a la aceptación del parto humanizado y su relación con la Medicina Tradicional Ancestral en las comunidades rurales del cantón Salcedo en el año 2015.

Para la revisión del tema se establece los siguientes capítulos:

**CAPÍTULO I. El Problema:** Se describe el contexto macro, meso y micro que engloba la problemática. En una gráfica de un árbol del problema se realiza un análisis crítico y una prognosis. Se establece una justificación con la importancia del tema y se define los objetivos de la de investigación.

**CAPÍTULO II. Marco Teórico:** Se revisa los antecedentes investigativos que se relacionan con el tema como tesis anteriores. A partir de una gráfica de inclusión de variables se detalla el marco conceptual de las variables Parto Humanizado y Medicina Tradicional Ancestral, por último se plantea la hipótesis.

**CAPÍTULO III Metodología:** Capítulo que establece el Enfoque, la Modalidad y el Tipo de Investigación. Se establece la población y muestra. El cuadro de operacionalización de variables con categorías, indicadores e ítems. Por último se organiza el plan de recolección de información y el plan de procesamiento.

**CAPÍTULO IV Análisis e interpretación de resultados:** Se realiza una análisis estadístico a partir de una ficha de observación que establezca una medición de la forma en que se reconoce el parto humanizado y la medicina tradicional ancestral traducido a una interculturalidad del parto. Además una encuesta que mide por indicadores el nivel de aceptación del parto ancestral. Se procede a comprobar la hipótesis.

**CAPÍTULO V Conclusiones y Recomendaciones:** Se presenta las conclusiones obtenidas de la investigación y se establece las recomendaciones principales para solucionar la problemática planteada

**CAPÍTULO VI Propuesta:** Se plantea el tema para promocionar estrategias de articulación del Manual de Articulación de Parteras Ancestrales para las comunidades rurales del cantón Salcedo, organizado en tema, antecedentes, justificación, fundamentación, objetivos y plan operativo; que refleja la necesidad de vincular e integrar la cultura ancestral del parto a las actuales prácticas médicas obstétricas.

# CAPÍTULO I
# EL PROBLEMA

## Tema

El Parto Humanizado y la Medicina Tradicional Ancestral en las comunidades rurales del cantón Salcedo en el año 2015.

## *Contextualización*

### Macro

En el marco de la salud mundial y los derechos humanos indudablemente está la maternidad y la medicina tradicional, la cual está retomando su valor y difusión. *En el mundo la medicina tradicional ancestral representa un elemento esencial en el sistema del sector salud, puesto que su desarrollo y práctica van ligados a la cultura de cada pueblo.* (OMS, 2014) La práctica de la Medicina Tradicional Ancestral se ha difundido en toda Latinoamérica enmarcada en las relaciones socio culturales de los pueblos indígenas iniciando una nueva etapa con el incremento de utilizar alternativas terapéuticas en el tratamiento del embrazo y parto.

El Ecuador es un país intercultural y pluricultural, de creencias ancestrales que son transferidas de generación en generación como es la medicina natural caracterizada por su particular forma de diagnosticar los diversos tipos de enfermedades, dolencias y por el tratamiento que se da utilizando la herbolaria y la misma energía de los elementos naturales o el conocimiento adquirido por experticia. La Medicina Tradicional Ancestral, es el máximo representante de la continuidad y respeto que se da a los antepasados, y ha tenido que sobrepasar obstáculos frente a la resistencia de la medicina alopática quien como única valedera ha restado importancia a la presencia de las mujeres parteras en el momento del parto pero que siguen siendo reconocidas por los pueblos y sus distintas culturas; que inclusive en el mestizaje se asumen los consejos de las matriarcas familiares para sobrellevar las circunstancias por las que una mujer en estado de gestación mantiene.

Las parteras son consideradas agentes importantes propias del mundo cultural indígena andino tienen reconocimiento y respeto por todos los miembros de su comunidad.

> Según (INEC 2010) El Ecuador es caracterizado por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población indígena, afro descendiente, mulata, mestiza y blanca. El 7% de la población en Ecuador se considera indígena, población que ha aumentado por la autoidentificación y valoración que ha venido teniendo estos pueblos.

Se reconoce que la población indígena ha ido en aumento y los datos estadísticos referentes a atención por parto en casa no ha sido motivo de estudios. Como lo dice (Herrera, 2001) La reflexión sobre género y etnicidad ha sido escasa ya que han dominado los estudios sobre la mujer en estudios privados de clase media, la desigualdad en espacios públicos como la economía y la política y el género en los programas de desarrollo. (Martínez Novo, Carmen, 2007). Y solo los estudios extranjeros han privilegiado el estudio de las mujeres indígenas y rurales.

En Ecuador se conoce la existencia de iniciativas de ley para regular la práctica de la medicina tradicional, muchas de ellas han sido impulsadas por los pueblos indígenas, teniendo como primordial punto de referencia a la Constitución del Ecuador que ha reformado el punto de vista jurídico en dos artículos que establecen los principios fundamentales para el ejercicio de la medicina tradicional. En el capítulo 4, sección cuarta, articulo 44 se establece: "*el Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicionales y alternativas, cuyo ejercicio será regulado por la ley e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de salud, con sujeción a principios bioéticos",* y el articulo 81 dicta en el numeral 1 "*Mantener, desarrollar y fortalecer su identidad y tradiciones en lo espiritual, cultural, lingüístico, social, político y económico".* Razones fundamentales que amparan la cultura de la mujer

indígena y la forma en como quiere que sea su parto y atención postnatal de no darse complicaciones extremas que arriesguen su vida.

***Meso***

A diferencia de la medicina alopática-occidental, la medicina tradicional ancestral de las provincias de la sierra ha sido caracterizada a partir de elementos culturales transmitidos de generación a generación a si lo define en su informe la Unicef Ecuador*: La medicina occidental, que tiene su base en la evidencia científica de la ciencia experimental, y la medicina tradicional es poseedora de un rico legado cultural que ha pasado de generación en generación en las comunidades nativas* (Unicef 2006), siendo uno de los elementos de este legado el parto tradicional ancestral en donde la mujer indígena "da a luz" a su hijo o hija en posición vertical, como lo hizo su madre y la madre de su madre.

> En la Agenda de la Niñez Indígena que las niñas y niños de comunidades diversas expusieron al país en 2005 para promover sus derechos, está muy presente la necesidad de respetar la costumbre del parto tradicional. Al ser un tema de salud que involucra tanto la salud de los recién nacidos como la de la madre, los niños y niñas se interesan en él. (Unicef 2006)

Antropológicamente la mujer indígena ha surgido a partir de una alta discriminación de su cultura, idioma-quechua y género, bajo distintos enfoques de vida y salud existen diferencias culturales que no han sido reconocidas. *La mujer ha constituido siempre una parte determinante que sustenta el tejido social en todas las culturas y ha tomado forma como elemento ineludible de la mayor parte de los parámetros y referencias en el ámbito social, como productora y como reproductora*. (Quiceno, Claudia 2003). Llegar a comprender los límites y potencialidades de la medicina tradicional es un camino de reivindicación para muchos estudiosos del tema en cuanto al tratamiento del parto y puerperio en la provincia de Cotopaxi.

Cotopaxi en el caso de las mujeres indígenas embarazadas demuestra como experiencia generalizada es que si asisten a atenderse en el sistema público de salud, su parto es atendido en la modalidad horizontal, sobre la mesa de partos, pues el personal de salud no ha adoptado otra modalidad, contrastando con la costumbre ancestral del parto tradicional vertical; el cual se unifica con el parto el parto tradicional humanizado entendido como la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales del parto dentro de una institución de salud sea esta pública o privada

> Según (Moya, Alba 2000) La sabiduría del pueblo andino ha estado siempre, las memorias orales andinas son códigos culturales autóctonos que reflejan la conciencia comunitaria del pueblo; son las bases que mueven los saberes y las conductas, constituyen las raíces y fuentes de sabiduría que hablan de orígenes, principios y fundamentos de la medicina andina que tiene que ver con los valores materiales y espirituales, vivenciados por los pueblos en la sencillez de la cotidianidad. (Pág. 22)

Como uno de sus rasgos preponderantes se ha destacado su dimensión místico-religiosa, así como el uso de prácticas distintivas como la herbolaria. El sector tradicional tiene una presencia importante en la mayoría de los cantones de la provincia de Cotopaxi como son: Latacunga, Salcedo, La Mana, Pujili, Saquisilí, Sigchos y Pangua, siendo uno de sus nichos "naturales" las zonas rurales, habitadas primordialmente por poblaciones indígenas.

> Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) en Ecuador el 65% de las mujeres, que se auto identifican como indígenas, manifiestan que han alumbrado en su domicilio. Esta elección concierne a más del 40% de las mujeres de las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de la región amazónica. Solo el 30,1% de partos de las indígenas

> ocurre en hospitales o centros de salud. (Jambi Huas – Relacahupan-Ecuador 2011)

Las razones para preferir a una partera están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo, que son poco conocidas por el personal de salud pública o privada de las ciudades. La concepción y las etapas sobre el embarazo, parto, post parto, planificación familiar varían según la cultura.

Salcedo es un cantón de la provincia de Cotopaxi, lugar donde se agrupa gran parte de su población total, por encontrarse ubicado sobre los antiguos asentamientos de los Panzaleos su nivel de tradición y cultura indígena es característico y se mantiene en su esencia aborigen. Esta localidad tiene una parroquia urbana San Miguel y cinco parroquias rurales: Sta. Lucía, Cusubamba, Mulalillo, Mullinquindil (Santa Ana) y Panzaleo en donde se encuentra concentrada e*l 80,7% de la población de la cual el 53% y el 43% son hombres* (INEC 2010), como datos esencial se registró un analfabetismo en mujeres del 21,02% y en hombres del 9,08% indicador importante para registrar la alta vulneración en la que se encuentra el sector femenino y sobre todo la mujer embarazada

Aunque se demuestra estadísticamente que en el sector rural un 77% de mujeres embarazadas ya realiza el control prenatal en el primer trimestre también se ha incrementado la práctica de cesáreas.

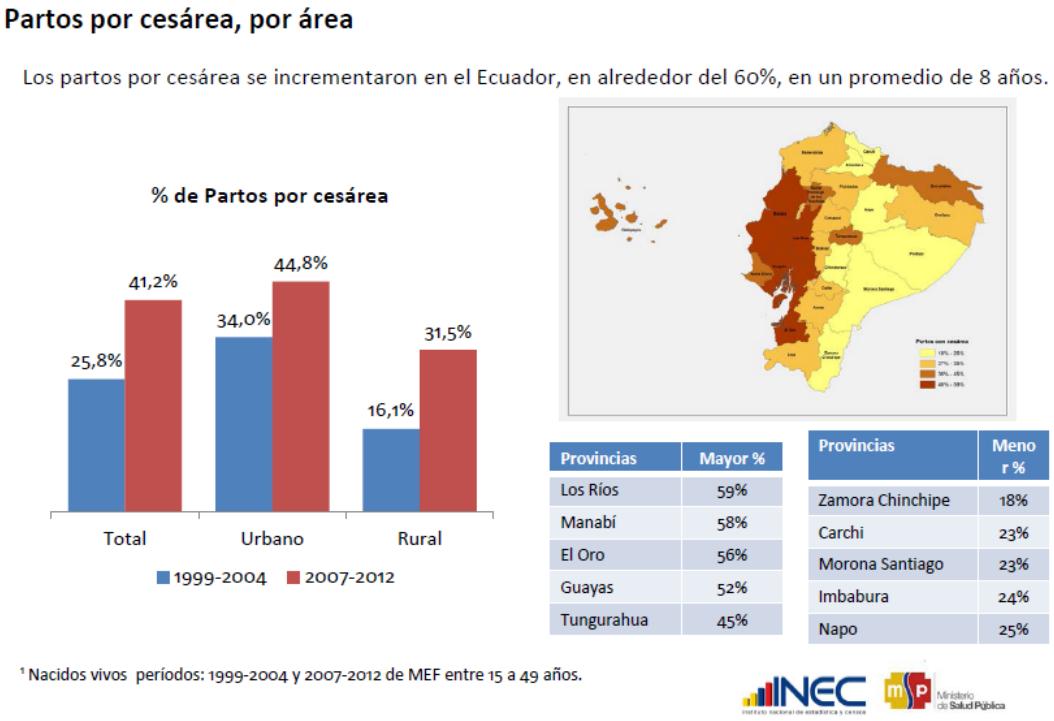



**Gráfico N° 1** Partos por Cesárea
**Fuente:** Cabascango, Jimena INEC 2012
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

Este incremento de cesáreas son alarmantes *si se piensa que en países con ingresos bajos a medios, como Ecuador, el promedio de partos por cesárea es del 9 %, mientras que en la región de las Américas, el promedio es de 36 %,* indica la (Ensanut 2012), por lo que no se está proveyendo apoyo para el parto normal convirtiendo un hecho natural cuyo proceso es fisiológico, en una condición patología al tener la madre que recuperarse de una cirugía recae en el hecho de cada vez

Al existir poca aceptación de la práctica ancestral del parto culturalmente adecuado en el marco de la política pública de salud intercultural no se capacita ni se prepara a las parteras por lo que se puede observar un incremento de los riesgos materno infantil, por la desconfianza de las parturientas en los agentes de salud locales.

***Micro***

Desde un punto de vista crítico se observa como la medicina en general ha aumentado su intervención para "precipitar" el proceso de parto y para reducir riesgos de posibles complicaciones al momento del nacimiento, incidiendo de

forma negativa en la situación psicológica y emocional de la madre así como en su hijo/hija y la escasa información que llegan a tener los familiares y el esposo que demuestran temor e inseguridad de realizar cualquier pregunta o argumentación.

La aplicación de anestesias, hormonas sintéticas (artificiales) a la madre, o al recién nacido como prácticas estandarizadas para el nacimiento, constituyen factores que se suman a la violencia en contra de las madres y sus bebés.

De los nacimientos registrados por la Red de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales – CONE, la atención del parto en las mujeres indígenas del cantón Salcedo ha sido atendido por parteras o comadronas. Estas mujeres recelan mucho sobre el conocimiento adquirido, pero se mantienen con apertura a la incorporación de nuevas prácticas incluso de aquellas que no pertenecen a su propia tradición médica como es el caso de la medicina alopática. Demuestran alta responsabilidad y un en su mayoría no lucra de su oficio, como ellas dicen: *nos pagan según su voluntad, con dinerito, comidita o cualquier cosita*, demostrando el compromiso con la comunidad.

> La mayoría de las parteras aprendió el oficio de sus madres o abuelas, una madrina o de una vecina; sus prácticas difieren según su comunidad, creencia y experiencias, aunque realmente se puede observar que de una comunidad a otra no son muchas las diferencias para atender el parto y puerperio. (Toaquiza Changoluisa, Alexandra 2015, 15)

Aquí se puede anotar que existe un prominente grupo de mujeres embarazadas del sector indígena e inclusive mestizo que opta por tener el parto de sus hijos en el hogar, lo cual representa una problemática por el poco apoyo que se tiene por parte de la salud pública lo que hace que se haga en secreto, e inclusive arriesgando la vida de la madre y del recién nacido, pero que a la par se acrecienta porque sienten comprensión, involucramiento y respeto por sus tradiciones y creencias.

> La desinformación de la mujer, la manipulación y la jerarquía otorgada a los profesionales de la salud deforma la atención del nacimiento donde la parturienta puede convertirse, no en la protagonista, sino en la responsable de lo que sale mal. Numerosas frases groseras, hirientes, descalificadoras y vulgares, expresadas por el personal médico se anotan en la compilación y análisis de

> Marbella Camacaro en el texto "*La experiencia del parto, proceso de la mujer o acto médico* (Universidad de Carabobo, 2000). Allí establece con claridad el poder de la palabra, como una forma de ejercer la violencia y se encuentra otras formas crueles de la violencia contra la mujer durante el nacimiento en la realización de episiotomías sin anestesia (el corte vagino-perineal durante el parto), humillaciones físicas y psicológicas, aislamiento y nutrición inadecuada, entre otras. (Ramírez, G 2012, 16)

El resultado más visible por parte de la mujer indígena es el constante miedo al maltrato en los centros de salud provocando resistencia a recibir atención en los Centros de Salud, además que cuando se produce algún tipo de maltrato no son difundidas, señaladas o denunciadas por muchas mujeres que en general pueden no estar de acuerdo con la forma en que van a tener a su hijo o hija.

Cultural y antropológicamente la mujer indígena tiene muchas quejas al momento del parto como se cita: (Baeza, Cabezas María 2011, 95 y 96)

> Por el trato también porque se quejan las mujeres indígenas es que el médico o las enfermeras les dicen que son sucias, que son cochinas, "y eso cuando se llega a dar a luz con sangre y todo eso les hacen bañar con agua fría y todo lo demás". Los baños de agua fría adquieren una connotación totalmente diferente en el mundo indígena. Esto es porque en las comunidades el baño de agua fría representa una sanción que se enmarca en los procedimientos de justicia indígena, sintiendo que reciben una especie de castigo hacia su maternidad por parte de los profesionales que la atienden.

Se ratifica diferencias notorias entre la población indígena, mestiza y blanca al momento del parto, que indica que los partos de las madres indígenas corresponde *al 30% parto profesional y 69% parto en el domicilio en donde el 19% fue con partera calificada y el 8% con partera no calificada* . Los datos oficiales estadísticos referidos al tipo de parto, establecen que las mujeres indígenas tienen una tasa de parto vaginal del 94% y del 6% por cesárea.

Se puede establecer que no existe un enfoque intercultural respecto al parto, en las comunidades rurales del cantón Salcedo porque no se reconoce la diversidad étnica en los centros de salud pública, pese a la normalización que se ha dado por parte del Estado a crear la "Guía técnica para la atención del parto culturalmente

adecuado” el cual observa la intermediación de la partera en muchos aspectos y no se ha podido sobrepasar las barreras culturales.

La óptica médica persiste en que la mujer indígena adopte normas y procedimientos de salud preconcebidos y se intenta disminuir y por ningún motivo alinearse al parto humanizado porque amerita perdidas valiosas de tiempo sin comprender consignas propias de cada cultura en el área rural se dificulta el nivel de comprensión.

## Árbol del Problema

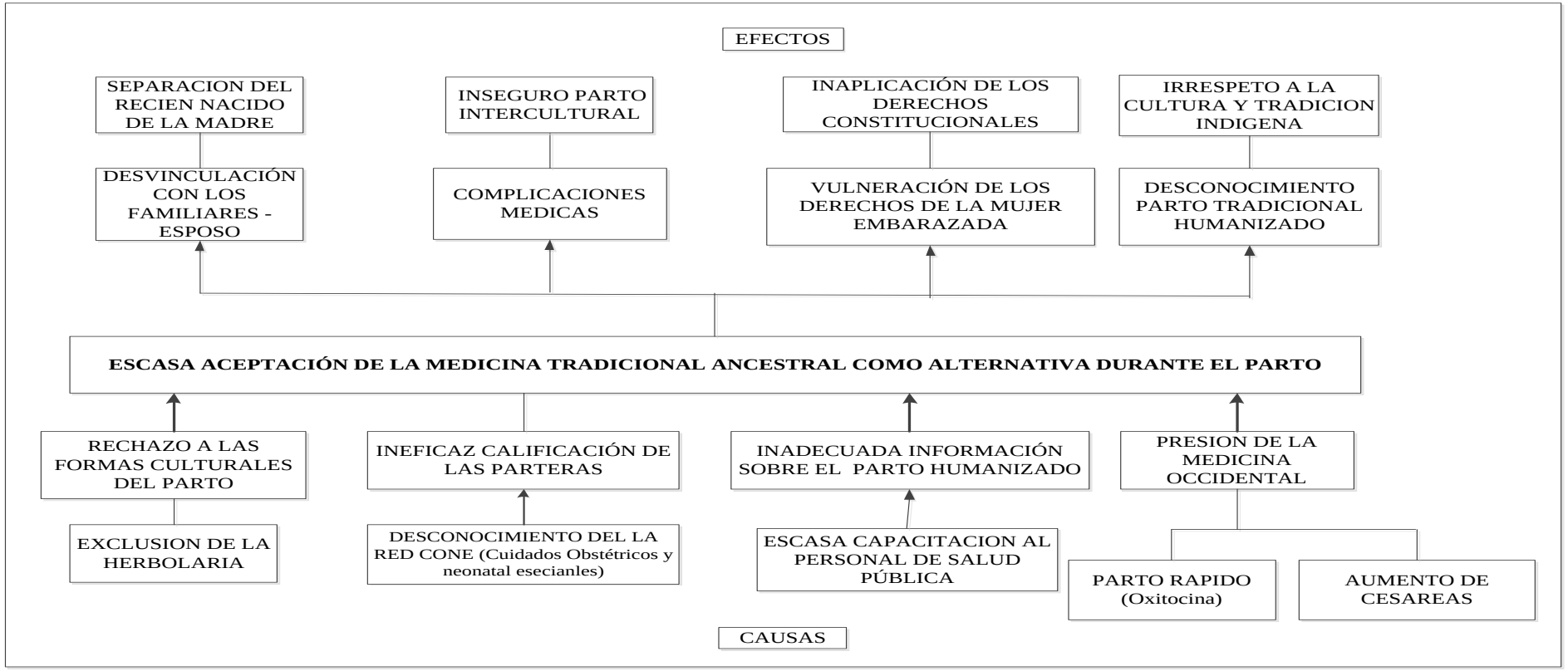



**Gráfico N° 2** Árbol del Problema
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Análisis Crítico**

La problemática que se presenta es la escasa aceptación de la medicina tradicional ancestral como alternativa durante el parto causada principalmente por una inadecuada información sobre el parto humanizado y la escasa capacitación del personal de salud en respecto al tema esto da como efecto la vulnerabilidad de los derechos de la mujer embarazada y la inaplicación de los derechos constitucionales. El principal argumento para el parto humanizado es el respeto hacia la madre, su hijo/hija no nacido, el padre – esposo y la familia en el proceso del embarazo parto y nacimiento, ya que no se considera el tiempo, ritmo, fisiología, conjunto de emociones, estado psicológico y psicosocial de cada madre.

En la red de causas se anota un rechazo a las formas culturales del parto incluyendo una exclusión de la práctica herbolaria lo que origina una desvinculación con los familiares – esposo la separación del recién nacido de la madre y un menosprecio a las prácticas ancestrales.

Se establece de igual forma que prevalece una ineficaz calificación de las parteras y el desconocimiento de la Red CONE (Cuidados Obstétricos y neonatal esenciales) provocando complicaciones médicas y aumentando el nivel de riesgo e inseguridad al parto intercultural.

Existe una alta presión de la medicina occidental a provocar un parto rápido con el uso de la oxitocina que es una droga que aumenta el nivel de contracciones para que sean más frecuentes y más intensas  sin que se permita que el parto lleve un proceso natural y en la mayoría de los casos se observa el aumento de cesáreas esto da como efecto un desconocimiento del parto tradicional humanizado y un irrespeto a la cultura y tradición indígena.

La problemática establece tanto para la mujer indígena como mestiza el deterioro de los conocimientos tradicionales en medicina y su escasa transferencia hacia las nuevas generaciones remarcando la vulnerabilidad de los derechos humanos y el respeto hacia las diferencias culturales.

**Prognosis**

Una de las principales preocupaciones es la salud materno infantil que todavía mantiene muchas dificultades entre ellas está la calidad y la humanización del cuidado prestado por los profesionales de la salud, que todavía raya en el trato directo, frío e intimidante especialmente en el sector público que es al que acuden las mujeres indígenas.

El parto humanizado, no ha sido un tema que se ha dado a conocer directamente, pues han sido los grupos pro derechos humanos o grupos interesados en la erradicación de la violencia contra la mujer quienes lo han difundido y no los galenos médicos que han automatizado y estandarizado una situación natural.

El alumbramiento ha sido objeto de acoplamientos modernos dejando de lado la medicina tradicional y el derecho de la madre a decidir cómo traer al mundo a sus hijos, olvidando los beneficiosos e inclusive los derechos humanos y constitucionales, eliminando un factor importante que es la seguridad y tranquilidad para la madre y para el bebé.

La carencia de programas que informen a la madre y que en ellos sienta el apoyo de su médico y del personal de enfermería, podría acrecentar en ella problemas psicológicos, baja autoestima mismos que puedan complicar el proceso normal del parto obligando en muchos casos a optar por la alternativa de la cesárea siendo que los estudios epidemiológicos han indicado que este método incrementa el riesgo de muerte materna y neonatal entre tres a siete veces comparados con el parto vaginal lo que aumenta el peligro de morbilidad y mortalidad materno-infantil. De no establecer una alternativa de solución a la problemática planteada, paulatinamente se irán desvinculando las prácticas culturales de la sociedad conjuntamente con sus principales referentes como educación, economía, alimentación, servicios públicos, salud, dando lugar al aumento de desigualdad social y por ende la deshumanización del parto y del nacimiento.

**Formulación del Problema**

¿Cómo el Parto Humanizado se relaciona con la Medicina Tradicional Ancestral en las comunidades rurales del cantón Salcedo?

**Preguntas Directrices**

- ¿Cómo se da el parto humanizado en las comunidades rurales del cantón Salcedo?
- ¿Cuáles son los conocimientos que la Medicina Tradicional Ancestral aporta al proceso del parto en las comunidades rurales del cantón Salcedo?
- ¿Existe alguna alternativa de solución al problema planteado?

**Delimitación del Problema**

- **Campo:** Ciencias Sociales
- **Área:** Derecho de la mujer embarazada – Parto Humanizado
- **Aspecto:** Medicina Tradicional

**Delimitación Espacial**

- La investigación se realizó en las comunidades rurales del cantón Salcedo

**Delimitación Temporal**

La presente investigación se realizó en durante el año 2016

**Unidades de Observación**

- Mujeres Indígenas Embarazadas
- Parteras Certificadas y No Certificadas
- Familiares
- Médicos Centro de Salud

**Justificación**

El principal **objetivo** de esta investigación es el acercamiento con un grupo vulnerable como son las mujeres embarazadas del sector rural del cantón Salcedo, examinando la validez del parto humanizado, el cual ha existido en casi todas las culturas de la humanidad, la finalidad es que se informe desde la medicina pública y privada a las futuras madres como una libertad cultural de la población consagrada en la Constitución del Ecuador.

Es **importante** la presente investigación porque coloca de manifiesto el derecho de la mujer embarazada a contar con toda la información sobre el parto humanizado, así como; una atención médica respetuosa de su cultura y tradición, que no solo se observa en el área indígena sino mestiza en marco de libertad, dignidad y equidad que la constitución y la ley de maternidad garantiza.

El estudio es **novedoso**, ya que no se ha aplicado anteriormente una revisión que relaciona el parto humanizado con la medicina tradicional ancestral con lo que se puede llegar a mejorar el nivel de comprensión por parte de otros grupos humanos incluido el médico y su necesaria difusión para mejorar la atención y establecer un reconocimiento claro al grupo de parteras y con ello se propicie su continua capacitación.

El **interés** para que se realice una investigación sobre parto humanizado y medicina tradicional es para reivindicar los derechos de la mujer embarazada indígena que tiene su propia cultura y costumbres que pueden repercutir en el bienestar emocional de la madre y del recién nacido

La problemática que se plantea corresponde a un tema actual como es el parto humanizado que tiene un **impacto social,** porque existe resistencia por parte de la medicina a reconocerlo y vincularlo con la medicina tradicional y ancestral.

La investigación es **factible** porque se cuenta con la apertura para la realización del proyecto por parte de la población de mujeres embarazadas indígenas y mestizas que acuden a los distintos centros de salud y su necesidad porque se conozca su

decisión de tener una partera en casa y que se retome sus prácticas ancestrales para el parto y el puerperio. .

Los principales **beneficiarios** serán las madres niños y niñas que dentro de un marco de dignidad, respeto por su cultura en los procesos del embarazo, parto y nacimiento, considerando el tiempo, el ritmo, la fisiología y emociones de cada madre para hacer del momento del alumbramiento un evento placentero, cargado de amor y en compañía de quien la madre decida, ya sea el parto normal o cesárea.

## Objetivos

### Objetivo General

- Investigar la relación entre parto humanizado y la medicina tradicional ancestral en las mujeres en las comunidades rurales del cantón Salcedo.

### Objetivos Específicos

- Determinar cómo se da el parto humanizado en las comunidades rurales del cantón Salcedo.
- Analizar el aporte de la medicina tradicional ancestral al momento del parto en los sectores rurales del cantón Salcedo.
- Proponer una alternativa de solución de acuerdo a la problemática encontrada para vincular el parto humanizado con la medicina tradicional ancestral en los sectores rurales del cantón Salcedo.

# CAPÍTULO II
# MARCO TEÓRICO

## Antecedentes investigativos

En el artículo científico de García, Ericka; Guillén, Dulce María y Acevedo, Margarita (2010)

> Desde hace 200 años los cuidados en la embarazada eran llevados por mujeres. Los cuidados prenatales existen desde la época prehispánica y en ese tiempo la partera tenía una función relevante, contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres, tenía la categoría de sacerdotisa, mujer socializadora, consejera en asuntos matrimoniales y educadora en salud, por lo cual era considerada una mujer sabia. Las parteras eran adiestradas por sus madres o sus abuelas, el conocimiento se transmitía de generación en generación. Todas las funciones que desempeñaba la partera eran muy importantes, ya que se cree que ésta fue una mujer en la cual podía depositar otra mujer la salud de ella y la de su hijo.
>
> Como se ha podido observar las mujeres tradicionalmente han sido encargadas de atender los partos, en su tiempo también fueron las brujas, las comadronas y las parteras; si bien su práctica era valorada, pero cuando los hombres invadieron esa profesión, y se convirtieron en parteros, este ejercicio profesional alcanzó una categoría más alta. Al mismo tiempo las antiguas parteras fueron objeto de una difamación sistemática, por parte de los nuevos profesionistas, quienes iniciaron una campaña de desacreditación profesional de las mujeres, dando origen a prácticas más complejas y muchas veces innecesarias. Ahora las mujeres llevan un control prenatal sólo en las instituciones, las visitas domiciliarias ya no se realizan y muchos de los procedimientos se efectúan de forma técnico instrumental y de forma rutinaria y protocolizada. El nacimiento es un proceso normal y natural, que sin duda requiere vigilancia y control, sin caer en intervenciones innecesarias o abuso de las mismas, como son los tactos vaginales excesivos y la exposición de los genitales de la mujer faltando al respeto de su intimidad. Por otro lado, la

> mujer no es orientada y asesorada sobre su participación en el trabajo de parto, lo que provoca que se le llame la atención por no colaborar adecuadamente, así como responsabilizarla de los daños que le ocurran al niño o de las lesiones que resulten en ella misma, a lo que la mujer expresa, "nadie me enseñó cómo debía pujar y respirar". Es de mencionar que las mujeres con trabajo de parto prolongado expresan que se sienten abandonadas y que viven el parto en completa soledad. Podríamos suponer que los profesionales de la salud al brindar la atención consideran ciertos rasgos característicos de la mujer, tales como el instinto maternal, la sensibilidad al dolor, la lealtad, la habilidad, el espíritu de sacrificio y la capacidad de observación y disciplina. Esas características son proyectadas, en congruencia con la ideología dominante que favorece la distinción sexual. Los profesionales de la salud que atienden el trabajo de parto deben analizar y reflexionar sobre el impacto físico y psicológico de sus actitudes e intervenciones sobre la mujer, ya que la humanización no implica solamente acciones para mejorar la calidad de la atención. Debido a que la medicina moderna es una alternativa a la medicina tradicional, esa humanización se refiere a una nueva antropología, a una concepción del ser humano, cuya esencia es la ternura, el afecto, la compasión, entendidas como cuidado de la persona con necesidades de salud. Podríamos pensar que la atención del parto debería ser devuelta a la comunidad y atendida por un profesional de enfermería especializado en el área, que brinde un cuidado personalizado, acompañamiento, asesoría y atención durante todo el proceso, embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, rescatando los rasgos humanísticos de la atención del parto de forma tradicional. (pág. 152 – 154)

Tradicionalmente, la sabiduría de la mujer para asistir a la parturienta ha sido un ritual ancestral, dentro de la cosmovisión indígena, donde la partera cumplía un papel fundamental y protagónico, mientras que en la actualidad es un papel secundario e inclusive escondido, quedo relegado a un consejo o conversación de lo que se hace como optativo con lo cual se niega la interculturalidad de algunas etnias y se les obliga a cambiar sus formas de actuar.

Según García, Jordá, Daylis (2010)

> El excesivo tecnicismo de la medicina occidental ha olvidado la integralidad del ser humano, porque solo se interesa en los aspectos fisiológicos. En este sentido, la salud ha tendido a ser vista más como la ausencia de enfermedad que como un proceso de construcción gradual, sobre el cual intervienen factores de distinta naturaleza. Se pone énfasis en evitar y curar la enfermedad y se ha prestado poca atención a las diversas variables del entorno en el cual se desarrolla la vida de cada persona, su etnia o antropología cultural. El reconocimiento de esto condujo a que en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000, en Fortaleza, Brasil, se precisara el concepto de humanización de la atención de salud. Esta se orienta hacia la búsqueda del bienestar, como un factor de progreso y desarrollo humano, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable, bajo un equilibrio dinámico con el desarrollo social, económico y ambiental de la sociedad.
>
> En relación con el parto, su humanización implica el control del proceso de embarazo de la mujer, no se refiere al equipo de salud; el parto requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa con calidad y calidez de atención, que se estimule la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). O sea que, la mujer sea el foco en la atención y los servicios ofrecidos sensibles a sus necesidades y expectativas.
>
> Como hecho social, el proceso reproductivo, suele ser compartido por la mujer con sus redes de apoyo, desde lo afectivo hasta lo económico, por lo que el control del proceso no debe ser exclusivo de la gestante, sino incluir el criterio de la familia y en especial la pareja. De modo que el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto, debe ser extendido al padre. Este constituye un elemento a considerar además en la humanización de cada etapa de atención, desde el embarazo y hasta el puerperio. La

presencia de un acompañante fortalece a la gestante pero a su vez contribuye a consolidar los valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro, implica a otros y condiciona la cohesión y solidaridad de la familia en función del nacimiento que se espera y las nuevas funciones que deben desarrollarse en torno a este.

Los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto, se explican a través de dos teorías complementarias, que tienen como hipótesis que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas.

No obstante, que el acompañamiento no debe limitarse al trabajo de parto, sino que debe ser durante todo el proceso y a elección de la gestante, significa que en cada momento y siempre que ella lo desee tenga la posibilidad de contar con un apoyo afectivo que le proporcione tranquilidad, confianza y seguridad. El momento del parto en sí mismo, al incluir el nacimiento y el primer encuentro con el hijo/a es un momento propicio además para ser compartido con el padre, quien desde entonces se involucra con el/la bebé y crea lazos afectivos con este, además de la significación que pudiera llegar a tener para la pareja el haber compartido tal evento. Así mismo en la recuperación inmediata, en el contacto y descubrimiento pormenorizado del hijo/a, su cuerpo y facciones, mientras la mujer se recobra físicamente y comienza a experimentar nuevas emociones.

Este artículo procura que antes durante y después del parto la mujer gestante reciba respeto a sus criterios e ideas, a su necesidad inherente de sentirse acompañada y apoyada por sus familiares y amigos, además critica que se dé una excesiva intervención médica sin que exista necesidad de la misma a un hecho natural de la vida.

Según García Jorda, Daylis (2010)
En las propuestas de la OMS, se aprecian marcadas diferencias respecto a lo que se entiende por "normal" en distintos países, se afirma que "el concepto de normalidad

en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado" y que en ello influyen los factores económicos y culturales de cada contexto. Lo novedoso de esta posición es su planteamiento y protagonismo igualitario entre las prácticas biomédicas y aquellas consideradas propias de los sistemas alternativos. Se observa una concepción tendente a la complementariedad entre los saberes médicos y los otros. Promueve el análisis crítico de las prácticas médicas sistemáticas, cuestiona los discursos hegemónicos y considera imprescindible la participación de las mujeres y matronas. La evaluación y análisis de la atención al proceso reproductivo a través de estas recomendaciones, teniendo en cuenta la perspectiva antropológica y el enfoque de género, proporcionará una idea de la humanización del proceso en función del bienestar de las embarazadas, sus familias y del éxito del proceso en términos generales. (pág. 6)

La reproducción es un hecho social y antropológico en el que la mujer comparte todas las experiencias, de sus antepasados y familiares, en la que necesita la presencia de las personas de su confianza, de su pareja e inclusive de amigos, que le provean de apoyo ante un cambio significativo como es la maternidad.

## Antecedentes investigativos

### Investigación No 1

En el Informe de Tesis de (Cubero Morejon, Tamara Gabriela 2011) con el tema: "La ansiedad Materna y sus efectos previa a la labor de Parto de Madres Primigestas del Área de ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo Enero - Junio 2011", se plantea los siguientes objetivos:

**Objetivo General**

Investigar los efectos de la ansiedad previa a la labor de parto de primigestas en el servicio de ginecología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato en el periodo Enero- Junio del 2011.

**Específicos**

- Detectar el grado de ansiedad previa a la labor de parto de madres primigestas.

- Determinar el grado de conocimiento de las madres sobre las etapas o periodos de la labor de parto.
- Elaborar una propuesta alternativa para el problema planteado.

**Investigación No 2.**

En el informe de tesis de (Pazmiño Carvajal, Amanda Cecilia 2010)"la adecuada preparación física en las mujeres embarazadas en los partos normales en la parroquia Atahualpa del cantón Ambato provincia del Tungurahua en el año 2009-2010.

**OBJETIVO GENERAL**

- Contribuir efectivamente con las mujeres embarazadas y la creación de un centro de apoyo para mejorar su periodo de gestación y tener un parto feliz

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar alternativas de preparación física para mejorar el periodo de gestación y posteriormente un adecuado parto.

**CONCLUSIONES**

- Que en el ámbito social de las mujeres en gestación no reciben una adecuada información acerca de la actividad física y los ejercicios que pueden realizar.
- Con el transcurso de los años los profesionales de la medicina en especial los ginecólogos no han dado importancia a la mujer embarazada para que realice actividad física y el parto sea menos doloroso
- En los centros de salud médicos particulares se sigue manteniendo los mismos esquemas tradicionales en recomendar simplemente la caminata a las mujeres en estado de gestación.

**Investigación No 3**

En el informe para titulación de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato 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 según Toaquiza Changoluisa, Alexandra Isabel (2015), establece las siguientes conclusiones:

- Las parteras son mujeres importantes en cada una de las comunidades rurales del Cantón Salcedo, porque proporcionan una atención adecuada en el parto – puerperio tomando en cuenta que estas comunidades se encuentran alejadas de las unidades de salud. En ciertas comunidades do existen parteras(os), predominado el sexo femenino, que apenas terminaron la primaria teniendo como principal ocupación la agricultura y ganadería.
- El parto es el nacimiento e inicio dela vida de una persona refiriendo todas las parteras, para ayudar al nacimiento las parteras utilizan aguas de remedio que tienen como principio activo causar hiperactividad uterino la más utilizada es el agua de linaza, reconocen signos y síntomas del trabajo de parto. De igual manera la mayoría de las parteras, tienen como costumbre ancestral el enviar a caminar por largos periodos para que el feto descienda.
- Las hemorragias en la parturienta es una de las complicaciones más frecuentes producidas por retención de restos de placenta. El alumbramiento es la tercera etapa del parto es importante que la placenta y sus membranas salgan por completo las parteras (o) están en la capacidad de reconocer la salida de una placenta completa teniendo así ninguna complicación por este motivo.
- La Muerte materna es preocupante en el Ecuador es por eso que las parteras (o) del Cantón Salcedo refieren que estas muertes han sido causadas no por atención de los mismos sino por falta de accesibilidad a unidades de salud, o por la atención inadecuada por familiares sin conocimientos. Mediante las capacitaciones realizadas por la RED CONE las parteras adquirieron destrezas, habilidades, para atender el parto de forma segura en la caso de presentar complicaciones obstétricas. La partera está en la capacidad de reconocer cada una de las complicaciones que se puede presentar antes, durante y después del parto estando en la obligación de no atender y referir a una casa de salud.
- Las mujeres deben guardar reposo por 40 días según costumbres ancestrales porque es un período de fragilidad para la salud de la madre, esto significa que durante cuarenta días la madre debe evitar cambios bruscos de temperatura, exponerse largamente al sol y

evitar trabajos pesados. La indicación actual es: ―lavarse todos los días los genitales con agua de matico tibia y evitar los baños de agua fría‖. El sobreparto es una enfermedad que produce mucha aprensión entre las mujeres; se manifiesta con dolores de cabeza, espalda, sangramientos o dolores menstruales.

**Recomendaciones:**

- Las capacitaciones sirven como herramientas fundamentales para enriquecer los conocimientos de la parteras es por eso que el Gobierno Nacional a través Ministerio de Salud Pública debe implementar programas como la Red CONE para instruir a las parteras.
- La comunidad del cantón Salcedo requiere coordinar acciones, conjuntas con los representantes, instituciones, y organizaciones para incentivar a los jóvenes de las comunidades acudir a las capacitaciones brindadas por el Hospital Yerovi Mackuart. Las Unidades de salud de las comunidades debe brindar apoyo a las parteras mediante la entrega de materiales como (gasas, alcohol, solución salina, hilo para ampliar el cordón umbilical)
- Es importante rescatar las costumbres y tradiciones de cada comunidad para evitar que desaparezcan las parteras, ya que cumplen con una función vital dentro de la comunidad y proporciona atención primaria en salud para evitar las muertes maternas.
- Se debe incentivar a gente joven para que sigan practicando los conocimientos ancestrales junto con los médicos, de esa forma no se perderá a estas personas que cumplen un rol importante en la comunidad como es dar el inicio de la vida de una persona.

Existe en las investigaciones un replanteamiento del parto humanizado, la medicina ancestral, la interculturalidad, la antropología de la mujer indígena y la mestiza que vive en el sector rural para no solo rescatar tradiciones y conocimientos sino la búsqueda de su perennación y que sean las nuevas generaciones las que lo defiendan las que amplíen y se desenvuelvan en los roles de importancia para la medicina

materno infantil, que se renueve ese orgullo y satisfacción por el parto normal, y que se distinga el respeto hacia la ancestralidad por parte de los profesionales de la salud pública y privada.

## Fundamentaciones

### Fundamentación Filosófica

Se establece como paradigma el crítico propositivo en la investigación de las variables parto humanizado y medicina tradicional ancestral, respondiendo al paradigma que establecen los autores (Herrera E. Luís; Medina F. Arnaldo; Naranjo L. Galo 2007, 17) *En el ámbito social entendemos por paradigmas: un modo de ver, analizar e interpretar los procesos sociales por parte de una comunidad científica; la misma que comprate un conjunto de valores, fines postulados, normas lenguajes y formas de comprender dichos procesos* (Miguel Mario 1988).

> Para **(Herrera E. Luís y otros 2004, 21)** La ruptura de la dependencia y transformación social requieren alternativas coherentes en investigación; una de ellas es el enfoque crítico propositivo. Crítico porque cuestiona los esquemas molde de hacer investigación que están comprometidos con la lógica instrumental del poder; porque impugna las explicaciones reducidas a causalidad. Propositivo en cuanto la investigación no se detiene en la contemplación pasiva de los fenómenos, sino que además plantea alternativas de solución construidas en un clima de sinergia y pro actividad. Este enfoque privilegia la interpretación, comprensión y explicación de los fenómenos sociales en perspectiva de totalidad.

La investigación se ubica en el paradigma crítico-propositivo; crítico porque revisa y cuestiona la visión antropológica del parto que mantiene la mujer indígena del área rural sus costumbres y tradiciones en referencia al rescate, promoción, difusión y mejoramiento de la medicina tradicional ancestral.

### Fundamentación Axiológica

> La axiología establece la filosofía de valores que en este caso se va a tener a lao largo de la investigación de acuerdo a (Martínez Gómez, J. 2010 ) *En torno a la axiología y los valores*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, marzo 2010 dice que la palabra axiología (del griego *axia*-valor, y l*ogos*-estudio) es de origen reciente, pues su introducción se produce a principios del siglo XXI. La axiología en educación**,** es el estudio de los valores desde un punto de vista pedagógico. Se incluyen en este apartado distintos tipos de valores como los de carácter ético, social, cultural y estético. El estudio de los valores es de gran importancia en este campo ya que se considera que los valores, una de las características fundamentales en el desarrollo del ser humanos.

En el trascurso de esta investigación se observará referentes axiológicos respecto a las variables parto humanizado y medicina tradicional ancestral. Como puntualidad, respeto, tolerancia, honestidad y responsabilidad con los textos investigados los autores que hacen referencia y el grupo humano que comparte sus experiencias.

**Fundamentación Legal**

Las referencias legales que abarcan el parto humanizado y la medicina tradicional ancestral se observa en los siguientes cuerpos legales.

- Constitución de la República del Ecuador
- Plan del Buen Vivir
- Código Civil
- Derecho de la mujer embarazada
- Código de la niñez y adolescencia

**CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**Capítulo tercero Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria**

**Art. Sección cuarta Mujeres embarazadas**

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Ser parte de un Estado Constitucional de Derechos otorga un valor a la dignidad y otorga prioridad a la vida.

**Capítulo cuarto Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades**

> Crear, desarrollar, aplicar y practicar su derecho propio o consuetudinario, no podrá vulnerar derechos constitucionales, en particular de las mujeres, niñas, niños y adolescentes.
>
> **Art.43.-** La constitución del Ecuador capítulo Tercero sección cuarta de la mujer artículo 43, manifiesta que el Estado Ecuatoriano prioriza la atención integral a la salud de la mujer embarazada brindando un servicio permanente de calidad en todo el proceso del embarazo, parto y posparto respetando sus creencias, costumbres y religión a la cual pertenece; además concientiza la importancia del proceso de lactancia y su convivencia entre la madre y él bebe. (Constitución del Ecuador 2008)

**PLAN DEL BUEN VIVIR**

**Objetivos Nacionales para el Buen Vivir**

**Objetivo 3:**

**Mejorar la calidad de vida de la población**

**Política 3.1. Promover prácticas de vida saludable en la población**

a. Promover la organización comunitaria asociada a los procesos de promoción de la salud.

Política 3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

d. Promover la asistencia a los controles médicos mensuales de las madres embarazadas para prevenir la malnutrición prenatal, así como para entregar suplementos alimenticios básicos en la gestación.

e. Promover procesos de formación continua del personal de salud, a fin de proveer servicios amigables, solidarios y de respeto a los derechos y a los principios culturales y bioéticos, de acuerdo a las necesidades en los territorios y su perfil epidemiológico.

g. Impulsar la investigación en salud, el desarrollo de procesos terapéuticos y la incorporación de conocimientos alternativos

**Política 3.4. Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.**

a. Ofrecer protección y prevención especializada para la salud de niñas, niños y adolescentes.

g. Valorar las condiciones particulares de salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y postparto.

h. Priorizar las acciones tendientes a reducirla mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico, en particular en las zonas rurales, las comunidades, pueblos y nacionalidades.

i. Optimizar y equipar los servicios de atención materno-infantil y acompañar a las madres durante el embarazo, con calidad y calidez, promoviendo una adecuada nutrición, cuidado y preparación, e impulso a la maternidad y paternidad responsable

k. Fortalecer las acciones y servicios para garantizar el derecho a una salud sexual y reproductiva no discriminatoria y libre de violencia que respete la diversidad, y empoderara las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos.

l. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.

Política 3.5. "Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos". Literal 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". En el literal d. "Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud". (Plan del Buen Vivir 2013 - 2017 2013)

El plan del Buen vivir y las políticas suscritas manifiesta que la calidad de vida alude directamente al buen vivir en todas las facetas de las personas. Es decir significa fortalecer a cada individuo en sus capacidades y potencialidades en función de la colectividad para la satisfacción de las necesidades sociales sicológicas y materiales.

**CÓDIGO CIVIL**

**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.

3. Mantener registros individuales en los que conste la atención y seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre. (Código Civil 2010)

El código civil el Art.25 habla acerca de la atención a la mujer embarazada y la prestación de los servicios de salud de calidad de parte de las instituciones de salud hacia la madre y el niño, desde el momento de la intervención en el parto de la madre y el alumbramiento de su hijo, así como el Art. 41 manifiesta sobre la prohibición de las sanciones a las mujeres embarazadas por parte de las

instituciones educativas cuidando la integridad física y psicológica de la mujer embarazada.

## CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

## EL DERECHO DE LA MUJER EMBARAZADA A ALIMENTOS

**Art. 148.-** Contenido.- La mujer embarazada tiene derecho, desde el momento de la concepción, a alimentos para la atención de sus necesidades de alimentación, salud, vestuario, vivienda, atención del parto, puerperio, y durante el periodo de lactancia por un tiempo de doce meses contados desde el nacimiento del hijo o hija; si la criatura muere en el vientre materno, o el niño o niña fallece luego del parto, la protección a la madre subsistirá hasta por un periodo no mayor a doce meses contados desde que se produjo la muerte fetal o del niño o niña. (Código de la Niñez y Adolescencia 2010)

Este articulado legal manifiesta el derecho directo de la mujer embarazada a una atención durante el parto, sin embargo no se establece como debe ser esta atención para grupos étnicos, o en qué medida debe reflejar el parto humanizado.

## EL DERECHO A LA INFORMACIÓN

En cuanto al acceso a la información y al conocimiento se establece en el Ecuador que: La capacidad universal de los y las ciudadanas a acceder y contribuir a la información, las ideas y el conocimiento como elementos indispensables para una Sociedad de la Información integradora. La posibilidad de promover el intercambio y el fortalecimiento de conocimientos nacionales y mundiales. Contar con un dominio público rico es un factor esencial del crecimiento de la Sociedad de la Información. El fomento al acceso a la información y al conocimiento de todos y todas las partes interesadas en las posibilidades que brindan los diferentes modelos de software. El esfuerzo en promover un acceso universal, con las mismas oportunidades para todos y todas, al conocimiento científico y la creación y divulgación de información científica y técnica, que incluya iniciativas de acceso a publicaciones científicas. El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus

colaboradores, y de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

El derecho a la información está considerado como un derecho fundamental del ser humano y está respaldado legalmente a nivel superior por documentos y tratados internacionales de derechos humanos universales.

Los estudiosos en el tema definen el derecho a la información de la siguiente manera:

"El derecho a la información pudiera definirse como la rama del derecho público que tiene por objeto el estudio de las normas jurídicas que regulan –*lato sensu*- las relaciones entre Estado, medios y sociedad y en –*stricto sensu*- los alcances y los límites del ejercicio de la libertad de expresión y de información a través de cualquier medio".

**DERECHOS DE MATERNIDAD**

El derecho fundamental que ampara a la mujer embarazada es el de garantizarle su estabilidad laboral durante su período de gestación y durante las 12 semanas de licencia a que tiene derecho según lo establecido en el artículo 153 y 154 inciso segundo del Código del Trabajo que dicen lo siguiente:

**Art. 153.- Protección a la mujer embarazada.-** No se podrá dar por terminado el contrato de trabajo por causa del embarazo de la mujer trabajadora y el empleador no podrá reemplazarla definitivamente dentro del período de doce semanas que fija el artículo anterior.

**Art. 154.-** Salvo en los casos determinados en el artículo 172 de este Código, la mujer embarazada no podrá ser objeto de despido intempestivo ni de desahucio, desde la fecha que se inicie el embarazo, particular que justificará con la presentación del certificado médico otorgado por un profesional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y a falta de éste, por otro facultativo.

**Licencia por maternidad:** Adicionalmente a la estabilidad laboral, la mujer tiene derecho a una licencia de 12 semanas remuneradas por motivo del nacimiento de

su primogénito, estas doce semanas pueden ser tomadas incluso desde días o semanas antes de que se produzca el nacimiento, sin embargo al cumplirse las 12 semanas tendrá que reincorporarse a sus labores normales. Únicamente en el caso de nacimientos múltiples esta licencia se extenderá por diez días más.

**Horario de lactancia:** Las madres que se reincorporen a sus labores dentro de la empresa, tendrán un horario especial de 6 horas diarias por motivo de lactancia. Este horario podrá ser fijado por el reglamento interno, contrato colectivo o de común acuerdo con el empleador.

Se establece como derecho fundamental de la mujer embarazada el hecho laboral, lo cual es prioritario para que pueda vivir dignamente; sin embargo las leyes aun no estipulan jurídicamente el parto humanizado siendo una elección del médico tratante vincular las creencias tradiciones y antropológicas durante el parto.

**Manual de Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud**

Esta norma del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) se presentó el 1 de febrero de 2017, en Riobamba, con la participación de 200 parteras y personal de salud del nivel nacional, zonal y distrital.

La norma articula y reconoce la **importancia de las parteras en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS**). Apunta a trabajar de manera coordinada y articulada con una de las especialidades de la medicina ancestral, como son las parteras, a partir de un reconocimiento mutuo del valor y el sustento que tiene tanto la medicina oficial como la ancestral. Destaca la posibilidad que parteras ancestrales y médicos, enfermeras, obstetras, trabajen juntos y en el mismo espacio para ayudar a una mujer en el momento del nacimiento de una nueva vida. Y esto aplica no solo para las zonas rurales distantes, sino también para los grandes centros urbanos.

## Categorías Fundamentales

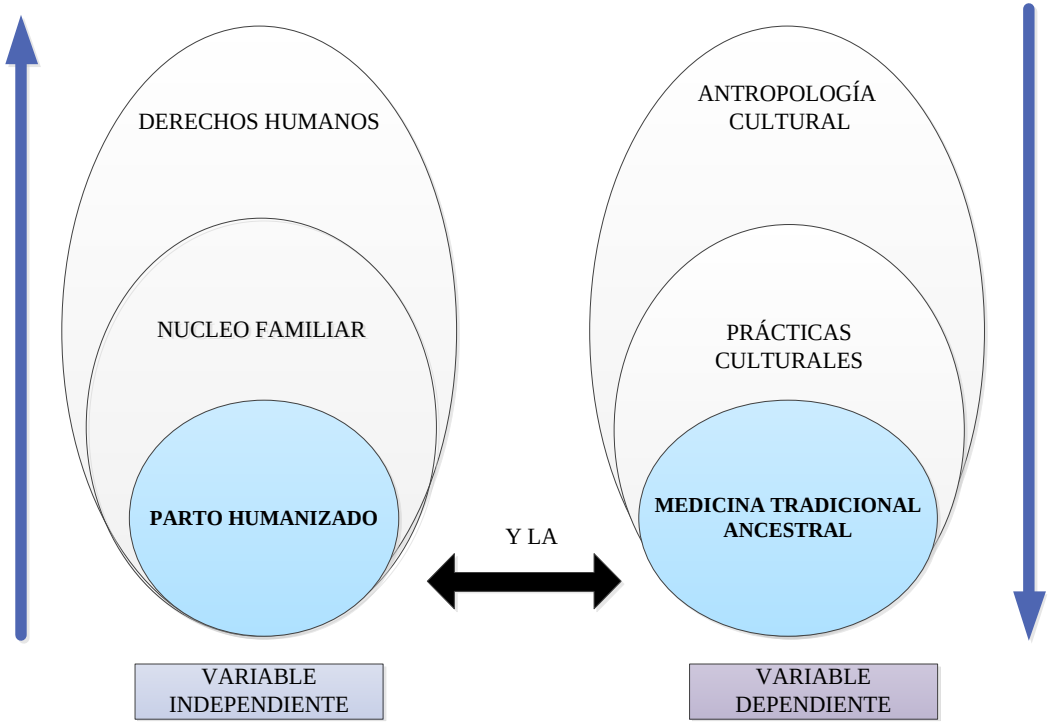



**Gráfico N° 3** Categorías Fundamentales
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

### Subordinación Variable Independiente

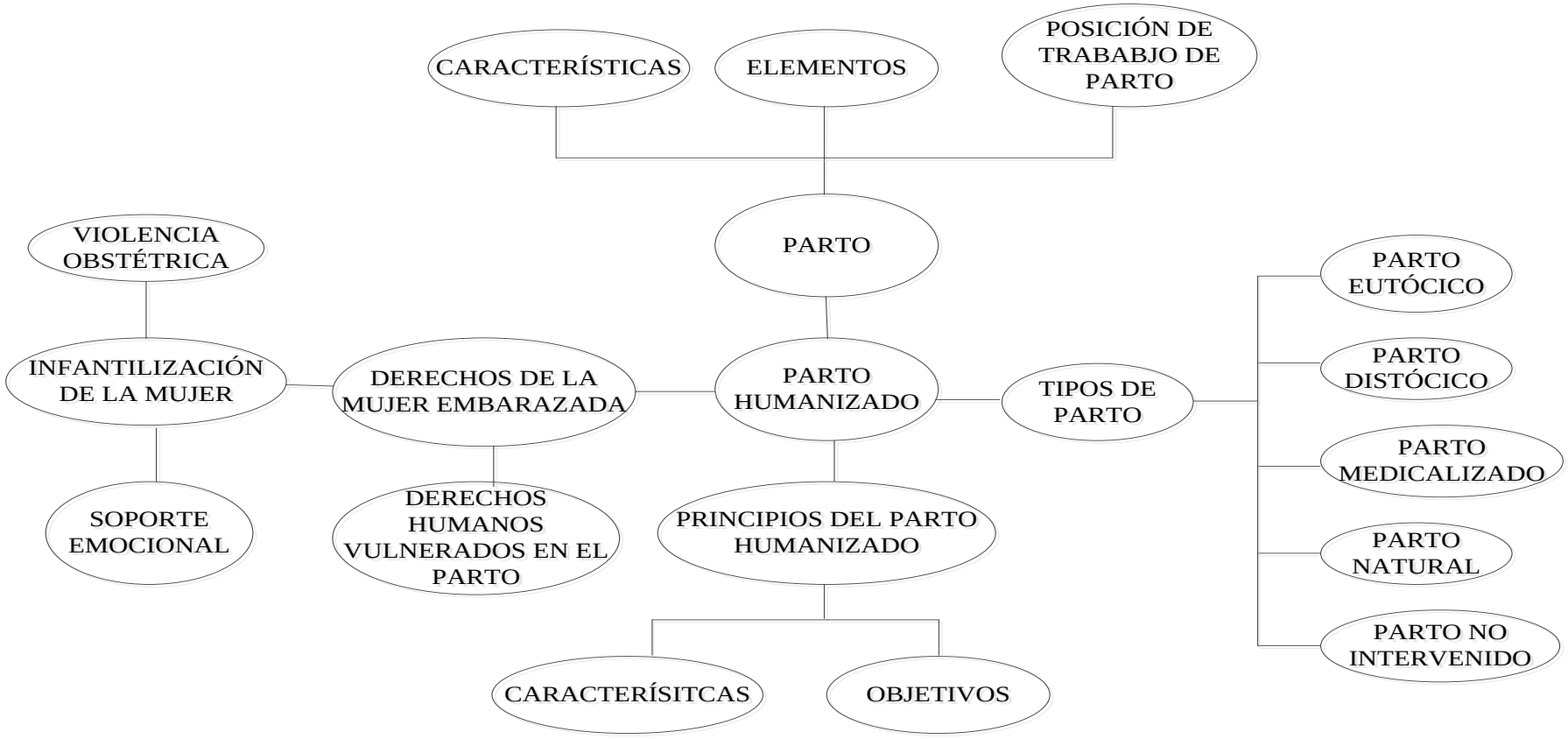



**Gráfico N° 4** Subordinación Variable Independiente
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## Subordinación Variable Dependiente

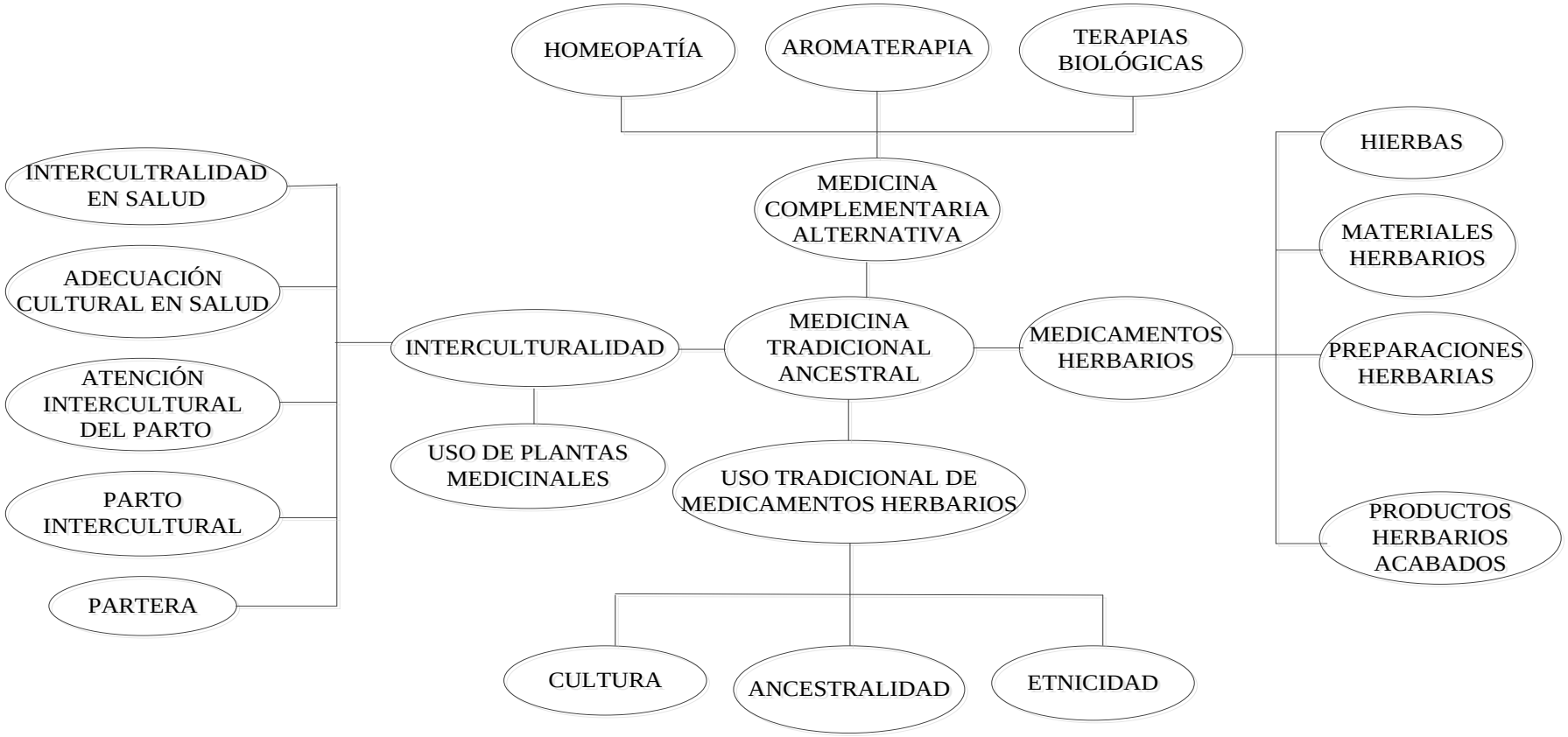



**Gráfico N° 5** Subordinación Variable Dependiente
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## Marco Conceptual

### Variable Independiente

### Derechos Humanos

El Artículo 1 de la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas establece: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. (Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas 1948)

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción de nacionalidad, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, u otra condición. Estos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.
Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos. (Derechos Humanos Definición 2015)

Los derechos humanos se basan en el principio de respeto por el individuo. Su suposición fundamental es que cada persona es un ser moral y racional que merece que lo traten con dignidad. Se llaman derechos humanos porque son universales. Mientras que naciones y grupos especializados disfrutan de derechos específicos que aplican sólo a ellos, los derechos humanos son los derechos que cada persona posee (sin importar quién es o dónde vive) simplemente porque está vivo. Sin embargo, muchas personas, cuando se les pide que nombren sus derechos, mencionarán solamente la libertad de expresión y creencia y tal vez uno o dos más. No hay duda de que estos derechos son importantes, pero el alcance de los derechos humanos es muy amplio. Significan una elección y una oportunidad. Significan la libertad para conseguir un trabajo, elegir una carrera, elegir al compañero con quien

criar a los hijos. Entre ellos está el derecho de circular ampliamente y el derecho de trabajar con remuneración, sin acoso, abuso o amenaza de un despido arbitrario. Incluso abarcan el derecho al descanso. (Unidos por los Derechos Humanos 2008)

Los derechos humanos son una declaración de la igualdad entre todos los hombres y mujeres que por el hecho de ser humanos, tienen los mismos derechos que demuestran el alcance de la dignidad intrínseca de cada uno.

**Núcleo Familiar**

Según Gelles, Richard y Levine, Ann (2010)

Es la unidad familiar compuesta por uno o dos padres y sus Hijos. La familia es un grupo e institucional social con una estructura identificable basada en posiciones, involucra parentesco biológico y social, al compartir una residencia. La familia como institución social, es universal; toda sociedad conocida tiene familias, su forma y funciones varían con el tiempo y en las diversas sociedades. (pág. 423)

La idea de núcleo familiar responde a una concepción moderna de la familia limitada a los vínculos de parentesco más estrechos. Pueden ser de uno o varios núcleos, según el número de estos vínculos. Tipos de núcleos:

- Parejas.
- Parejas, con hijos o hijas.
- Padre solo, con hijas o hijos
- Madre sola, con hijos o hijas.

Aparte de los cuatro tipos de núcleos descritos arriba hemos denominado núcleos completos a aquellos en los que permanecen los dos miembros del matrimonio o pareja, ya tengan o no hijas o hijos. (Núcleo Familiar, Definición 2015)

Las definiciones indican que las familias se enfocan y guían de acuerdo a la sociedad a la que pertenecen, su constitución puede variar pero lo que la formaliza es la procreación de los hijos.

**Parto Humanizado**

Según Zimmer, Sergio (2015) *"El parto humanizado es, por definición, aquel en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar"*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2016)

Todas las mujeres tienen derecho a tener una vivencia del parto, como experiencia de vida significativa y que sea recordada con agrado y satisfacción. Su base está en que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; donde la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en la planeación, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada.

El parto tradicional humanizado se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud. (UNICEF 2010)

El parto humanizado es la intención primaria de evitar algún tipo de violencia durante el parto, que respete opiniones, sentimientos, y sobre todo procure el bien estar de la madre por ende del recién nacido, la presión, el dolor, el estrés que conlleva el parto son elevados, para los índices normales, por lo que es procurar que no someta a la madre a un tratamiento altamente medicalizado, que contenga fármacos que "aceleren el parto", pero sobre todo se respete el ciclo de nacimiento y de esta manera no provocar cesáreas innecesarias.

**Parto**

El parto es el proceso fisiológico por el que el feto es expulsado del útero al mundo exterior. El parto es un acontecimiento singular y único en la vida de una mujer y en la relación de una pareja. El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. (Parto, definicion 2016)

Según González de Velasco, Pedro (2006)

Se llama parto, según la mayoría de los autores, la expulsión del feto de todo tiempo y de sus dependencias, fuera del seno de la madre. Es necesario por parte de la madre cumplir con condiciones básicas como buena conformación y proporciones de la pelvis, contractiliad orgánica del útero en proporciones convenientes , que no padezca enfermedades, que la mujer cuenta con energía física y moral suficientes. (pág.72)

El trabajo de parto puede definirse como el período caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas, que se acompaña de un borramiento y dilatación cervical progresiva y que termina con la salida del bebé. (Trabajo de parto 2014)

El parto es la finalización de un proceso fisiológico que asume cada mujer para iniciar la maternidad, para el cual la madre debe estar preparada física y emocionalmente rodeada de todo el apoyo y seguridad.

**Características**

Se considera un parto a término, es decir a tiempo normal, el que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

El parto va precedido de los pródromos de parto, síntomas vagos e inespecíficos que preceden al parto propiamente dicho. El parto en sí se divide en tres fases:

- Fase de dilatación
- Fase de expulsivo
- Fase de alumbramiento

Después del parto se inicia la fase del puerperio o postparto. (Parto, definicion 2016)

El trabajo de parto comprende cuatro estados o períodos, que definen el progreso del mismo, desde su inicio, hasta las primeras horas del puerperio:

- Estado 1 o período de dilatación: intervalo entre el inicio del parto y la dilatación cervical completa
- Estado 2 o período expulsivo: intervalo entre la dilatación cervical completa y la salida del bebé.
- Estado 3 o período de alumbramiento: intervalo entre la salida del bebé y la expulsión de la placenta.
- Estado 4 o período post-alumbramiento: intervalo entre la expulsión placentaria y la estabilización materna definitiva. (Trabajo de parto 2014)

**Elementos del parto**

En el parto intervienen 3 elementos o factores:

- Las fuerzas del parto: están constituidas por las contracciones uterinas, reforzadas en cierto momento por la presión de la prensa abdominal. Es el "motor del parto"

- El objeto del parto: constituido por el feto y sus manejos (placenta y membranas). Es lo que ha de ser llevado al exterior.

- El conducto del parto: constituido por la pelvis menor y el canal blando del parto (cuello del útero, vagina y desembocadura de ésta en la vulva). Es el camino que el feto debe recorrer desde el interior del útero hasta el exterior de la madre.

**Posición de trabajo de parto**

La OMS desde 1985 en lo que respecta a la posición trabajo de parto sostiene que: No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo" (OMS, 2014)

Las características, elementos y posición del trabajo de parto son genéricas para todas las mujeres que no presenten complicaciones, médicas.

Según el Ministerio de Salud Pública (2015)
El momento del parto señala una atención humanizada del mismo. El permitirle deambular a la parturienta; que tenga acompañamiento; que pueda beber líquidos; que pueda elegir la posición del parto o usar la vestimenta adecuada a su cultura; son opciones que definitivamente inciden en la seguridad de la madre y la reducción de complicaciones obstétricas.

Las "prácticas integrales de parto" (lactancia materna durante la primera hora de vida; el apego piel con piel; y, el pinzamiento oportuno del cordón umbilical) garantizan un inicio de vida adecuado tanto para el bebé, como para afianzar el vínculo de la madre con el niño/a. En el año 2015, a nivel nacional se atendieron 13.785 partos en libre posición y 26.804 partos tuvieron el acompañamiento de un familiar elegido por la parturienta.

Para brindar una atención respetuosa y con pertinencia intercultural es que las Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación del primer y segundo nivel de atención han sido readecuadas con la infraestructura y equipamiento necesario para ofrecer un ambiente cálido y amigable donde las mujeres puedan sentirse cómodas y seguras. Por un lado, el ambiente menos hospitalario, favorece la segregación de las hormonas necesarias para la evolución del parto, y por otro, también permite a las mujeres optar por diferentes posturas al momento del nacimiento de su bebé. (Guía de uso de Equipamiento de las Unidades de trabajo de parto, parto y recuperación).

**Tipos de parto**

La guía de uso de equipamiento de las unidades de trabajo de parto – Ecuador 2014 señala:
Existen diferentes tipos de parto clasificados según el tiempo de gestación como parto a término, pretérmino o postérmino, así como parto según la finalización en los que se da el parto eutócico el que se realiza de forma espontánea y parto

distócico cuando existe necesidad de maniobras o intervenciones quirúrgicas y según el comienzo que se clasifican el parto espontáneo cuando el feto presenta diversas variedades de presentación y parto inducido mediante medicación exógena. Por lo tanto el parto para mejor comprensión se clasifica en tres tipos:

**Parto eutócico**

En todo embarazo lo que se busca llegar a tener es un parto eutócico, es decir, uno que transcurre con normalidad, que comienza de manera espontánea al terminar la gestación (entre la semana 37 y la 41), por vía vaginal, con el bebé colocado en posición cefálica y sin requerir apenas la intervención médica más que para ayudar a la madre en los pujos.

Este parto es el que desean todas las mujeres ya que es el que menos riesgos conlleva para la mamá y el bebé. Puede ser con anestesia epidural o sin ella, según prefiera la mamá y según se haya preparado ya que para un parto sin anestesia hay que estar bien preparado para aguantar el dolor.

Y siempre hay que tener en cuenta que, aunque se esté desarrollando como un parto eutócico, en cualquier momento puede surgir alguna complicación que obligue a la intervención médica, aunque no sea lo habitual. (Ordesa Salud 2014)

**Parto distócico**

Se llama así a aquellos partos en los que hay determinadas complicaciones que requieren de la intervención médica para que el alumbramiento se produzca sin riesgos. Los problemas pueden ser de origen fetal, materno o de los anexos fetales (placenta, cordón umbilical, líquido amniótico).

Las distocias maternas pueden ser a su vez de tipo mecánico, relacionadas con la posición de los huesos de la pelvis o el canal del parto; o dinámicas, referidas a algún problema en las contracciones (que no sean fuertes, que se paren, que no sean efectivas…).

Aparte de las distocias maternas, existen las del estado fetal. Generalmente, hacen referencia a la posición del bebé: si está de nalgas, de pies o transversal es posible que sea necesario una cesárea, sobre todo en el último supuesto.

Otras distocias asociadas al feto tienen que ver con un tamaño demasiado grande del mismo, malformaciones, pérdida de bienestar fetal, etc. Según el problema, el médico valorará cuál es la mejor solución: cesárea, uso de fórceps o ventosas, etc. (Ordesa Salud 2014)

La diferencia entre un parto eutócico y distócico tiene que ver con que en el primero la intervención médica es mínima y la segunda aparecen distintos problemas y que se recomienda en la toma de decisiones.

**Parto Medicalizado**

Las bases del parto medicalizado son el control continuo del estado fetal, mediante una monitorización bioquímica y biofísica adecuada, y la regularización de las contracciones si es necesario. También es habitual la rotura precoz de la bolsa de las aguas, que acelera la dilatación y permite comprobar el aspecto y el color del líquido amniótico. Todas estas medidas son inocuas si se practican utilizando una técnica escrupulosa. Con todo esto se intenta acortar la duración del parto, y hacerlo más soportable. . El objetivo es conducirlo por los cauces de máxima normalidad, sin que ello signifique un aumento de riesgos feto maternos, sino todo lo contrario. Razones médicas, como motivos maternos (hipertensión o diabetes) o motivos fetales (crecimiento restringido), puede hacer necesario finalizar un embarazo. También puede programarse por razones prácticas. A este tipo de parto se le llama programado por “motivo social” (Tipos de parto 2015)

Este tipo de asistencia durante el parto no menos que busca la comodidad del personal médico, para tener un completo control sobre la paciente que dicho esto no se encuentra enferma sino que está pasando por un proceso natural de cientos de años, a esto suele seguir en algunas instituciones especialmente de tipo público, maltratos verbales, por lo que la mujer se ve imposibilitada de opinar o de exteriorizar sus verdaderos sentimientos.

**Parto Natural**

El parto natural es aquel en el que no se recurre a ningún tipo de medicación para dar a luz. Radica en dejar hacer a la naturaleza, sin que medie apenas tecnología ni medicación, recibiendo escasa o nula atención médica artificial, y permitiendo que sea la mujer la que conduzca el proceso del trabajo de parto y el alumbramiento, de la forma que le resulte más cómoda.

En la actualidad existe en algunos ambientes, el llamado "parto natural en clínica", asistido por personal sanitario, en el que en todo momento se intenta preservar la naturalidad del acto de dar a luz. No se administran fármacos, no se aplican sedantes y se deja a la paciente deambular libremente, así como adoptar en el momento de la expulsión la posición que ella misma elija.

Muchas mujeres con embarazos de bajo riesgo eligen el camino natural para evitar las complicaciones que pueden generar los medicamentos en ellas o sus bebés. Los analgésicos pueden afectar el trabajo de parto; por ejemplo, bajar la presión arterial, reducir o aumentar el ritmo del trabajo de parto, provocar náuseas y generar sensación de confusión y falta de control.

En este tipo de parto no siempre se efectúan las normas de asepsia y en ocasiones se descuida la vigilancia fetal. Para paliar estas deficiencias surgió el llamado "parto humanizado". Este comparte su filosofía con el "parto natural", pero intenta eliminar algunos de sus inconvenientes. Se evita cualquier terapéutica innecesaria, pero se somete al feto a un estricto control mediante monitorización biofísica y bioquímica, y se siguen escrupulosamente las normas de asepsia. (Tipos de parto 2015)

El parto natural es que suele darse en algunas zonas rurales, asistidos por parteras donde se descuida la asepsia y la vigilancia al feto, inclusive no se puede anticipar las posibles complicaciones que se pueden dar en la gestante.

**Parto no intervenido**

Trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren su fisiología. (Tipos de parto 2015)

La mayoría de los partos se desarrollan normalmente, cuando se presentan complicaciones y necesitan un tratamiento especial, y cuando las dificultades no se han detectado con anterioridad en las respectivas revisiones médicas o como en casos excepcionales donde no se ha recibido ningún tipo de chequeo.

**Principios del Parto Humanizado**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2016)

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
- Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
- Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentaje de cesáreas, etc.)
- Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas, no intervenir ni interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer, pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en el domicilio).
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
- Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante el trabajo de parto (en cuclillas, en el agua o como desee).
- Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.

- Respetar las necesidades de elección de la mujer respecto a las personas que la acompañarán en el parto (familiares, amigos) y cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido y evitar someter al niño a cualquier maniobra innecesaria.

Es importante que una organización mundialmente reconocida como la OMS, establezca parámetros para el parto humanizado en el cual impera el respeto, el involucramiento de familiares o personas importantes para la parturienta, sobre todo se recalca el derecho a la libertad para elegir su forma de dar a luz.

**Características del parto humanizado**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2016)

- La futura madre posee absoluta libertad de movimiento.
- Se respeta la posición en que la mujer se siente más cómoda, sea en cuclillas o semi-sentada, pero no necesariamente acostada como en un hospital.
- El lugar donde la mujer decide traer al mundo a su hijo debe ser íntimo, acogedor y en el que se sienta segura.
- Se busca brindar a la futura madre la alternativa de que, si no se siente segura en un hospital, pueda tener la seguridad de un parto extra hospitalario y elegir el lugar donde vivirá esa experiencia.
- Previo a que los partos se llevaran a cabo en sanatorios, se realizaban en el hogar con la ayuda primero de los esposos y luego de comadronas.

Principios que aseguran la protección de la mujer embarazada, sin embargo no se ha propuesto, promocionado de manera adecuada y por legislación para que sobre todo el personal médico, además que se insiste en proveer preparación a la futura madre, respetando todos los factores sicosociales y tradiciones en que la mujer quiera ser parte en un momento importante de transición para su vida.

**Objetivos del parto humanizado**

Favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.

**Derechos de la Mujer embarazada**

- Derecho a que no la consideren una enferma.
- Derecho a pedir la participación de su pareja
- Derecho a tener miedo.
- Derecho a elegir.
- Derecho a sentirse dueña de su cuerpo.
- Derecho a no someterse a rutinas médicas innecesarias.
- Derecho a sentir placer y a sentir dolor.
- Derecho a expresarse según su necesidad.
- Derecho al vínculo inmediato con su hijo. (Derechos de la Mujer embarazada 2005)

Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola, estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Proveer acompañantes entrenados en el caso de ausencia de una persona, y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiriera, es importante conformar un sistema de parteras para facilitar su presencia en el momento que sea necesario. De igual manera los derechos de la mujer embarazada esta entorno a respetar su dignidad personal y física en todo momento. Ser sensible a las necesidades culturales y tradicionales así como a las expectativas de las mujeres y sus familias.

**Violencia obstétrica**

Conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud de manera directa o indirecta y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y

postparto. El maltrato, negligencia o la falta de respeto en el parto es una violación de los derechos humanos descrito en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. Muy a pesar de los distintos documentos que garantizan los derechos de la mujer embarazada no existe un consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato y la falta de respeto. (Violencia obstétrica 2012)

Se puede enmarcar la violencia obstétrica como un tipo más de violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud; este tipo de violencia es producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, también corresponde a una violación de los derechos sexuales y reproductivos muy poco estudiado. (Magnone Aleman)

**Derechos humanos que se vulneran en el parto**

A la intimidad, por la intromisión no consentida en la privacidad de las mujeres, mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo. Un ejemplo son los tactos vaginales repetidos y realizados por distinto personal de salud.

A la integridad corporal que se relaciona con los principios básicos de privacidad, autonomía y dignidad.

A la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud. A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta o información sobre las intervenciones que se le realizarán. En consecuencia se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva. Ejemplo:

Frases como “firma acá”, “te tengo que ligar las trompas”, “te tengo que hacer cesárea”, “Ya vas a parir”, “Era que pienses antes de abrir las piernas”.

Recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes. Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos. (Derechos vulnerados durante el embarazo 2011)

**Infantilización a la mujer embarazada**

Al momento en que la mujer embarazada o en proceso de parto, lamentablemente muchas veces las respuestas obtenidas no son profesionales, serias, científicas o rigurosas, sino respuestas condescendientes, expresiones de sorpresa por encontrarse con una mamá que quiera saber en qué consiste el examen, con lo que se recibe solo respuestas paternalistas: *"no te preocupes mujer esto se le hace a todas en la semana*", "*es una prueba normal*". O en algunas ocasiones se reciben respuestas que consciente o inconscientemente tratan le dan miedo respecto al estado del bebé, ya que cuando se tiene cuestionamientos aparecen palabras como "muerte perinatal". Todas estas respuestas quieren dejar en claro que no tienes por qué saber, que solo es *"el recipiente y que basta con que el médico sepa"*.

Este tipo de maltrato es el que en mayor grado ha recibido todas las embarazadas puesto que siempre por una vez debe asistir a los ministerios de salud pública aunque también en los centros clínicos privados, también ocurre este tipo de infantilización a la mujer embarazada a la cual se considera que sea incapaz de comprender los diferentes parámetros que comprenden el embarazo y el parto.

**Soporte emocional**

- Identificar e intentar eliminar las causas de miedo y ansiedad.
- Favorecer un clima de confianza y respeto a la intimidad de la mujer durante la evolución del parto, rodeando esta etapa de una atmósfera grata y tranquilizadora.
- Ser sensibles a las necesidades culturales y a las expectativas de las parturientas y su familia.
- Transmitir a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, completa y concisa, la información disponible sobre el estado actual del

parto, dándoles el apoyo humano que este momento requiere, para que conociendo la realidad de los hechos puedan tranquilizarse.

- Mantener un estado satisfactorio de higiene y confort mediante una cómoda posición, masaje corporal, lavado perineal, no necesidad de rasurado, cambio de sábanas, empapador, etc.; haciendo partícipe al acompañante de su colaboración en dicha actividad. (Recomendaciones parto humanizado 2012)

El apoyo continuo a la mujer durante el parto tiene beneficios demostrados con los cuales no se llega a abusar del uso de analgésicos y fármacos, debido a que la paciente se siente confiada tranquila y su nivel de estrés le permite sentrise satisfechas con su experiencia de parto.

**Variable Dependiente**

**Antropología cultural**

La antropología cultural es la rama de la antropología que centra su estudio en el discernimiento del ser humano por medio de su cultura es decir costumbres, mitos, creencias, normas, valores que guían y estandarizan su comportamiento como miembro de un grupo social.

Rama de la antropología que estudia las características del comportamiento aprendido en las sociedades humanas, es decir, ciencia de la cultura humana. En general, es la ciencia que estudia el origen, desarrollo, estructura, características y variaciones de la cultura humana tanto de las sociedades del pasado como de las del presente. La etnografía, la etnología, la arqueología, la lingüística y la antropología física son las disciplinas sobre las que se funda la antropología cultural. (Antropología Cultural, definición 2016)

La antropología cultural estudia la sociedad y la cultura humana, describiendo y explicando, analizando e interpretando las similitudes y diferencias culturales. Para estudiar e interpretar la diversidad cultural los antropólogos culturales realizan dos tipos de actividad:

- Etnografía, basada en el trabajo de campo que proporciona una descripción de un grupo, una sociedad o cultura particulares

- Etnología basada en la comparación transcultural intenta identificar y explicar las diferencias y similitudes culturales, probar hipótesis y construir una teoría que amplíe nuestra comprensión sobre cómo funcionan los sistemas sociales y culturales. (Antropología Cultural 2014, 9-10)

La perspectiva de la cultura en antropología es para organizar los hechos por categorías sobre las características del comportamiento aprendido en la sociedad humana así como su origen, desarrollo, estructura y características describiendo y explicando similitudes

**Prácticas culturales**

Para Laura Itchart y Donati Juan (2014)

Las prácticas culturales postulan una idea de proceso, de acción que constantemente cambia para resignificarse en su relación con el tiempo y el espacio. Las prácticas culturales hablan más de nuestra vida cotidiana que del panteón de los consagrados de cualquier museo de arte. (pág. 18)

Según Ortiz Blanco, Adriana Mercedes; Rodríguez López, María del Carmen (2014)

La cultura es un producto de la relación del hombre con el medio circundante, en el cual conoce, asimila, valora, y transforma el mundo, por eso se puede decir que la cultura desde el punto de vista filosófico es un modo específico de actividad humana que incluye la relación hombre-naturaleza-sociedad, así como consigo mismo o sea con su mundo interno, en el cual se apropia de conocimientos que adquiere y trasmite en forma de experiencia contribuyendo de esta manera a la formación y desarrollo tanto de él mismo como de la sociedad en que vive.

Las prácticas culturales tradicionales en culturas antiguas muestran el amor de estos antepasados por la tierra. Son prácticas valoradas, a través de lo que el hombre

construye, del esfuerzo social que va modificando el espacio exterior lo cual a su vez va alterando las pautas culturales.

El término de prácticas culturales tradicionales no pretende hurgar en lo polisémico del concepto de cultura, sino considerar esta como parte de la actividad humana que permite distinguir el hombre de los animales. No existe un paradigma internacional, o nacional, disciplinar e interdisciplinar aceptado para dicho concepto. Hay diversas maneras de concebir los vínculos entre cultura, sociedad, naturaleza, realidad y símbolos.

Las prácticas culturales responsables no forman parte solamente de la decisión de un individuo en particular, sino de una colectividad y es por ello que en las nuevas condiciones en que vive el mundo de hoy es necesario formular las bases de una nueva cultura. Es una tarea difícil pero no inalcanzable. El hombre se ha visto muchas veces sometido a la exigencia de cambios culturales profundos, que involucran no solamente la superficie tecnológica o el tejido social, sino igualmente ese extraño tejido simbólico que le permite a la cultura reproducirse y luchar por sobrevivir (Ortiz, 2008: 57).

Las culturas indígenas han contribuido, y contribuyen, al manejo ecológico de recursos naturales desde una relación armónica con los elementos que integran el entorno natural y que da lugar al sentimiento ecológico indígena, desde una interiorización del sentido del mundo simbólico que la impregna, desde una interacción sobrenatural de los poderes que posee y que consolida el mundo mágico de estas culturas, su conexión con plantas curativas las cuales respetan y bendicen. Todos estos elementos culturales encierran, en su estructura profunda, todo un mundo de pensamientos, creencias y de una cosmovisión indígena fundamenta en la conciencia interior de su existencia personal, pero no como conciencia individual de sí mismo, sino como miembro y parte de una colectividad: de la naturaleza. (pág. 2 – 18)

Se puede afirmar de las prácticas culturas es que estas fortalecen la identidad de los grupos humanos san que pertenecen a una etnia específica o que simplemente son

parte de una coyuntura familiar, ya que una práctica de una cena en una fecha especial provoca unión y fortaleza así como el respeto a ciertas prácticas que un grupo específico pueda tener lo única que se salvaguarda es que no arriesgue la vida humana si a salud se refiere por lo que siempre debe ampliarse el conocimiento su s métodos y dar oportunidad a que las personas que quieren ser parte de una práctica cultural lo hagan sin prejuicios de sus contemporáneos.

**Medicina Tradicional Ancestral**

La Organización Mundial de la Salud define la medicina tradicional o ancestral como "el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales". Dentro de esta categoría podemos encontrar a la medicina ayurvédica de la India, la medicina tradicional china, la medicina de los chamanes indígenas de toda América; también la naturopatía (medicina ancestral de Occidente), la medicina tradicional tibetana, entre otras. (Medicina ancestral y terapias complementarias: avanzando hacia una mirada integral 2014)

La medicina ancestral tradicional andina es todo un sistema de salud que se ha mantenido vivo gracias al esfuerzo y defensa de los pueblos indígenas a través de los siglos.
Esta tipo de medicina tiene niveles o especialistas.
En la etnia kichwa del norte existe el yachakuk que es el aprendiz; el herbolario que conoce todo sobre las hierbas medicinales; la partera; el fregador o huesero que se encarga de las lesiones; el kuyphichak que es quien diagnostica y hace tratamientos con cuyes; el riquk que diagnostica leyendo la vela; el hampiyachak que es el sabio de la medicina y, finalmente, el yachak que es el máximo sabio de la comunidad. Todos ellos ocupan elementos de la naturaleza. Por ejemplo, en ocasiones utilizan el corazón o núcleo de la piedra para los tratamientos.

La medicina ancestral cura las enfermedades conocidas como etnoculturales. Algunas de ellas son el mal viento, los ojeados, el espanto y las recaídas, entre otras.

> Según Cumba, Carmen de 54 años, partera desde hace 38, los médicos convencionales no pueden curar estos males. Ella indica que varios enfermos, después de estar hospitalizados, van a la comunidad para ser curados. Recuerda que algunas de sus amigas fallecieron mientras daban a luz, incluso su primer hijo murió en el parto. Fue entonces que decidió ser partera. Aprendió los conocimientos de su madre y de su abuela. Aprendió cómo revisar a la mujer embarazada, qué peligros pueden correr la madre y el bebé, cómo atenderlos, cómo debe acomodarse la madre para dar a luz y qué hiervas le puede recomendar. También realiza una ceremonia para curar del espanto a la parturienta, para ello combina tierra, agua, aire y fuego. Ahora atiende partos en varias comunidades. Además, cura las torceduras y resfriados. (Medicina ancestral sabiduría que no desaparecerá 2016)

Estas tradiciones medicinales se relacionan directamente con la cosmovisión de la comunidad y su espiritualidad, y buscan que el paciente se conecte con los medios de la naturaleza, acepte la armonía con la misma.

**Medicina complementaria/alternativa**

Los términos "medicina complementaria" y "medicina alternativa", utilizados en algunos países, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

La medicina complementaria y alternativa es un conjunto de sistemas, prácticas y productos que no se consideran parte de la medicina convencional.

- "*Medicina complementaria*" se refiere al uso de la acupuntura en forma adicional a los métodos usuales para aliviar el dolor.
- *"Medicina alternativa"* se refiere al reemplazo de la medicina convencional.

- “Medicina integrativa” (también denominada medicina integrada) se refiere a una práctica que combina los tratamientos de medicina convencional y de medicina complementaria y alternativa, sobre la cual existen datos científicos de inocuidad y eficacia. (Centro Nacional de Medicina Complementaria 2014)

La medicina complementaria es la expresión utilizada para describir otras formas de tratamiento que pueden administrarse junto con la medicina occidental tradicional. Se argumenta que las terapias inofensivas desempeñan un importante papel en los cuidados paliativos como masajes, relajación; también se le considera como medicina integradora. Cuenta con el reconocimiento y la aprobación de muchos profesionales de la medicina.

**Tipos de medicina complementaria**

Las prácticas de medicina complementaria y alternativa suelen agruparse en categorías amplias, como productos naturales, medicina de la mente y el cuerpo, así como prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo. Si bien estas categorías no están definidas formalmente, resultan útiles para describir las prácticas de medicina complementaria y alternativa. Algunas prácticas de medicina complementaria y alternativa podrían corresponder a más de una categoría. (Centro Nacional de Medicina Complementaria 2014)

**Homeopatía**

Según Benkemoun, Pierre (Benkemoun, Pierre 2002)

La Homeopatía es una práctica médica única en su género con una historia de dos siglos, que se basa en un enfoque empírico y conceptual de la enfermedad de su integración en la personalización del enfermo y su tratamiento. Los homeópatas se distinguen del resto de médicos por su metodología, medicamentos y trato a los pacientes, su formación cumple con el objetivo de asociar los conocimientos médicos clásicos unificando atenta escucha, trayectoria semiológica precisa, forma específica de tratamiento de la información clínica y un profundo conocimiento de la materia médica homeopática. (pág.265)

Para Vithoulkos, George (Vithoulkos, George 2006)

La homeopatía es una ciencia sisemática cuyo objetivo es aplicar correctamente las leyes de la naturaleza para estimular las fuerzas curativas del ser humano. La homeopatía es un método altamente sisemático con el que se estimula la fuerza vital del cuerpo para curar las enfermedades. (pág.22)

**Aromaterapia**

Según Damian, Peter (2006)

La aromaterapia es un término modernoque se utiliza para designar diversos elementos terapeúticos y de belleza elaborados conderivados y extractos de plantas; es decir es el uso o empleo espcífico de aceites esenciales puros a través de la aplicaicón local (piel) e inhalación. (pág. 11)

La aromaterapia es una rama de la herbolaria que utiliza aceites vegetales concentrados (aceites esenciales). Su objetivo es mejorar la salud física, mental o ambas. A diferencia de las plantas utilizadas en herbolaria, los aceites esenciales no se ingieren, sino que se inhalan o aplican en la piel. La palabra aromaterapia fue utilizada por primera vez por René Maurice Gattefosé (químico francés) en 1935. Es una terapia de la medicina alternativa y no forma parte de la medicina convencional. Los aceites esenciales de diferentes plantas han sido usados para propósitos terapéuticos desde hace cientos de años. Chinos, hindúes, egipcios, griegos y romanos usaron los aceites esenciales en cosméticos, perfumes y medicinas; es por ello que estamos hablando de una terapia milenaria. (Aromaterapia 2016)

**Terapias biológicas**

Se caracterizan por el empleo de sustancias como hierbas, alimentos y vitaminas. Algunos ejemplos son los suplmentos dietéticos, productos de herboristería.

Tipo de tratamiento para el que se usan sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades. El cuerpo puede elaborar estas sustancias de forma natural o se producen en un laboratorio. Algunas terapias biológicas estimulan o inhiben el sistema inmunitario para ayudar al cuerpo a combatir el cáncer, las infecciones y otras enfermedades. Otras terapias biológicas atacan células cancerosas específicas

y pueden impedir su crecimiento o destruirlas. También disminuyen algunos efectos secundarios de ciertos tratamientos del cáncer. Los tipos de terapia biológica son la inmunoterapia (como las vacunas, las citocinas y algunos anticuerpos), la terapia génica y algunas terapias dirigidas. (Terapias biológicas 2016)

Este tipo de terapias coadyuvan en diversas enfermedades y tratamientos, que respetan ideas y pensamientos de cada persona.

**Medicamentos herbarios**

Para Kloss, Jethro (2000)

Las hierbas fueron usadas desde la antigüedad y fue la primera medicina usada por el hombre, mientras que la medicina alopática que usa minerales para tratar las enfermedades tiene tan sólo quinientos años de antigüedad. El uso de hierbas en la historia escrita retrocede algunos miles de años. Lo chinos, los sumerios y los egipcios todos usaban plantas con propósitos medicinales. (Pág. 34)

Según Zhang, Xiaorui (2010)

El concepto de medicamentos herbarios incluye hierbas, material, preparaciones y productos herbarios acabados, que contienen como principios activos partes de plantas, u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos elementos.

**Hierbas:** incluyen vegetales brutos, tales como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas y otras partes de plantas, enteros, fragmentados o pulverizados.

**Materiales herbarios:** son hierbas, jugos frescos, gomas, aceites fijos, aceites esenciales, resinas y polvos secos de hierbas. En algunos países esos productos se pueden elaborar mediante diversos procedimientos locales, como el tratamiento con vapor, el tostado o el rehogado con miel, bebidas alcohólicas u otros materiales.

**Preparaciones herbarias:** son la base de los productos herbarios acabados y pueden componerse de materiales herbarios triturados o pulverizados, o extractos, tinturas y aceites grasos de materiales herbarios. Se producen por extracción,

fraccionamiento, purificación, concentración y otros procesos biológicos o físicos. También comprenden preparaciones obtenidas macerando o calentando materiales herbarios en bebidas alcohólicas o miel o en otros materiales.

**Productos herbarios acabados:** se componen de preparaciones herbarias hechas a partir de una o más hierbas. Si se utiliza más de una hierba, se puede utilizar también la expresión «mezcla de productos herbarios». Los productos herbarios acabados y las mezclas de productos herbarios pueden contener excipientes, además de los principios activos. Sin embargo, no se consideran herbarios los productos acabados o en forma de mezcla a los que se hayan añadido sustancias activas químicamente definidas, incluidos compuestos sintéticos o constituyentes aislados de materiales herbarios.

**Cultura**

La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicación, comportamientos – cosmovisión institucional- familia, instituciones religiosas, económicas y políticas, que son características que sirven para preservar a un grupo social dado. La etnia, la raza y el nivel socio económico el contexto geográfico en varias combinaciones constituyen los diferentes contextos culturales. (Cultura 2013)

**Ancestralidad**

Para Rivadeneira, Ramiro (2008)

La ancestralidad es uno de los elementos vitales que dan fuerza a los derechos colectivos de los pueblos indígenas, puesto que comprende un conjunto de valores propios de una comunidad que se afirma y consolidan con el transcurso del tiempo, con el actuar de los antepasados y sus formas, lo que les permite tener vigencia en la actualidad. La permanencia de estos valores tiene que ver con formas tradicionales de convivencia y organización, se plasma en conocimientos y sabidurías propias y se manifiestan en una propia cosmovisión; por ello, no tiene que ver solamente con el territorio, aunque sin éste es muy difícil que tales valores comunitarios se sostengan en el tiempo; y de ahí la importancia que los pueblos

puedan mantener la posesión de las tierras comunitarias que también poseyeron sus antepasados, y que lo volveremos a encontrar de manera específica

**Etnicidad**

La etnicidad es ante todo una forma de identificación, una identificación de uno con lo que uno mismo y otros entienden que es su grupo étnico o etnorracial.

La etnicidad denota una relación o sentimiento de pertenencia. En cuanto al término de identificación, etnia y etnicidad son conceptos clasificatorios. La clasificación se hace en función de muy distintos criterios o "marcadores étnicos": culturales, lingüísticos, adscripciones religiosas, rasgos raciales, origen común, actividades compartidas, etc. Esas clasificaciones étnicas y raciales son constructos culturales. Un mismo grupo social puede ser percibido y "etiquetado" en formas muy diferentes, según sea el contexto social y político. Además de sistema clasificatorio, es uno de los mecanismos de segmentación social. Se ha teorizado sobre la posibilidad de que la etnicidad haya desplazado a la clase social como la forma más importante de segmentación en la sociedad moderna. La etnicidad sería una fuente aún más importante de estratificación. En la cuestión étnica estamos básicamente ante un status adscrito, no adquirido, siendo éste la posición que determina el lugar que alguien ocupa en la sociedad. La etnicidad puede servir de base para fijar el status de una minoría que es objeto de discriminación. Este sistema de identificación, clasificación, segmentación y adscripción que es la etnicidad, adopta distintas manifestaciones o dimensiones de expresión, distinguiéndose, por ejemplo, entre etnicidad cultural y política. La primera designa al tipo de identificación étnica realizado sobre la creencia en un lenguaje, religión u otros valores y prácticas culturales compartidas. La segunda se refiere a la movilización política de un grupo cualquiera sobre la base de una identidad étnica común. (Etnicidad 2012)

La etnicidad establece la relación de nacimiento que un grupo o individuo establece respecto de sus propias características con el sentido de pertenencia, para con ello poder mejorar la identidad de un pueblo o nación.

**Interculturalidad**

Es la interacción entre culturas, el intercambio y la comunicación. El individuo reconoce y acepta la reciprocidad de la cultura del otro. El prefijo inter denota la idea de interactuar, compartir, la existencia de complementariedades, el reconocimiento de la cultura del otro.

Interculturalismo es compartir y aprender a través de las culturas con el fin de promover el entendimiento, la igualdad, la armonía y la justicia en una sociedad diversificada.

La interculturalidad es un tipo de relación que se establece intencionalmente entre culturas que propugnan el diálogo y el encuentro entre ellas a partir del reconocimiento mutuo de sus respectivos valores y formas de vida. No se propone fundir las identidades de las culturas involucradas en una identidad única sino que se pretende reforzarlas y enriquecerlas creativa y solidariamente.

Características:

Interacción, intercambio, apertura y solidaridad efectiva mediante el reconocimiento de los valores, de los modos de vida, y de las representaciones simbólicos, bien dentro de los registros de una misma cultura o entre culturas distintas.

El concepto incluye también las relaciones que se establecen entre personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos, sociales, profesionales, de género, dentro de las fronteras de una misma comunidad. Como superación del multiculturalismo se está potenciando en todos nuestros ámbitos escolares y sociales el concepto de interculturalidad. (Interculturalidad 2014)

La interculturalidad es un importante determinante de la igualdad, comunicación y sobre todo tolerancia ante las distintas culturas que predominan en un país, el cual se conforma por los convencionalismos dados por las tradiciones de los pueblos.

**Interculturalidad en salud**

La Organización Mundial de la Salud OMS

Se basa en el diálogo donde las partes se escuchan, hablan y opinan, tomando referentes y respetando la decisión de cada parte, sus particularidades e individualidades. Toma en consideración la manera particular como los pueblos indígenas entienden la vida.

La Organización Panamericana de la Salud se refiere a la salud en los pueblos indígenas, un enfoque integral de salud; el derecho a la autodeterminación de los pueblos, respeto y revitalización de las culturas indígenas

**Adecuación cultural en salud**

Del Carpio Ancaya, Lucy (2010)

Proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención en salud se estructuran sobre la base de la cultura comunal respetando sus valores y concepciones en relación a la salud y la enfermedad.

En este marco la infraestructura, el servicio, el mobiliario, el material educativo, comunicacional, etc., deberá ser adecuado según las costumbres locales teniendo en consideración el uso de la lengua nativa de los usuarios.

**Traducción intercultural**

*"El trabajo de traducción incide tanto sobre los saberes como sobre las prácticas (y sus agentes). La traducción entre saberes asume la forma de una hermenéutica diatópica. Este trabajo es lo que hace posible la ecología de los saberes."*

La segunda idea central de una epistemología del Sur es la traducción intercultural, entendida como el procedimiento que permite crear inteligibilidad recíproca entre las experiencias del mundo, tanto las disponibles como las posibles. Se trata de un procedimiento que no atribuye a ningún conjunto de experiencias ni el estatuto de totalidad exclusiva ni el de parte homogénea. Las experiencias del mundo son tratadas en momentos diferentes del trabajo de traducción como totalidades o partes y como realidades que no se agotan en esas totalidades o partes. Por ejemplo, ver lo subalterno tanto dentro como fuera de la relación de subalternidad.

El primero, un desafío de-constructivo que consiste en identificar los residuos eurocéntricos heredados del colonialismo y presentes en los más diversos sectores de la vida colectiva, de la educación a la política, del derecho a las culturas. El

segundo desafío, reconstructivo, consiste en revitalizar las posibilidades histórico-culturales de la herencia africana interrumpida por el colonialismo y el neocolonialismo. El trabajo de traducción procura captar estos dos momentos: la relación hegemónica entre las experiencias y lo que en éstas (sobre todo las experiencias de las víctimas y su resistencia) hay más allá de dicha relación. En este doble movimiento de las experiencias sociales se plantean relaciones de inteligibilidad recíproca que no redunden en la canibalización de unas por otras.

El trabajo de traducción incide tanto sobre los saberes como sobre las prácticas (y sus agentes). La traducción entre saberes asume la forma de una hermenéutica diatópica. Este trabajo es lo que hace posible la ecología de los saberes. La hermenéutica diatópica consiste en un trabajo de interpretación entre dos o más culturas con el objetivo de identificar preocupaciones isomórfica entre ellas y las diferentes respuestas que proporcionan. He propuesto un ejercicio de hermenéutica diatópica a propósito de la preocupación isomórfica con respecto a la dignidad humana entre el concepto occidental de derechos humanos, el concepto islámico de umma y el concepto hindú de dharma  Banuri argumenta que el proyecto capitalista y colonial de desarrollo del «Sur» fue negativo para este, «no a causa de malos consejos o de una intención malévola de los consejeros o consultores del desarrollo…, sino porque el proyecto forzó continuamente a las poblaciones coloniales a separar sus energías de búsqueda positiva de una transformación social definida por ellas mismas, y el concentrarse en el objetivo negativo de resistir al dominio cultural, político y económico de Occidente» (Banuri 1990: 66, cursivas en el original).

(Boaventura de Sousa Santos, 2016)

**Medicina Andina**

La Medicina Andina basa sus métodos de sanación en la diferencia de las energías, pues existen tres tipos que son: Janan Pacha (energía cósmica), Kai Pacha (vibración de la Pachamama), Ucu Pacha (minerales de la tierra). Estas energías son polaridades y fuerzas del cielo, de la naturaleza y del intramundo. Los sanadores buscan el equilibrio de la energía, que dista mucho de pensar que solo lo positivo es bueno y lo negativo malo, los dos son necesarios para la salud integral.

En los sistemas de medicina tradicional indígena, los sanadores son hombres y mujeres de sabiduría: hierbateros, yachak, fregadores y la partera, dispuestos a ofrecerles sus conocimientos. (Medicina Andina, 2014)

La medicina tradicional andina, sustenta la salud en el equilibrio cálido/frío y el pensamiento animista del mundo. Su metodología parte de explicar el sentido holístico de la vida, los agentes tradicionales de salud asumen su rol como un don divino y basan su intervención en la restitución del equilibrio con rituales y plantas medicinales. Así como los pueblos tradicionales de los Andes desde Colombia hasta Chile son extremadamente variados, su cosmovisión y su sistema de salud presentan múltiples matices. Destaca entre ellas, la farmacopea Kallawaya, una de las más grandes del mundo y base para que la UNESCO declare patrimonio cultural de la humanidad a la cultura Kallawaya en 2003 (UNESCO. «Andean cosmovision of the Kallawaya»., 2017)

**Atención intercultural del parto**

Aquella que aprovecha de manera respetuosa y sinérgica elementos de diversos modelos médicos y culturas, y que pretende evitar y/o erradicar las barreras culturales, en un marco de seguridad y eficacia. Además de la posición vertical del parto se propone incorporar los siguientes elementos:

- Fomentar la identificación temprana de riesgos en el embarazo, fortaleciendo la articulación con los auxiliares de salud y parteras tradicionales, en la que se les otorgue adecuada recepción y buen trato cuando refieran y acompañen pacientes.
- Incorporar la preparación y atención psico-profiláctica en el embarazo y parto.
- Favorecer la incorporación de técnicas utilizadas por parteras tradicionales para facilitar la pujada eficiente de la madre.
- Permitir la participación del esposo, pareja o familiar durante el parto, para brindar sustento emocional y hacerlo copartícipe de la experiencia de la paternidad, si así lo solicita la parturienta.

- Evitar agresiones físicas innecesarias: tricotomía, enemas, episiotomías y la sobre tecnificación como el caso de cesáreas innecesarias.
- Fomentar el amamantamiento inmediato al nacimiento del bebé, lo cual favorece de manera natural la expulsión de la placenta.
- Promover el alojamiento conjunto madre – hijo (Atencion intercultural del parto 2014)

**Parto Intercultural**

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008)

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

El parto tradicional se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud.

**Plan de parto intercultural**

El plan de parto es un documento en que una mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento. Se puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, un buen momento se considera las semanas 28 y 32, preguntando durante este tiempo cualquier duda a la partera o personal médico. En el momento del parto la madre podrá modificar cualquiera de las preferencias descritas, según el desarrollo y estado de los acontecimientos.

**Partera**

Persona que asiste a la mujer durante la gestación, especialmente durante el parto. Todavía hoy más de dos terceras partes de los partos son asistidos por matronas. En el mundo desarrollado los cambios de la obstétrica (tocología) y la ginecología han inducido transformaciones profundas en esta profesión milenaria.

El papel actual de la matrona varía en los distintos países. En algunos, especialmente en el Tercer Mundo, la matrona sigue el modelo clásico: una mujer experimentada en asistir partos, sin formación teórica, que ayuda a la madre de los países, en una profesión de formación universitaria, bien independiente o bien como especialidad de la enfermería. La función clínica de las matronas también es muy variable según la legislación y costumbres de cada país; pueden asistir a los partos por si mismas o supervisadas por un médico, a quien pueden ayudar en la asistencia del parto, en la realización de cesáreas, en el control del preparto y posparto, en el control de la gestación, en los consejos y visitas a domicilio posparto o en la preparación al parto.

En algunos países incluso asumen funciones de la especialidad ginecológica, como las revisiones periódicas, los exámenes de mamas, los frotis cervicales, o prueba de Papanicolaou y el uso de métodos anticonceptivos.

**Manteo**

Shushuna.- Consiste en sacudir o amanquear a la madre, quien esta recostada en una sábana o poncho esquinado, esto lo hace una partera se coge la punta de una sábana y el esposo coge la sabana de otra esquina, luego la partera sacude hacia el lado del esposo y el esposo acude otro lado con dirección donde la partera por 3 ocasiones en 3 momentos. Luego hacer levantar en forma recta para que el niño permanezca en posición recta.

**Encaderamiento**

Consiste después de 2 a 3 días del parto se realiza de la siguiente forma: A la mujer se hace acostar, luego busca la madre o el útero con las yemas de la dedos de la

mano, aplicar el emplasto previamente preparado puede ser comercio con flor de manzanilla caliente con huevo, la lana negra de borrego, esto lo coloca en la vientre de la mujer halando la madre con masajes suaves hacia arriba, luego igualar los huesos de la cadera, las piernas y finalmente amarrar con la sabana ajustando. Existen diferentes formas de hacer el encaderamiento.

**Uso de plantas medicinales**

Las plantas medicinales tienen un alto poder curativo, es así que en Tungurahua y el país existe una infinita variedad, las mismas que sirven para hacer "aguas curativas", por lo cual muchas personas lo consumen. Esto viene de nuestros ancestros, quienes se valían de la naturaleza para curar sus dolencias. Algunas variedades de plantas son las que sugieren tener siempre a la mano y de las que hacían mucho uso los adultos mayores como una alternativa natural para el tratamiento de diferentes problemas de salud. Incluso muchos fármacos se investigan y sintetizan a partir del uso de estas plantas medicinales, que el saber popular ha difundido a través de su cultura. (Plantas medicinales 2016)

Según Cárdenas Rosero, Carla Maribel y Cachiguango Quinaluisa, Soraya Elizabeth (2011)

Las infusiones de hierbas medicinales son apreciadas en la medicina tradicional por lo que las plantas se clasifican en frescas y cálidas que hayan sido certificadas.

*"Desde la cosmovisión indígena, lo cálido representa a todo lo que es masculino, y lo fresco representa a todo lo que es femenino, de esta cosmovisión lo frío y lo caliente es de gran importancia ya que no son sólo meras reacciones térmico metabólicas, se trata de una respuesta integral del individuo donde lo psíquico, lo socio cultural y la influencia del ambiente tiene que ver en el estado de salud de una persona, especialmente en aquellas calificadas como Males de Dios. Un desbalance en el equilibrio frío/caliente hacia cualquiera de los dos extremos, lleva a la persona a enfermarse y en el peor de los casos hasta la muerte"*

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

## Clasificación plantas medicinales tradicionales

| CÁLIDAS | FRESCAS |
|---|---|
| Hoja de guaba | Linaza |
| Menta | Hojas de escancel |
| Hoja de eneldo | Llantén |
| Toronjil | Melloco |
| Manzanilla | Ataco |
| Tipo Blanco | Hierba de perro (Alkumikuna) |
| Hoja de eucalipto aromático | Hoja de higo |
| Orégano | Malva |
| Santa María | Diente de león |
| Perejil | Culantro de pozo |
| Ortiga | Granadilla |
| Hierba Luisa | Tocte huma (Toto huma) |
| Tipo negro | Aleluya Blanca |
| Allpa anís | |

**Cuadro N°1** Plantas medicinales
**Elaborado por: Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana
**Fuente:** Cárdenas Rosero, Carla

## Ritos

Acto formales en el que los participantes realizan una serie de acciones estereotipadas y pronuncian declaraciones conforme a unas rígidas y minuciosas, prescritas en gran medida por las costumbres y aprobadas de antemano. Son las prácticas y manifestaciones culturales desarrolladas en un contexto espacial y temporal pueden ser asociados al ciclo lunar o al ciclo vital de grupos e individuos. (Ritos 2014)

**Ritual**

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

Los ritos se componen de una serie de reglas específicas que se aplican a la conducta de manera tal que prescriben el modo en que el hombre debe comportarse frente a los objetos sagrados. Cada rito, está compuesto así de un conjunto de ceremonias, esto es, actos concretos o las fases en que éste puede dividirse. Los objetos relacionados con los ritos se consideran sagrados y pueden ser palabras, instrumentos, cosas o personas que pierden su dimensión profana para adquirir naturaleza sagrada. (Los ritos y lo sagrado - antropología 2012)

**Palabras sagradas**

De esta forma, las palabras que se pronuncian a través de un ritual no son mundanas sino "divinas" por lo que incluso pueden pronunciarse en una lengua diferente o incluso deformada respecto al lenguaje habitual para resaltar la dimensión sobrenatural.

**Objetos sagrados**

El poder ritual de los objetos materiales que se usan en determinados contextos sagrados, se ha explicado en función de su utilidad o escases. Ritualizar objetos útiles podría ser además una forma de resaltar su importancia, y en el caso de los escasos, realzar su diferenciación. En cualquier caso, siempre poseen un sentido final que representa una explicación profunda de por qué éstos han sido como objetos sagrados y no otros.

La utilización de un objeto como símbolo resulta particularmente adecuad para fijar y organizar en el plano de lo concreto, conceptos abstractos que son parte de la trama del pensamiento humano y que, en este sentido, serían la primera parte en la formulación de un mito, y luego, los sistemas religiosos. (Los ritos y lo sagrado - antropología 2012)

**Clasificación de ritos**

**Ritos de pasajes**

Fueron estudiados por Vab Genep y son aquellos que acompañan a las personas en sus cambios de posición social. De esta manera, se sacraliza la modificación de roles y status. Sin embargo, la sacralización no es el único objetivo sino que también estos ritos pueden tener la misión de propiciar buenos augurios para el futuro.

Los ritos de pasaje, suelen comprender tres momentos:

- Separación del estado previo
- Marginación, un alejamiento
- Integración al nuevo estado

En la cultura occidental, el bautismo, el matrimonio y los funerales dentro del contexto religioso, cumplen claramente este sentido ritual. En otras sociedades, existen también ritos vinculados a la iniciación sexual o el paso a la categoría de guerreros. (Los ritos y lo sagrado - antropología 2012)

**Ritos cíclicos**

Al ser anuales, señalan el paso de un período a otro y tiene que ver con la renovación de la naturaleza y las estaciones. Las fiestas relacionadas con equinoccios y solsticios como Pascua y Navidad son buenos ejemplos. (Los ritos y lo sagrado - antropología 2012)

**Ritos de inversión**

A veces, los ritos cíclicos suponen un evento ritual en el cual se invierten los roles sociales. Por ejemplo: ser reina por un día o los bailes de carnaval que propician el descontrol y la promiscuidad sexual.

**Ritos expiatorios**

Se refieren al bienestar físico y moral del individuo, partiendo de que la base de universo es un orden moral en el que la suerte o la desgracia dependen de la conducta moral del hombre. Estos ritos tienen así el objetivo de reparar el mal.

(Los ritos y lo sagrado - antropología 2012)

**Hipótesis**

El parto humanizado fortalece la medicina tradicional ancestral en las comunidades rurales del cantón  Salcedo.

# CAPÍTULO III
# METODOLOGÍA

## Enfoque

El proyecto de investigación tiene una metodología cuantitativa – cualitativa. (Herrera E. Luís y otros 2004, 102) *Es importante recordar que el enfoque epistemológico asumido por el investigador guía todo el proceso de estudio*. La investigación es cualitativa por cuanto establece un enfoque contextualizado, con una perspectiva desde adentro orientada al descubrimiento de la hipótesis y cuantitativa porque busca las causas y la explicación de los hechos con una medición controlada y comprueba la hipótesis.

## Modalidad básica de la investigación

### Investigación de campo

> Según (Herrera E. Luís y otros 2004, 103) Es el estudio sistemático de los hechos en el lugar en que se producen los acontecimientos. En esta modalidad el investigador toma contacto en forma directa con la realidad para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto.

Se utiliza la investigación de campo por cuanto se relaciona las variables Parto Humanizado y Medicina Tradicional Ancestral.

### Investigación bibliográfica-documental

> Para (Méndez Rodríguez, Alejandro y Astudillo Moya Marcela 2008, 18 - 19) La metodología de la investigación bibliográfica sostiene que la información obtenida permite la formulación de un problema original, así como el planteamiento de nuevas preguntas y estrategias de análisis e interpretación de nueva información. La investigación inicia con una pregunta o con un conjunto de objetivos que serán contestados mediante el procesamiento de información obtenida en el campo de la bibliografía. De manera dicotómica se agrupan las fuentes de información en primaria y secundaria.

La investigación bibliográfica es fundamental en la investigación de campo ya que contribuye con los contextos tanto teóricos como metodológicos. Permite establecer la estructura conceptual sobre las variables Parto Humanizado y Medicina Tradicional Ancestral a partir del conocimiento acumulado por varios autores sea en investigaciones de tesis, libros y documentos de resumen.

## Nivel o Tipo de Investigación

El tipo de investigación que se adapta a las variables Parto Humanizado y Medicina Tradicional Ancestral son las siguientes:

### Investigación Exploratoria

> Según (Abascal Fernández, Elena e Ildefonso Grande, Esteban 2009, 35) Persigue un aproximación a una situación o problema. Se desarrollan en general cuando los investigadores no tienen un conocimiento profundo de los problemas que están estudiando. Tienen por lo general carácter previo a otras investigaciones más complejas. Son menos rígidas en cuanto al procedimiento de recogida de información. Su objetivo es definir y clarificar conceptos, conocer situaciones o problemas con mayor claridad y formular hipótesis explicativas e identificar causas.

El proyecto de investigación admite la el tipo exploratorio por cuanto se establece un análisis de la problemática presentada por parte del sector de medicina materno infantil intercultural del cantón salcedo en sus parroquias rurales respecto al parto humanizado y medicina tradicional ancestral**.**

### Investigación Descriptiva

> Según (Abascal Fernández, Elena e Ildefonso Grande, Esteban 2009, 36) Como su nombre lo indica explican situaciones y puede perseguir muchos objetivos. Como describir las características de un grupo de consumidores, empresas; encontrar fortalezas y debilidades; medir el posicionamiento de bienes y servicios, segmentar mercados, controlar los resultados de acciones ya tomadas contrastar y verificar hipótesis formuladas en investigaciones exploratorias. 36

Se analiza los datos estadísticos tomados de la encuesta a las mujeres embarazadas, personal médico y familiares respecto al parto humanizado y medicina tradicional ancestral.

**Investigación Correlacional**

Según (Bérnal Torres, César Augusto 2006, 113) Para Salkind la investigación correlacional tiene como propósito mostrar o examinar la relación entre variables o resultados de variables. De acuerdo con este autor uno de los puntos importantes de la investigación correlacional es examinar relaciones entre variables o sus resultados pero en ningún momento explica que una sea la causa de la otra. En otras palabras la correlación examina asociaciones pero no relaciones causales, donde un cambio en un factor influye directamente en un cambio en otro

**Población y Muestra**

Según (Eyssautier De La Mora, Maurice 2002, 196) ***"****La población es un grupo de personas o cosas similares en uno o varios aspectos, que forman parte del objeto de estudio."* Es decir la población es el grupo de personas del cual se realizara la investigación, del mismo se tomara una muestra que permita examinar las unidades de estudio

Se considera a la población de las parroquias rurales con mayor representación del cantón Salcedo siendo que de acuerdo al INEC el 51.5% corresponde al género femenino en la provincia de Cotopaxi premisa que se tomara en consideración para determinar el valor de la muestra acorde a la población elegida.

**Población**

| No | Personal | CANTIDAD |
|---|---|---|
| 1 | Cusubamba | 7200 |
| 2 | Mulalillo | 6379 |
| 3 | Panzaleo | 3579 |
| 4 | Mullinquindil | 7203 |
| **TOTAL** | | **24361** |

**Cuadro No 2** Población
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Muestra**

Para (Eyssautier De La Mora, Maurice 2002, 196) Se define a la muestra "Un determinado número de unidades extraídas de una población por medio de un proceso llamado muestreo, con el fin de examinar esas unidades con detenimiento; de la información resultante se aplicara a todo el universo.

El muestreo a utilizarse es esta investigación es el Probabilístico Regulado.

**Cálculo de la Muestra**

**Simbología**

N = Población

n = Muestra

E = Error

p = Probabilidad de que suceda

q = Probabilidad de que no suceda

| **Datos** | |
|---|---|
| E | 0.05 |
| Z | 1.96 |
| P | 0.50 |
| Q | 0.5 |
| N=51,5% | 12546 |

**Fórmula de Población Finita por Proporción**

$$n = \frac{Z^2 Npq}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1{,}96)^2 \ \ (1246)\ (0{,}50)\ (0{,}50)}{(12546-1)\ (0{,}05)^2 + \ (1{,}96)^2(0{,}50)\ (0{,}50)}$$

$$n = \frac{(3{,}8416) \ \ (12546)\ (0{,}50)\ (0{,}50)}{(12545)\ (0{,}0025) \ \ + \ (1{,}96)^2(0{,}50)\ (0{,}50)}$$

$$n = \frac{12049{,}17}{31{,}3625 + 0{,}9604} \ \ n = \frac{12049}{32{,}3229}$$

$$n = 372{,}8$$

**Muestra Definitiva**

En conclusión, aplicando los datos de la fórmula correspondiente, se obtiene una muestra de 373 mujeres en edad reproductiva, embarazadas o que hayan tenido parto en casa de las parroquias del sector rural del cantón Salcedo

| No | Personal | CANTIDAD |
|---|---|---|
| 1 | Mujeres Parroquias Rurales Salcedo | 373 |
| 2 | Personal Médico Panzaleo | 10 |
| 3 | Partera | 5 |
| **TOTAL** | | **388** |

**Cuadro N° 3** Muestra
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Operacionalización de Variables**
**Operacionalización Variable Independiente:** Parto Humanizado

| CONCEPTUALIZACIÓN | CATEGORÍAS | INDICADORES | ÍTEMS | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS |
|---|---|---|---|---|
| El parto humanizado es, por definición, aquel en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar. | Maternidad<br><br>Toma de decisiones<br><br>Vital familiar | Factores demográficos<br>Factores culturales<br><br>Decisiones programadas<br>Alternativas de decisiones<br><br>Nivel de elección | ¿Ha sido informada sobre el parto humanizado?<br><br>¿Considera que tiene opciones para decidir de qué manera quiere tener al bebé?<br><br>Tiene la seguridad de que el miembro familiar que Ud., elija podrá estar presente y acompañándola durante el parto?<br><br>Considera que la salud pública se interesa en el parto intercultural? | Ficha de Observación<br><br>Encuesta<br><br>Cuestionario Estructurado |

**Cuadro N° 4** Operacionalización Variable Independiente
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Operacionalización Variable Dependiente:** Medicina tradicional ancestral

| CONCEPTUALIZACIÓN | CATEGORÍAS | INDICADORES | ÍTEMS | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS |
|---|---|---|---|---|
| Es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales | Teorías,<br>Creencias<br>Experiencia<br>Indígena<br><br>Práctica cultural<br><br>Terapias tradicionales | Valores culturales<br>Comportamiento hacia el alumbramiento<br><br>Nivel de uso medicina herbaria<br><br>Tipos de terapias utilizadas | ¿Tiene alguna información sobre medicina tradicional ancestral?<br>¿Considera que se toma en consideración sus tradiciones y cultura al momento del parto?<br>¿Piensa utilizar medicina herbaria para antes y después del parto?<br>¿Se le ha informado si el Ministerio de Salud Pública certifica y reglamenta la asistencia de las parteras? | Ficha de Observación<br>Encuesta<br>Cuestionario Estructurado |

**Cuadro N° 5** Operacionalización Variable Dependiente
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Descripción detallada del Tratamiento de la Información de Fuentes Primarias y Secundarias**

**Recolección de Información**

Según (Herrera E. Luís y otros 2004, 124) Metodológicamente, para la construcción de la información se opera en dos fases: plan para la recolección de información y plan para el procesamiento de información.

**Plan para la recolección de información**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Para qué? | Para demostrar la inaplicación del parto humanizado en relación con la medicina ancestral en la medicina alopática. |
| 2. ¿De qué personas? | Los sujetos de investigación son principalmente mujeres embarazadas del sector rural del cantón salcedo |
| 3. ¿Sobre qué aspectos? | Parto Humanizado<br>Medicina Tradicional Ancestral |
| 4. ¿Quién? | Investigadora: Lic. Betsy Maliza |
| 5. ¿Cuándo? | Periodo 2015 |
| 6. ¿Dónde? | Salcedo parroquias rurales |
| 7. ¿Cuántas veces? | Una sola vez se aplicará:<br>Entrevista<br>Encuesta |
| 8. ¿Qué técnicas de recolección? | Entrevista - Encuesta |
| 9. ¿Con qué? | Cuestionario Estructurado |

**Cuadro N° 6** Plan de Recolección de Información
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana
**Fuente:** Tutoría de la Investigación Científica

**Procedimiento de recolección de información**

| TÉCNICAS | PROCEDIMIENTOS |
|---|---|
| Entrevista | Cómo: Método analítico – sintético |
| | A quien: Médico Centro de Salud<br>Partera Calificada sector rural |
| | Dónde: Salcedo parroquias rurales |
| | Cuándo: 2016-2017 |
| Encuesta | Cómo: Método analítico – sintético |
| | A quien: Mujeres embarazadas |
| | Dónde: Salcedo parroquias rurales |
| | Cuándo:2016-2017 |

**Cuadro N° 7** Procedimientos de recolección de Información
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana
**Fuente:** Tutoría de la Investigación Científica

**Procesamiento y análisis de la información**

Se revisa críticamente la información obtenida en las encuestas, eliminando errores y fallas producidas; para seguidamente tabular los resultados de acuerdo a las variables Parto Humanizado y Medicina Tradicional Ancestral y presentar los resultados en un análisis estadístico.

**Ejemplo: Cuantificación de resultados**

| ITEM | ESCALA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|
| 1 | SI | 25 | 25% |
| 2 | NO | 25 | 25% |
| 3 | OTROS | 50 | 50% |
| **N** | **TOTALES** | **100** | **100%** |

**Cuadro N° 8** Ejemplo Cuantificación de resultados
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## Representación gráfica de resultados

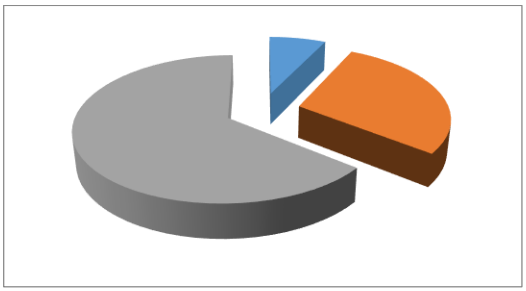


**Gráfico No 6** Ejemplo representación gráfica
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## Plan de análisis e interpretación de resultados

- Análisis de los resultados estadísticos.- Destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.

- Comprobación de hipótesis a partir del método chi cuadrado, radica en las áreas de los extremos las cuales son más amplias, como consecuencia de que usualmente se trabaja con muestras pequeñas.

  La Distribución tiene cuatro componentes principales:

  1.- Hipótesis Nula Ho

  2.- Hipótesis Alternativa

  3.- Estadística de Prueba

  4.- Región de Rechazo

## CAPÍTULO IV

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

### Ficha de Observación

| UNIVERSIDAD TÉCNCIA DE AMBATO<br>FACULTAD DE<br>MAESTRIA EN ANTROPOLOGÍA<br>PARTO HUMANIZADO Y MEDICINA ANCESTRAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Objetivo:** Analizar el nivel de información que las áreas de salud ofrecen sobre parto humanizado y parto intercultural.<br><br>**Dirigido a:** Personal médico de Panzaleo | | | | |
| **No** | **Categorías** | **Siempre** | **Casi siempre** | **Nunca** |
| 1 | Se informa del parto humanizado | | 1 | 9 |
| 2 | Se respeta creencias y tradiciones por médicos del Sistema de Salud del Ecuador | 2 | 1 | 7 |
| 3 | El paciente tiene confianza de informar la atención recibida por la partera | | 1 | 9 |
| 4 | Se informa ventajas y desventajas del parto horizontal | | 3 | 7 |
| 5 | Se informa ventajas y desventajas del parto vertical | | 3 | 7 |
| 6 | Se informa sobre el reconocimiento de las parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador | 1 | 1 | 8 |
| 7 | Se informa sobre el nivel de acompañamiento que puede tener al momento del parto | 1 | 1 | 8 |
| 8 | Se permite presencia intercultural de la partera al momento del parto | | | 10 |
| 9 | Están adecuados los servicios obstétricos a las necesidades culturales de las localidades rurales de Salcedo | | | 10 |
| 10 | Se reconoce el parto culturalmente adecuado | | 2 | 8 |

**Cuadro N° 9** Ficha de Observación
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Análisis**

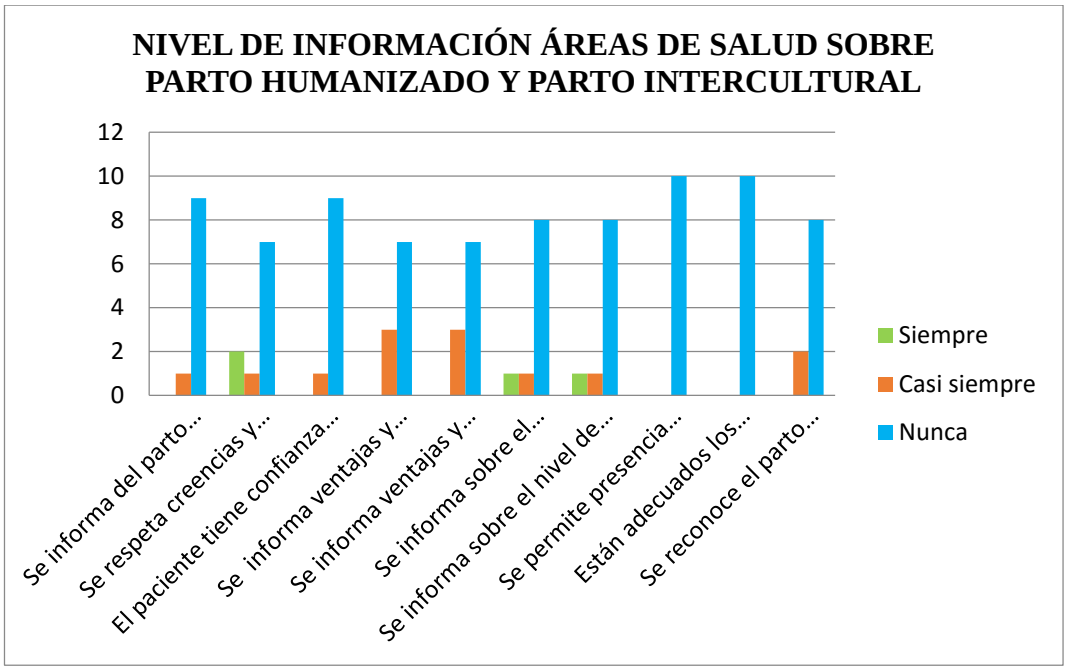



**Gráfico N° 7** Análisis de la Ficha de Observación
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Conclusión**

Es importante destacar que mayoritariamente el área de salud de Panzaleo no entrega información sobre parto humanizado, parto intercultural así como la aceptación de la interculturalidad y presencia de familiares o parteras.

**Encuesta dirigida a las mujeres y parteras de las áreas rurales de Salcedo**

1.- ¿Ha sido informada sobre los elementos, características y derechos que Ud., tiene para acceder a un parto humanizado?

**Cuadro N°10** Nivel de información sobre el parto humanizado

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Sí | 13 | 3% |
| 2 | No | 365 | 97% |
| **Total** | | **378** | **100%** |

**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

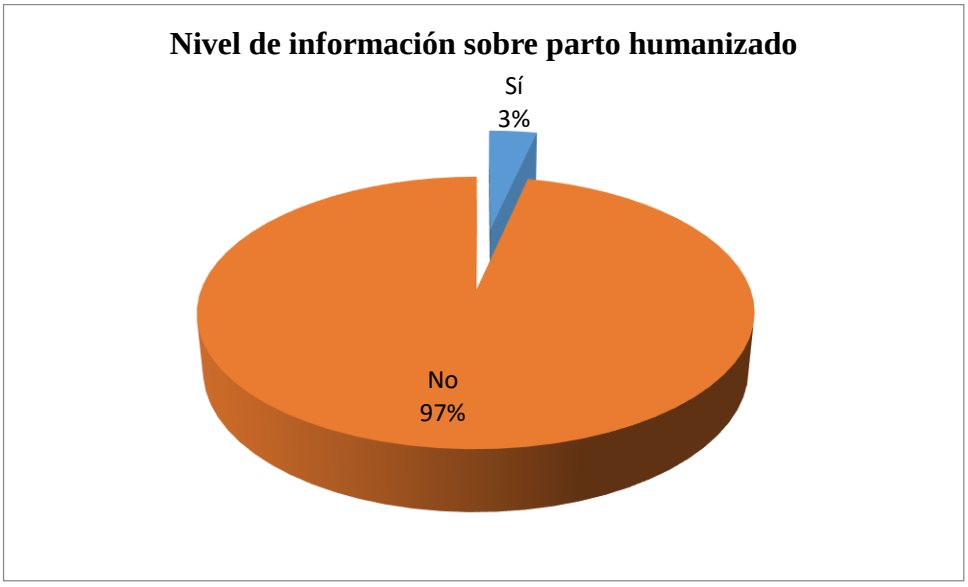



**Gráfico N° 8** Nivel de información sobre parto humanizado
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Análisis:**

El nivel de información sobre parto humanizado del 100% un 97% respondió que no se tiene y el 3% que si han recibido.

**Interpretación:**

La gran mayoría de mujeres embarazadas próximas a tener un parto no han sido informadas por ningún agente sobre el acceso a un parto humanizado así mismo desconocen lo que significa los parámetros y derechos que correspondería tener un parto vertical.

2.- ¿Tiene información de lo que comprende la atención de la salud materna culturalmente adecuada?

**Cuadro N°11** Salud materna culturalmente adecuada

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Sí | 5 | 1% |
| 2 | No | 373 | 99% |
| **Total** | | **378** | **100%** |

**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

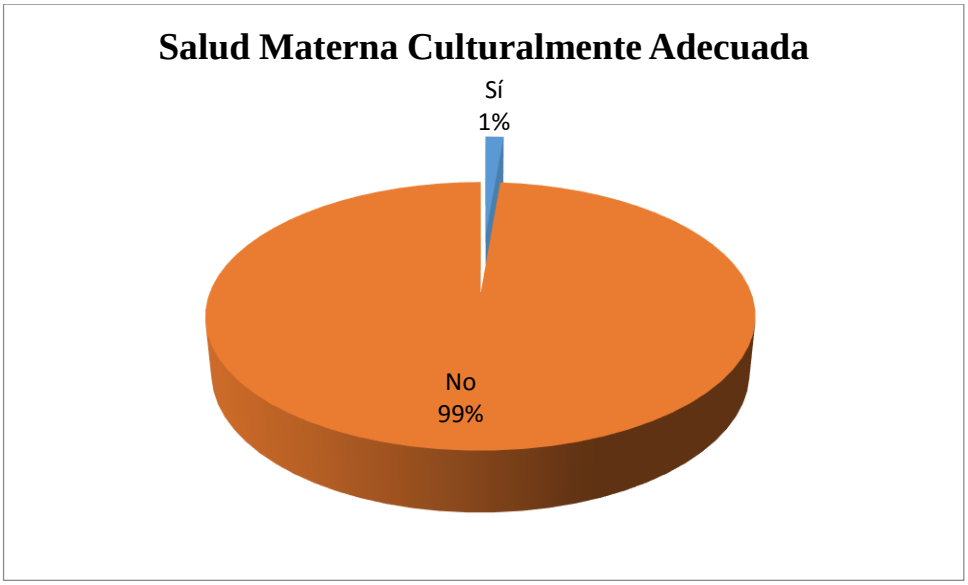



**Gráfico N° 9** Nivel de información sobre parto humanizado
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Análisis:**

El mayor porcentaje de mujeres embarazadas no tienen información de lo que comprende la atención de la salud materna culturalmente adecuada y apenas el 1% considera que ha escuchado algo al respecto

**Interpretación:**

Las mujeres embarazadas en su gran mayoría asisten al sistema sanitario de Salud Pública, organismos que en ningún momento les han informado que existe la salud materna culturalmente adecuada, razones por las que ellas ocultan sus tradiciones, ritos y cultura, lo que permite que se inclusiva se cometa errores que pueden poner en peligro la madre, no se da la tolerancia ante otras culturas.

3.- ¿En el centro de salud al que acude se acepta la vinculación con la medicina tradicional ancestral?

**Cuadro N°12** Medicina tradicional ancestral

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Sí | 18 | 5% |
| 2 | No | 360 | 95% |
| **Total** | | **378** | **100%** |

**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

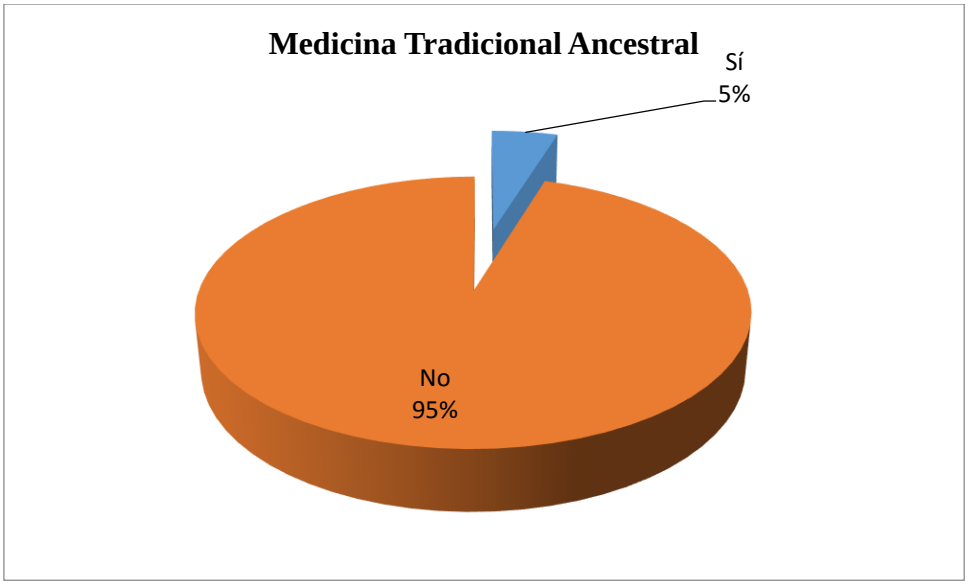



**Gráfico N° 10** Nivel de información sobre parto humanizado
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Análisis:**

El 95% de personas encuestadas indican que no se acepta la medicina tradicional ancestral y un 5% indica que se acepta esta vinculación.

**Interpretación:**

La antropología reconoce ampliamente el valor de la medicina tradicional ancestral para satisfacer las necesidades primarias de salud, especialmente para la mujer embarazada antes del parto y post parto siendo una terapia alternativa para el cuidado y como un apoyo empático que no es reconocido por la medicina occidental debido a que se quiere anula del medio, es decir se traduce en que no es una persona educada o formada la que tiene confianza en este tipo de medicina.

4.- ¿Considera que se toma en consideración la interculturalidad del parto?

**Cuadro N°13** Interculturalidad en el parto

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Si | 62 | 16% |
| | No | 316 | 84% |
| **Total** | | **378** | **100%** |

**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

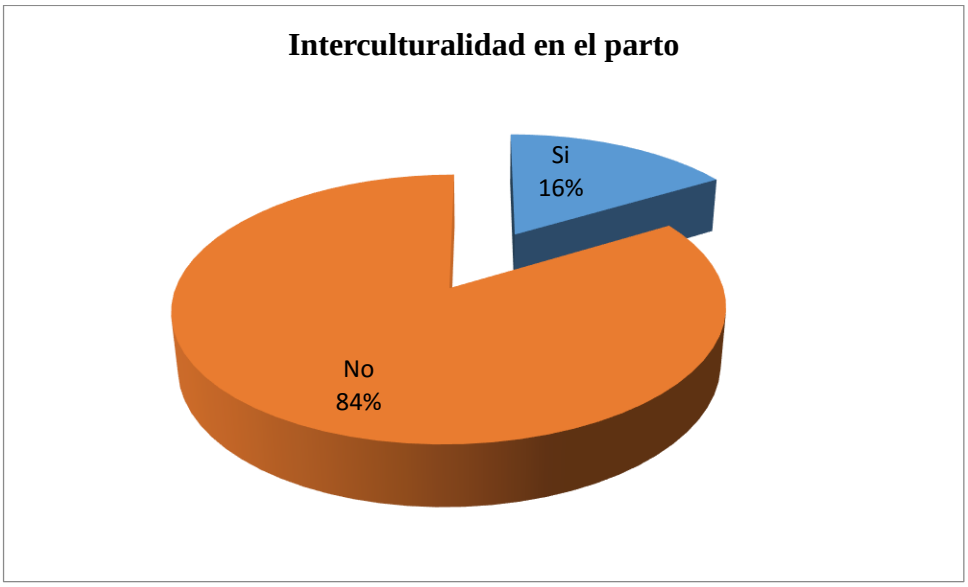



**Gráfico N° 11** Nivel de información sobre parto humanizado
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Análisis:**

El 84% de personas encuestadas respondieron que no se reconoce la interculturalidad del parto y un 16% establece que si existe un tipo de reconocimiento.

**Interpretación:**

Se destaca un 16% que sostiene que se reconoce el parto intercultural debido a que se clasifica la etnia y la raza al momento de entregar información, siendo equivocada la apreciación ya que el parto intercultural establece vínculo directo y tolerancia ante los ritos y tradiciones sobre el parto vertical que ancestralmente las

distintas etnias ecuatorianas lo han realizado así como prácticas de la partera como son el maneto entre otras.

5.- ¿Se le ha informado que puede contar con la asistencia de una partera legalizada por Ministerio de Salud Pública?

**Cuadro N°14** Parteras reconocidas por el Ministerio de Salud Pública

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Sí | 0 | 0% |
| 2 | No | 378 | 100% |
| **Total** | | **378** | **100%** |

**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

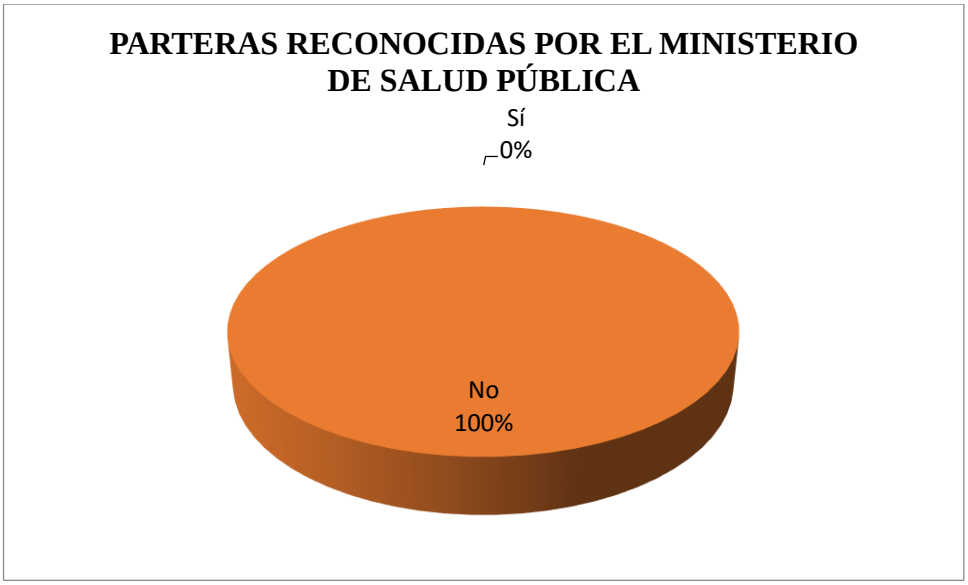



**Gráfico N° 12** Nivel de información sobre parto humanizado
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Análisis:**

De las personas encuestadas el 100% establece que no se le ha informado que puede contar con la asistencia de una partera legalizada por Ministerio de Salud Pública

**Interpretación:**

Actualmente el Ministerio de salud pública reconoció y emito una normativa para la vinculación de las parteras a través de la documentación de protocolos de atención en el parto ancestral y las normas para articular esa modalidad de

alumbramiento. La encuesta establece que todavía no se está revalorizando los conocimientos ancestrales.

**Verificación de la hipótesis**

Para la verificar la hipótesis estadística se aplicara el método del chi cuadrado, el cual permite realizar la comparación de datos categóricos y se ajusta a una distribución teórica, basándose en la correlación de variables.

**Planteamiento de la hipótesis**

**Modelo Lógico**

$H_0$: El parto humanizado no fortalece la medicina tradicional ancestral en las comunidades rurales del cantón Salcedo.

$H_1$: El parto humanizado fortalece la medicina tradicional ancestral en las comunidades rurales del cantón Salcedo.

**Modelo Matemático**

**Ho: O = E** $\longrightarrow$ $O - E = 0$

**Hi: O ≠ E** $\longrightarrow$ $O - E \neq 0$

**Estadístico de prueba**

$x^2 = \sum [ ( O - E )^2 / E ]$

Dónde:

$X^2$ = Valor a calcularse de chi cuadrado

FO = Frecuencias observadas

FE = Frecuencias esperadas

**Cálculo de chi cuadrado**

**Tablas de contingencia**

**Cuadro N°15** Frecuencias Observadas

| PREGUNTAS ANALIZADAS | Fiabilidad de los resultados | | |
|---|---|---|---|
| | **SI** | **NO** | **TOTAL** |
| 1.- Nivel de información sobre el parto humanizado | 13 | 365 | 378 |
| 2.- Salud materna culturalmente adecuada | 5 | 373 | 378 |
| 3.- Medicina tradicional ancestral | 18 | 360 | 378 |
| 4.- Interculturalidad en el parto | 62 | 316 | 378 |
| 5.- Parteras reconocidas por el Ministerio de Salud Pública | 0 | 378 | 378 |
| **TOTAL** | **98** | **1792** | **1890** |

**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Cuadro N° 16** Frecuencias Esperadas

FE = ( TF * TC ) / TM

| PREGUNTAS ANALIZADAS | | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| 1.- Nivel de información sobre el parto humanizado | 19,6 | 358,4 |
| 2.- Salud materna culturalmente adecuada | 19,6 | 358,4 |
| 3.- Medicina tradicional ancestral | 19,6 | 358,4 |
| 4.- Interculturalidad en el parto | 19,6 | 358,4 |
| 5.- Parteras reconocidas por el Ministerio de Salud Pública | 19,6 | 358,4 |

**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Nivel de significancia y grados de libertad**

$X^2\alpha$ = Chi cuadrado tabulado a un nivel de significancia

$\alpha$ = Nivel de significancia

nf : Número de filas

mc : Número de columnas

$\alpha = 5\%$

$\alpha = 0,05$

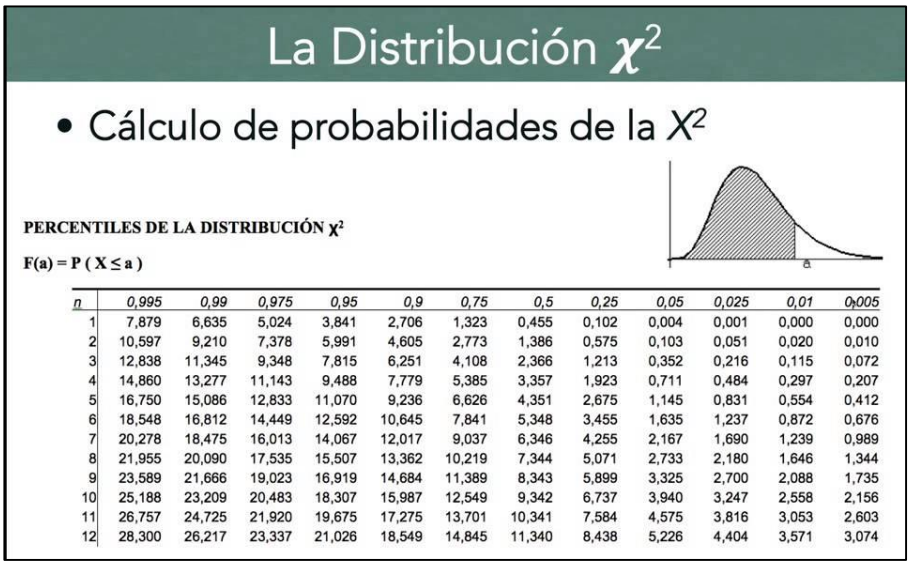
$gl = ( nf - 1 ) ( mc - 1 )$

$gl = ( 5 - 1 ) ( 2 – 1)$

gl = ( 4 ) (2 )

gl = 8

$X^2t$= 2,73




| n | 0,995 | 0,99 | 0,975 | 0,95 | 0,9 | 0,75 | 0,5 | 0,25 | 0,05 | 0,025 | 0,01 | 0,005 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 7,879 | 6,635 | 5,024 | 3,841 | 2,706 | 1,323 | 0,455 | 0,102 | 0,004 | 0,001 | 0,000 | 0,000 |
| 2 | 10,597 | 9,210 | 7,378 | 5,991 | 4,605 | 2,773 | 1,386 | 0,575 | 0,103 | 0,051 | 0,020 | 0,010 |
| 3 | 12,838 | 11,345 | 9,348 | 7,815 | 6,251 | 4,108 | 2,366 | 1,213 | 0,352 | 0,216 | 0,115 | 0,072 |
| 4 | 14,860 | 13,277 | 11,143 | 9,488 | 7,779 | 5,385 | 3,357 | 1,923 | 0,711 | 0,484 | 0,297 | 0,207 |
| 5 | 16,750 | 15,086 | 12,833 | 11,070 | 9,236 | 6,626 | 4,351 | 2,675 | 1,145 | 0,831 | 0,554 | 0,412 |
| 6 | 18,548 | 16,812 | 14,449 | 12,592 | 10,645 | 7,841 | 5,348 | 3,455 | 1,635 | 1,237 | 0,872 | 0,676 |
| 7 | 20,278 | 18,475 | 16,013 | 14,067 | 12,017 | 9,037 | 6,346 | 4,255 | 2,167 | 1,690 | 1,239 | 0,989 |
| 8 | 21,955 | 20,090 | 17,535 | 15,507 | 13,362 | 10,219 | 7,344 | 5,071 | 2,733 | 2,180 | 1,646 | 1,344 |
| 9 | 23,589 | 21,666 | 19,023 | 16,919 | 14,684 | 11,389 | 8,343 | 5,899 | 3,325 | 2,700 | 2,088 | 1,735 |
| 10 | 25,188 | 23,209 | 20,483 | 18,307 | 15,987 | 12,549 | 9,342 | 6,737 | 3,940 | 3,247 | 2,558 | 2,156 |
| 11 | 26,757 | 24,725 | 21,920 | 19,675 | 17,275 | 13,701 | 10,341 | 7,584 | 4,575 | 3,816 | 3,053 | 2,603 |
| 12 | 28,300 | 26,217 | 23,337 | 21,026 | 18,549 | 14,845 | 11,340 | 8,438 | 5,226 | 4,404 | 3,571 | 3,074 |

**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Cuadro N° 17** Tabla de Contingencia

$$x^2 = \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

| N° | FO | FE | $(fo-fe)^2$ | $(fo-fe)^2/fe$ |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 13 | 19,6 | 43.5 | 2.2 |
| 2 | 5 | 19,6 | 0.06 | 3.06 |
| 3 | 18 | 19,6 | 0.84 | 0.04 |
| 4 | 62 | 19,6 | 1797.7 | 10.0 |
| 5 | 0 | 19,6 | 0 | 0 |
| 6 | 365 | 358,4 | 1.03 | 0.002 |
| 7 | 373 | 358,4 | 1.08 | 0.003 |
| 8 | 360 | 358,4 | 1.00 | 0.002 |
| 9 | 316 | 358,4 | 0.7744 | 0.002 |
| 10 | 378 | 358,4 | 1.112 | 0.003 |
| **Total** | | | | $X^2$ =15.31 |

**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

Campana de GAUSS

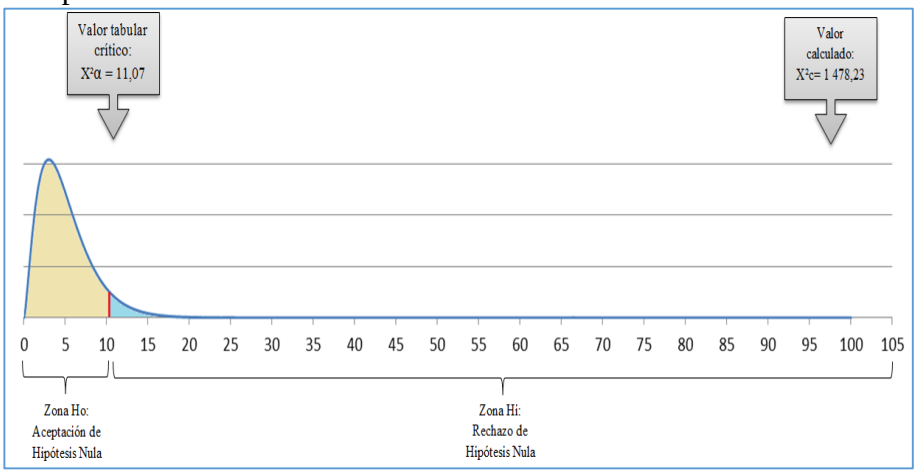



**Gráfico N° 13 Campana de GAUSS**
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## Decisión

Si el $X^2$ calculado es mayor o igual que el chi cuadrado tabular $X^2t$ se confirma la hipótesis alterna $H^1$ y se rechaza la Hipótesis nula $H^0$

Como el chi cuadrado calculado es 15,31 mayor que el chi cuadrado tabular 2,73 se rechaza la hipótesis nula y se acepta $H_1$

$H_1$: El parto humanizado fortalece la medicina tradicional ancestral en las comunidades rurales del cantón Salcedo.

# CAPÍTULO V

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## Conclusiones:

- Se pudo determinar que los principales factores del Parto Humanizado son la interculturalidad, la tolerancia, la seguridad sanitaria y la revalorización de los conocimientos ancestrales ante los cuales el nivel de conocimiento que mantienen la mujer embarazada del cantón Salcedo tiene un inadecuado nivel de acceso a la información por parte del personal médico.
- Se puede concluir que al analizar la Medicina Tradicional como alternativa al momento del parto para establecer las preferencias de la mujer embarazada de los sectores rurales, no se establece una guía práctica por parte de los médicos hacia las parteras sobre normas básicas de atención, higiene de instrumentos, asepsia en el lugar del parto, es decir se da un alto rechazo al conocimiento de las tradiciones, rito y plantas medicinales por lo que no existe acceso a un parto culturalmente adecuado.

- Se debe proponer una alternativa de solución basada en la comunicación y la difusión adecuada de la importancia que tiene mantener un parto humanizado con respeto de la medicina tradicional a fin de dar respuesta a los requerimientos expresados por las mujeres embazadas del cantón Salcedo con el fin de tener un parto más acorde a su cultura.

## Recomendaciones

- Se recomienda tomar en consideración los derechos de la mujer embarazada para poder acceder a un parto en libre posición así como una mayor tolerancia del personal médico, el cual está para llevar a buen término un proceso natural a través de la información y comunicación de un servicio médico inclusivo.
- Reconocer a través de la concientización del valor de la Medicina Tradicional como alternativa al momento del parto para priorizar las necesidades de la mujer embarazada de los sectores rurales.

- Proponer estrategias informativas en los centros de salud que informen y concienticen sobre el parto culturalmente adecuado y la promoción del manual de articulación de parteras ancestrales en las zonas rurales del cantón Salcedo.

## CAPÍTULO VI
## PROPUESTA

### Tema

Estrategia de difusión de una guía técnica para un parto culturalmente adecuado.

### Datos informativos

### Institución ejecutora

- Universidad Técnica de Ambato
- Centros de salud de Parroquias Rurales del cantón Salcedo

### Beneficiarios

- Profesionales del área de salud de las parroquias rurales del cantón Salcedo
- Mujeres embarazadas del área rural del cantón Salcedo

### Ubicación

- Centro de salud de Panzaleo

### Tiempo estimado

2 meses

### Equipo Técnico

- Investigadora
- Personal de atención médica – obstétrica
- Tutor de tesis

### Presupuesto

La inversión de la propuesta está presupuestada en un valor de $500; que serán invertidas en charlas, folletos, afiches entre otros.

### Antecedentes

El Ecuador al ser un país en desarrollo, ha tenido avances significativos en lo que se refiere a interculturalidad de la maternidad y parto a partir de la emisión de documentos oficiales como *"Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador"*, emitido en marzo del 2010 con apoyo del gobierno español en conjunto con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para fortalecer las políticas públicas interculturales, documento que justifica la importancia de la partera en las comunidades indígenas y rurales en las que se las considera como una "*persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. La sabiduría de las parteras 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",* estudios que intentan revalorizar los conocimientos ancestrales.

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) del 2004, en toda la región Amazónica, más del 30% de los partos atendidos fueron domiciliarios, en Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas este porcentaje es mayor al 40%. El porcentaje de mujeres que se autoidentifican como indígenas y que tuvieron partos domiciliarios asciende al 65%. Suponemos, aunque no se cuenten con datos precisos sobre este indicador, que estos partos fueron atendidos mayoritariamente por parteras tradicionales o comunitarias. (Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) 2004, 36)

Actualmente, estas prácticas tradicionales que han existido ancestralmente desde hace miles de años entre los pueblos y nacionalidades indígenas, están desapareciendo debido a los procesos acelerados de aculturación y migración también porque no se había establecido políticas al respecto.

No se realiza adecuadas estrategias de promoción de procesos interculturales en relación con la salud especialmente con las mujeres embarazadas de las comunidades que ocultando y sin compartir con el médico tratante se hacen atender por parteras y utilizan la medicina tradicional antes durante y después del parto.

Todavía en los centros de salud no se adapta los servicios obstétricos a las necesidades culturales de las mujeres del área rural del cantón Salcedo.

Aún no se debate la información en centros especializados, instituciones educativas, empresas y demás lugares para reconocer el parto culturalmente adecuado así como el papel de las parteras no ha existido un acercamiento más integrador que reconozca y fomente la partería tradicional y sus sistemas ancestrales de salud. Rescatar las tradiciones ancestrales al momento del nacimiento, donde la mujer embarazada se sienta tranquila de expresarse bajo su propia cultura, idioma, ritos, plantas, entre otros, es decir sin temores y sin abusos por tener un menor conocimiento de la medicina occidental.

**Justificación**

Esta propuesta radica su importancia en la misión de concientizar a todos los involucrados en los procesos de embarazo y parto sobre todo en los sectores rurales, rescatando para la cultura la sabiduría ancestral de las parteras, y su reconocimiento en la vida espiritual de la comunidad. Este conocimiento no solo implica la fisiología y atención antes durante y después del parto, por tal motivo es justificativo establecer un reconocimiento de la sociedad a la llamada "Comadrona".

Evitar que las prácticas ancestrales se extingan es un derecho y un deber de todo el conglomerado de salud pública, población y todo organismo llamado a que los procesos a aculturación y migración especialmente de los sectores rurales aíslen y sometan la práctica de las parteras, el parto vertical, uso de hierbas y plantas medicinales a un ocultamiento, que además de traer nerviosismo y estrés a la futura madre puede ocasionar problemas serios por errores, que se pudieran evitar si holísticamente se integra a la partera y el parto culturalmente adecuado a proceso de nacimiento.

Es de interés incrementar la promoción de procesos interculturales de salud que beneficien a la antropología de los pueblos, adaptando los servicios obstétricos a las necesidades culturales de la población y conocer e implementar la normativa

para la atención del parto cultural en el primer y segundo nivel de atención de acuerdo al Ministerio de Salud Pública MSP.

Fomentar la confianza de la mujer con un trata más humano, es una de las principales razones para mejorar el nivel e información del parto humanizado traducido al parto cultural respetando las tradiciones y medicina ancestral.

## Objetivos

### Objetivo general

Diseñar estrategias de difusión de una guía técnica para un parto culturalmente adecuado.

### Objetivos específicos

Planificar la promoción de los principales mecanismos de articulación entre prácticas de la medicina tradicional ancestral y el parto para las comunidades rurales cantón Salcedo.

Diseñar productos comunicacionales para la difusión y promoción del parto culturalmente adecuado.

## Análisis de factibilidad

### Factibilidad técnica

El proyecto de investigación técnicamente es factible debido a que el proceso investigativo que se ha llevado a cabo asegura el cumplimiento de los objetivos ya que diversos organismo y estamentos tanto públicos como privados han sido participes de lo que hoy se quiere ejecutar como es el programa de difusión de una guía técnica para un parto culturalmente adecuado.

Existe la necesidad, la trascendencia social y cultural que antropológicamente ha cumplido las parteras en lo que se conoce como el parto vertical, el manteo la nutrición para la madre; que vienen cumpliendo de forma no reglamentada la partera y que apenas en lo que va del año 2016 se ha emitido normas que permitan certificar a la comadrona, dándole un reconocimiento formal, integrando capacitación.

**Factibilidad económica**

La propuesta planteada para su efectuación es económicamente factible, de acuerdo con el presupuesto que implica presentar la promoción de estrategias para difundir el Manual de articulación de parteras ancestrales para las comunidades del sector rural del cantón Salcedo.

**Factibilidad social**

Dentro de lo concierne a la factibilidad social, el proyecto de investigación es factible socialmente, ya que un programa de difusión de una guía técnica para un parto culturalmente adecuado.

**Fundamentación**

**Plurinacionalidad e interculturalidad**

La definición del Estado como plurinacional e intercultural en la Constitución (Art. 1), presenta un reto ineludible a la sociedad ecuatoriana para repensar los paradigmas, normas e instituciones que organizan la vida social en el país.

La nueva Constitución reconoce la existencia de las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas dentro del Estado ecuatoriano, estableciendo los derechos colectivos que los ampara y definiendo el contenido y los alcances de la plurinacionalidad (Art. 57). Se reconoce y garantiza, entre otros, el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización en sus territorios legalmente reconocidos y tierras comunitarias de posesión ancestral. (Constitución del Ecuador 2008)

Es importante reconocer a la interculturalidad *es un proceso político que busca construir sociedades y Estados respetuosos de las diversidades y de los derechos de las diferentes culturas para que puedan contribuir de forma propositiva a la construcción de países realmente democráticos,* a través de nuevas relaciones de poder entre culturas y pueblos." (Rojas y Arauz, 2008 pág. 17)

**Negociación intercultural**

Según Armendáriz, Rubén, (2008)

La negociación intercultural surge como la estrategia fundamental cuando las esferas cognitivas y conductuales de los actores del sistema social se contraponen. El proceso de negociación cultural empieza por el respeto médico – etnia, identificando áreas de conflicto y acuerdo, localizando núcleos de significación e importancia que puedan sustentar punto de consenso, acuerdo y cooperación entre los actores a través de compromisos que respeten los simbólico, lo ritual y lo esotérico. (pág. 49)

**Denominación terapeutas tradicionales**

Estos terapeutas son llamados:

- Yachac Taitas (conocedores o sabios) en la nacionalidad Kichwa;
- Ponelas, en la nacionalidad Tsa'chila
- Yagé Juyuquë e Inti Paiki (nacionalidad secoya) en la Amazonía;
- Uwishines, nacionalidad shuar y achuar;
- Iroi, nacionalidad huaorani; y
- Shímano nacionalidad zápara.

En las estribaciones occidentales andinas:

- Mirukos, nacionalidad chachi.

Terapeutas de la región interandina son:

- Jambic runas curanderos, Jacuc runas (sobadores) también conocidos como fregadores y Wachachic (parteras). (Mapa Estratégico 2009-2013 parto intercultural 2008, 33)

En algunas nacionalidades como la Shuar, Achuar o Huaorani, no existe la figura de parteras tradicionales, dado que, son los mismos esposos o algún otro familiar quien asiste el parto, e incluso, en algunos casos, las mujeres dan a luz solas. Sin embargo, en la mayoría de los pueblos y nacionalidades, el rol de la partera es fundamental

**Rol de las parteras**

El rol de las mamas parteras va más allá de atender el parto, ellas tienen un rol orientador, de guía, un rol espiritual. Ellas reproducen los saberes, los conocimientos, orientan a las madres sobre cómo debe ser su cuidado, el cuidado del niño. El corte del cordón umbilical, el entierro de la placenta, el simulado del cocido de la boca al niño, tienen un significado en la comunidad, en la cultura de los pueblos indígenas. Entonces la partera es una reproductora importante de la cultura en la comunidad. (Bustos 2015)

**Durante el Embarazo**

*"la partera es la que cuida tu embarazo, te va cuidando, te dice si el niño está bien, te dice cuántos meses tiene, te ve el porte, es que te va a dar un seguimiento a todo el tema del embarazo.* Entre los procedimientos más comunes de la partera realiza durante el embarazo se encuentra la atención de ciertas molestias atribuidas generalmente al frío. (Bustos 2015)

**Manteo**

Uno de los procedimientos más importantes que realizan las parteras durante el embarazo es el "acomodar" con sus manos al niño cuando éste se encuentra atravesado en el vientre de la madre, o "mantear" a la parturienta con el propósito de que el bebé tenga una posición normal. El manteo es una maniobra que consiste en recostar a la madre sobre una manta o poncho y sacudirla delicadamente de un lado a otro. Según el criterio de las parteras tradicionales estas maniobras, como los masajes o el manteo, es preferible hacerlas entre el séptimo y octavo mes del embarazo, pues el bebé todavía tiene espacio para acomodarse en una correcta posición.

Las parteras manifiestan que con estas maniobras han ayudado a muchas mujeres a evitar que se les realice una cesárea: "Los doctores no saben ver como nosotros dónde está cabecita, sino puede entonces hacen cesárea. Yo sé fregar con manteca de gallinita, primerito donde está cabecita. Después hace suavita la barriguita y así como quiera hacer derecho. En mano de nosotros manteamos para que no haga cesárea. (CONAMUNE 2012)

**Durante el Parto**

Según Muenala, Mercedes (2009) coordinadora del Subproceso de Salud Intercultural de Imbabura se refiere al proceso de atención del parto tradicional entre comunidades indígenas andinas

"La cosmovisión andina, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. El nacimiento de una nueva vida está ligado a profundas creencias y rituales que manifiestan un sincretismo entre la cosmovisión indígena y la tradición religiosa católica."

**Proceso del parto tradicional ancestral**

Durante la primera etapa del parto, luego de observar el estado general de la parturienta, la partera le pregunta cuándo y dónde inició el dolor, luego le toma el pulso y pregunta si el dolor es fuerte o débil, así como qué actividades realizó ese día. También le preguntan si caminó por sitios peligrosos (quebradas, chaquiñanes) pues si este es el caso, primero es necesario realizar rituales de limpia energética o curación del mal aire. También es necesario alejar a las personas de mala espalda (chiki washa).

Luego, se prepara el lugar del parto, el cual debe estar aseado y abrigado, generalmente se coloca una estera sobre el suelo y sobre ella una cobija o manta abrigada, además debe estar cerca del fogón para mantener el calor de la parturienta durante todo el proceso del alumbramiento. Los materiales que utiliza la partera generalmente son una tijera, la cual es previamente hervida o esterilizada con alcohol, hilo para amarrar el cordón umbilical, guantes, toalla, cobijas, y pañales o la ropa del bebé, así como una amplia selección de plantas medicinales que cumplen funciones energizantes, analgésicas, rituales y simbólicas.

Las plantas más utilizadas en el norte de la región interandina, por ejemplo, son:

- Chilca, (ritual de limpia)

- Achira, (ritual para representar el rasgado del “zurrón”, cuando no se rompe el saco amniótico)
- Hoja de higo, (medicinal)
- Manzanilla, (medicinal)
- Flor seca de llantén, (medicinal)
- Cebolla, (estimulante para expulsar la placenta)
- Linaza y culantro, (medicinales)

Algunas de estas plantas medicinales son endulzadas con panela y son mezcladas con un poco de licor para dar energía a la parturienta.

Examinan todo el cuerpo: buscan signos de peligro, detectan la posición del bebé, y si está en mala posición, frotan el vientre de la madre con un poco de manteca caliente o aceite de almendras y con suaves masajes encauzan su posición, o también realizan la maniobra del “manteo”.

Durante el trabajo de parto las parteras tradicionales dan apoyo psicológico a la parturienta: *“Mejor en esos momentos yo entendía [el dolor de la parturienta], prácticamente trabaja la psicología bastante. Trataba de dar cariño, abrazarle, acariciarle en esos momentos de dolores fuertes. Ahí es donde más se necesita el cariño de alguna persona que tiene más confianza, ya puede ser el esposo, la mamá, o también si tiene confianza en la partera, también de la partera.”*

Durante la segunda etapa del parto, para mantener abrigada a la madre, se le coloca una gorra o chalina en la cabeza, bayetas en vientre y cadera, y a veces también realizan vaporizaciones. Cuando el dolor es más corto e intenso se acercan al fogón, y se abriga con cobijas a la parturienta en todo momento, pues si entra el frío a la matriz se puede dificultar el parto. Cuando se acelera el pulso y empieza a sudar, la partera le brinda agua de plantas medicinales calientes. (Grupo Focal Parteras de Chumborazo 2012)

Cuando nace el niño, la comadrona lo recibe y limpia inmediatamente la cara, nariz, ojos y oídos con un lienzo limpio, le revisa el paladar, y lo hace arropar junto a la madre para iniciar la lactancia, mientas permanece en la misma posición esperando

para expulsar la placenta. Esperan de 3 a 5 minutos hasta que salga la placenta manteniendo al niño en la misma altura de la madre. Algunos procedimientos y rituales para estimular la expulsión de la placenta son el introducir una pluma de gallina en la boca de la madre para estimular el vómito y contracciones, o el dar de tomar agua de linaza, panela, o huevo tibio con paico y con sal, además de realizar delicados masajes en el vientre y la espalda de la madre.

**Plan Operativo**

| Fases | Objetivo | Actividad | Recursos | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| Fase 1 | Planificar la promoción de los principales mecanismos de articulación entre prácticas de la medicina tradicional ancestral y el parto para las comunidades rurales cantón Salcedo. | Diálogo con las parteras de la comunidad.<br><br>Diseño contenidos de la conferencia "Prácticas de la Medicina tradicional ancestral y el parto humanizado | Proyector<br>Diapositivas<br>Papeleógrafos<br>Fotografías | Investigadora<br>Tutor |
| Fase 2 | Diseñar productos comunicacionales para la difusión y promoción del parto culturalmente adecuado | Diseño dípticos que relacione las prácticas de las parteras y los centros de salud de las comunidades rurales del cantón salcedo.<br><br>Diseño Afiches | Dípticos | Investigadora<br>Tutor<br>Personal Médico<br>Parteras certificadas |
| Fase 3 | Diseñar la promoción de la guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado para las comunidades del sector rural del cantón Salcedo. | Contenido de la guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado | Manual de articulación de parteras ancestrales<br><br>Afiches<br>Dípticos | Investigadora<br>Tutor |

**Cuadro No 18** Plan operativo
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Desarrollo de la Propuesta**

**FASE 1**

Planificar la promoción de los principales mecanismos de articulación entre prácticas de la medicina tradicional ancestral y el parto para las comunidades rurales cantón Salcedo, a través de un ciclo de conferencias.

## CONFERENCIAS

## LA PARTERA ANCESTRALMENTE EN LAS ZONAS DE LA SIERRA ECUATORIANA

**Objetivo** El objetivo primordial del ciclo conferencias es lograr que las generaciones futuras cuenten con los conocimientos necesarios sobre el parto intercultural, el cual se puede enmarcar en la cultura y tradición ancestral.

En el mundo kichwa andino-amazónico la Pakarina es la ritualización del nacimiento como un acontecimiento profundamente espiritual. El nacimiento es un evento del ciclo vital de gran trascendencia, pues une a la familia y a la comunidad en una actitud de festejo y agradecimiento espiritual de los humanos a la naturaleza, los ancestros y divinidades.



**Gráfico N° 14** La partera ancestralmente
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## Pakarina



**Gráfico N° 15 Pakarina**
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## Ritualización del nacimiento




**Gráfico N° 16** Ritualización del nacimiento
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

Históricamente la relación entre parteras tradicionales y personal médico salud en el país se ha caracterizado por una posición de subordinación de las primeras frente al personal obstétrico que atiende en los Centros de Salud del área rural, lo cual se hace particularmente palpable cuando las parteras acuden en compañía de sus pacientes en casos de complicaciones obstétricas. Las posibilidades de participación de las parteras al interior de los establecimientos de salud son mínimas hasta nulas, en el mejor de los casos, el accionar de las parteras en estos espacios ha estado limitado a brindar apoyo emocional a las parturientas referidas en casos complicados.

**Conferencia 1 La Ritualización del nacimiento - Pakarina**

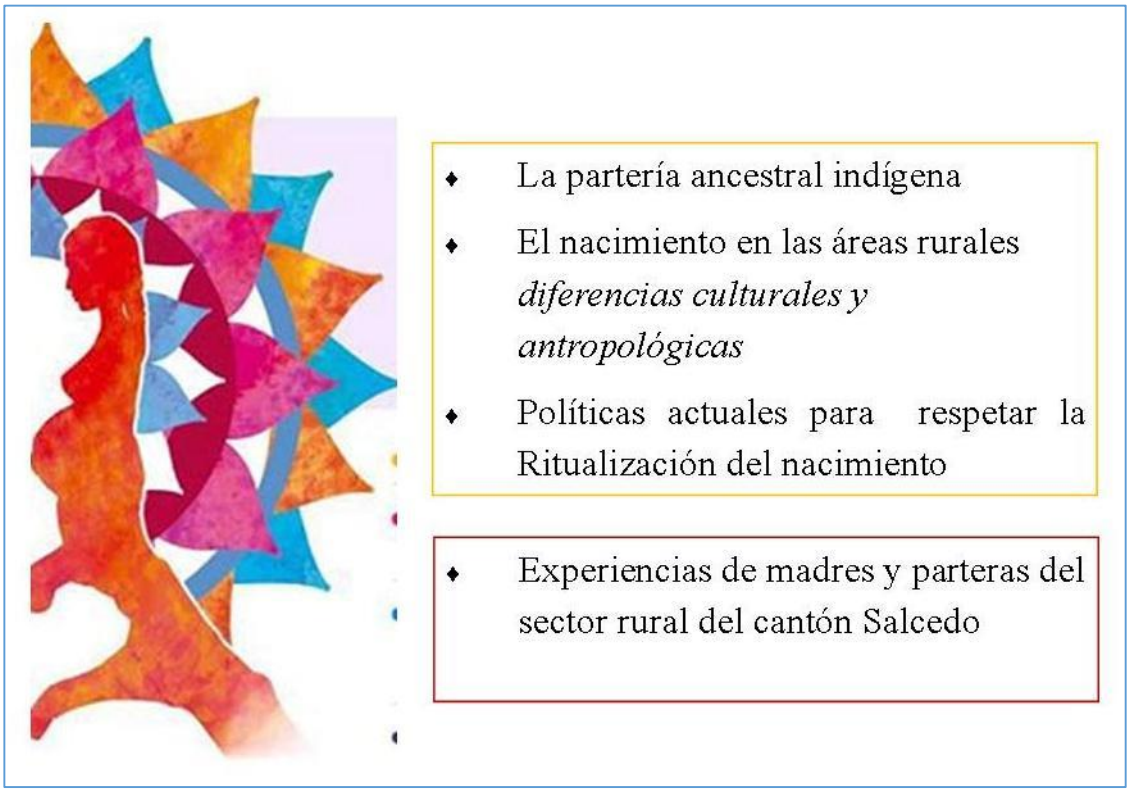



**Gráfico N° 17** La Ritualización del nacimiento - Pakarina
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## CONFERENCIA 2 MECANISMOS DE ARTICULACIÓN




**Gráfico N° 18** Mecanismos de articulación
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

### Ponencias para establecer mecanismo de articulación de la partería ancestral

- Establecer un diálogo holístico integrador de saberes para valorar la medicina tradicional ancestral en el parto.
- Actividades murales en parques, plazas, centros educativos con el fin de promover fines como parto humanizado, paro vertical, interculturalidad del parto.
- Mejorar la atención en los centros de salud para eliminar la violencia obstétrica.
- Participación de la comunidad

## Relación Personal de Salud y Partera certificada

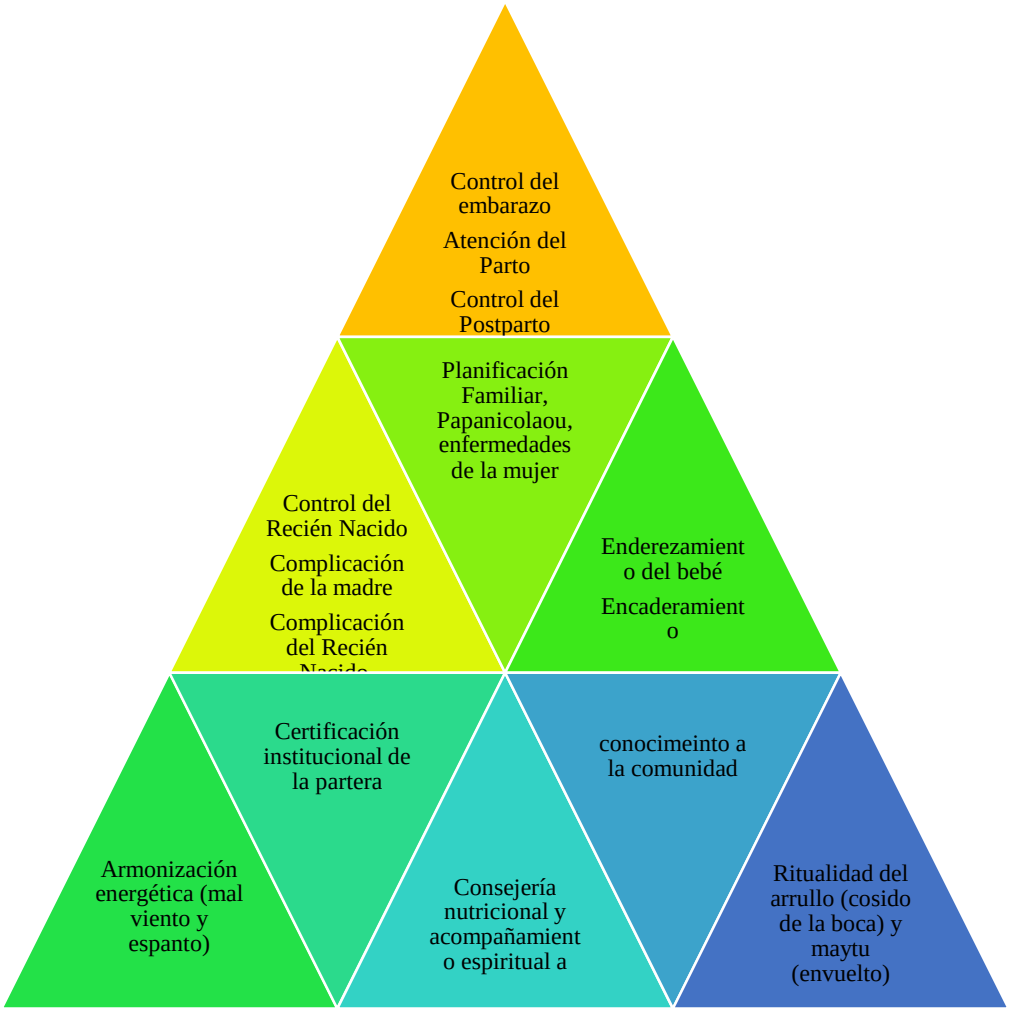



**Gráfico N° 19** Relación Personal de Salud y Partera certificada
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## CONFERENCIA 3: PARTO Y NACIMIENTO INTERCULTURAL




**Gráfico N° 20** Parto y nacimiento intercultural
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

### Acto inaugural

Charla dirigida a profesionales de la salud y autoridades del sector rural del cantón Salcedo sobre reglamento del parto intercultural.

### Conferencias:

- **Día 1:** Parto humanizado
- **Día 2:** Parto intercultural
- **Día 3:** Derechos de los padres y el bebé al momento del nacimiento

**Cierre**

Presentación obra teatral “Mi decisión, mi cuerpo, mi bebé”

Obra que demuestra cómo hacer frente a la violencia obstétrica.

**Fechas:** A determinar **Horario:** 17:00

**Lugar:** Centro de Salud Salcedo

## CONFERENCIA 4: PARTO CULTURALMENTE ADECUADO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA

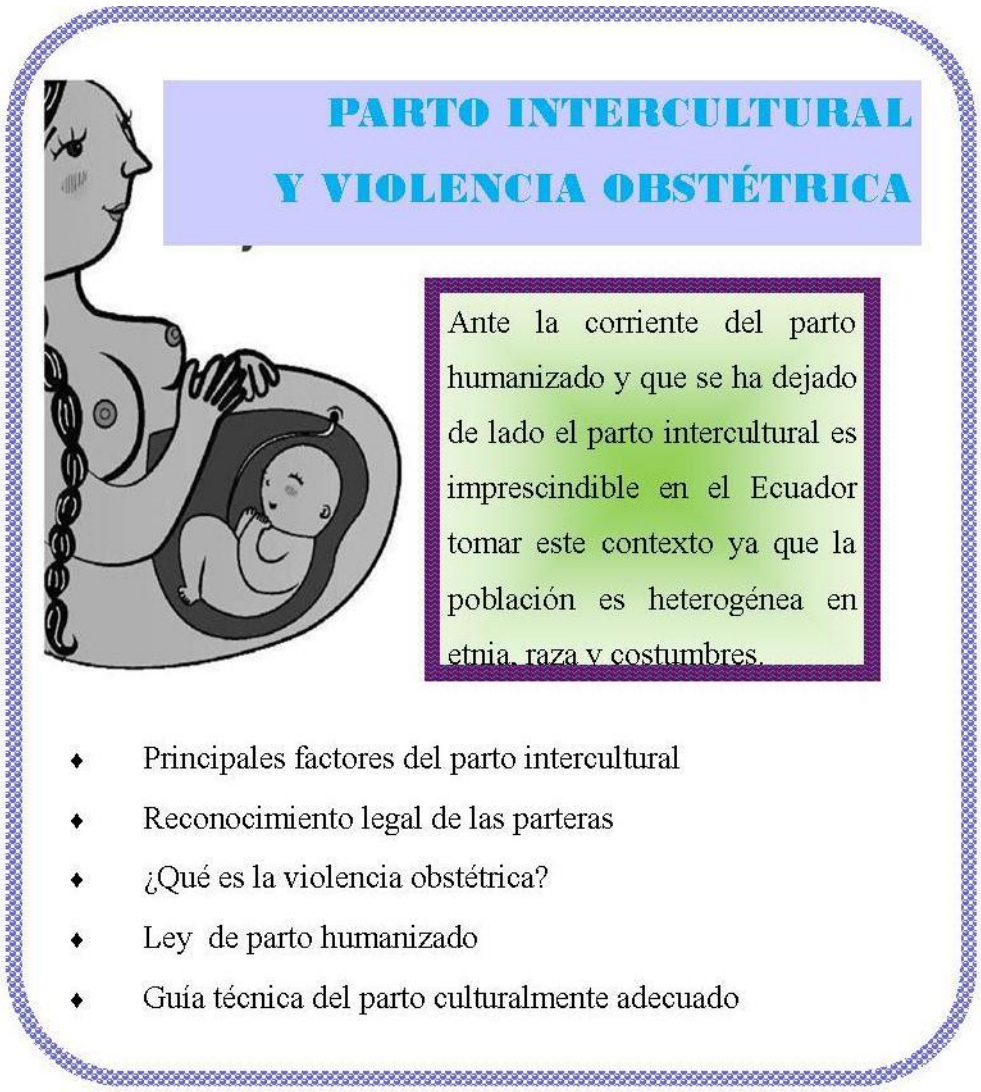



**Gráfico N° 21** Parto culturalmente adecuado y violencia obstétrica
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**AFICHES**

## Violencia obstétrica




**Gráfico N° 22** Violencia obstétrica
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana




**Gráfico N° 23** Afiches Parto intercultural
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**FASE 2**

Diseñar productos comunicacionales para la difusión y promoción del parto culturalmente adecuado

Las referencias tradicionales del parto tradicional ancestral de las comunidades rurales del cantón Salcedo, se define dentro del contexto de las parteras y su asistencia antes durante y después del parto.

> La definición del rol de las parteras en las unidades operativas es la oportunidad para constituir propiamente modelos interculturales de salud, en el que se promueva la atención conjunta del embarazo, parto y posparto entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal médico.

El principal referente que se anota para establecer el parto culturalmente adecuado en el Ecuador es el Manual para la articulación de saberes y prácticas de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud. 2015, norma emitida que trata de promover una articulación entre las parteras ancestrales y el equipo de salud de la red pública con el fin de mejorar la captación y la atención de las mujeres gestantes, de acuerdo a la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador.

Según el MSP, esta normativa tiene el objetivo de

*"establecer mecanismos de articulación que contribuyan al mejoramiento de la salud materna y neonatal de los pueblos y nacionalidades del* Ecuador.

**Roles Tradicionales**

Son los más conocidos y promulgados porque no representan mayor peligro para la mujer embarazada.




**Gráfico N° 24** Relación Personal de Salud y Partera certificada
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Actividades descriptivas parto tradicionalmente adecuado**

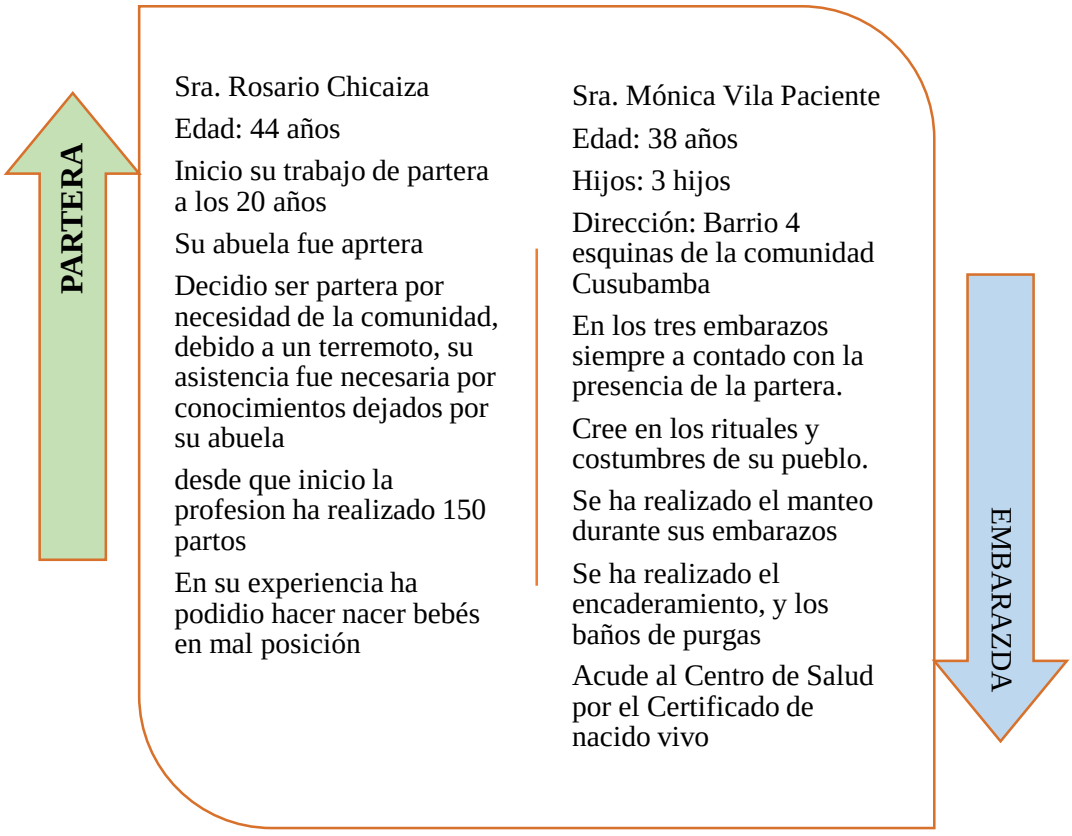





**Gráfico N° 25** Parto tradicionalmente adecuado
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Tríptico para promocionar el parto culturalmente adecuado**

PARTERAS

Mecanismos de reconocimiento




***Identificación o registro de las parteras tradicionales en cada comunidad***

Se debe iniciar identificando las parteras que existen en una comunidad, y que son reconocidas como tal por la población, a través de un proceso de diagnóstico comunitario participativo, tales personas son yachaks, parteras, curanderos. (Gonzáles, Daniel y Corral, Jorge, 2012)

***Aval, o legitimación comunitaria***

Luego de la identificación y con un documento de registro de las parteras existentes en la comunidad, el aval o legitimación corresponde a un reconocimiento público que debe realizarse mediante una asamblea comunitaria. En dicha asamblea las personas pueden dar fe de manera pública si conocen o no a las parteras. (Gonzáles, Daniel y Corral, Jorge, 2012)

***Legalización de la certificación comunitaria***

Este proceso consiste en legalizar en una notaría pública el documento de certificación comunitaria de la partera, para que, se establezca, en una de las cláusulas, la corresponsabilidad que tiene la comunidad de las acciones y de los hechos que resulten de la atención obstétrica de esa partera, inclusive para la protección de la partera, como obligación del Estado en el marco de las leyes. (Gonzáles, Daniel y Corral, Jorge, 2012)

**Aval del MSP (Capacitación y evaluación con enfoque intercultural)**

Luego del aval comunitario y de su posible legalización, las parteras deberán iniciar un proceso de enseñanza – aprendizaje en el marco de la metodología propuesta para los Talleres de "Intercambio de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes" en los temas biomédicos que el MSP considere pertinentes. Dichos Talleres deben realizarse bajo la responsabilidad de las Direcciones Provinciales a través de Salud Intercultural, en coordinación con las Áreas de Salud, unidades operativas, Consejos de Salud y otros actores locales. Así mismo, la evaluación de los conocimientos socializados en los Talleres deberá ser oral y práctica, y deberá ser realizada por comités compuestos por personal de salud del MSP sensibilizado en la medicina ancestral. (Gonzáles, Daniel y Corral, Jorge, 2012)

**Otorgamiento del carnet de Acreditación por parte del MSP y otras instancias estatales que representan a los pueblos y nacionalidades del Ecuador.**

Finalmente, debería ser el MSP, como organismo rector del SNS, quien reconozca formalmente, mediante un carnet de identificación, a las parteras que han cumplido exitosamente el proceso de acreditación. No obstante, otras instancias públicas y organizaciones sociales ligados a los pueblos y nacionalidades del Ecuador podrían acompañar los procesos de acreditación de sus agentes comunitarios de salud y firmar el documento respectivo como propone el representante de CODENPE. "Obviamente [la acreditación] debe darlas el MSP, también como CODENPE por ejemplo, y las organizaciones de los pueblos y nacionalidades. [En la acreditación debería ir:] su pueblo- firma, salud/MSP-firma, y CODENPE-firma, con eso ya tiene su representación y eso debe ser válido en hospitales y centros de salud. (Gonzáles, Daniel y Corral, Jorge, 2012)

**Normativa:** Manual para la articulación de saberes y prácticas de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud. 2015

# PARTO CULTURALMENTE ADECUADO



Las parteras tradicionales entregan un importante servicio de promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal, de acuerdo a las costumbres y tradiciones de la comunidad

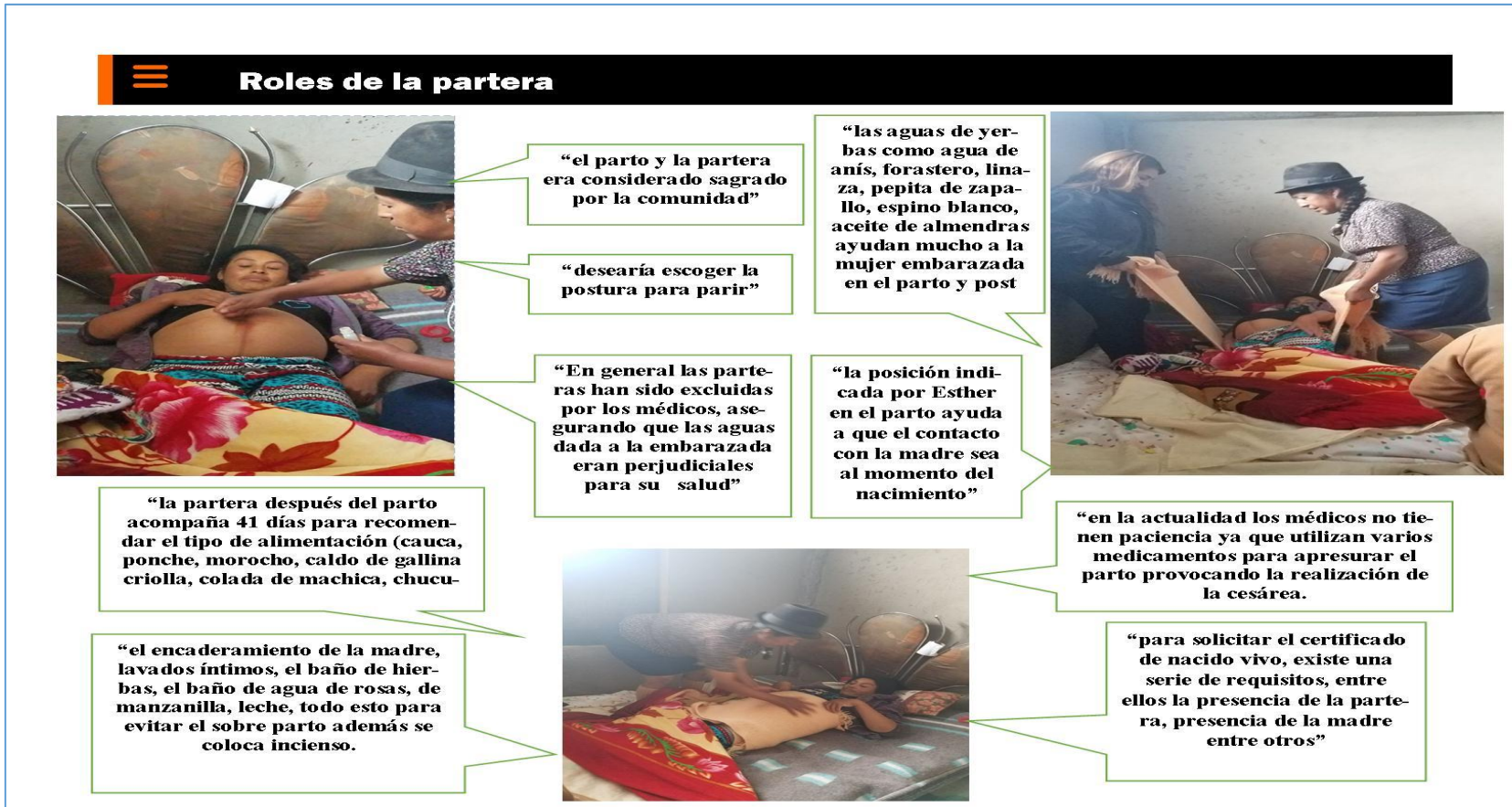



**Gráfico N° 26** Parto tradicionalmente adecuado
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**FASE 3**

Diseñar la promoción de la guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado para las comunidades del sector rural del cantón Salcedo.

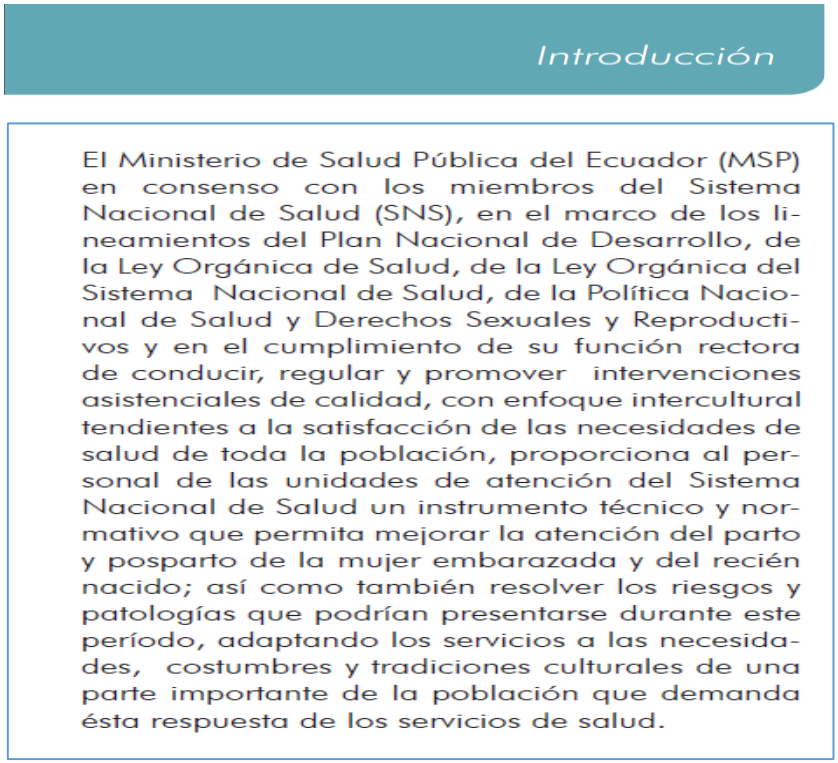
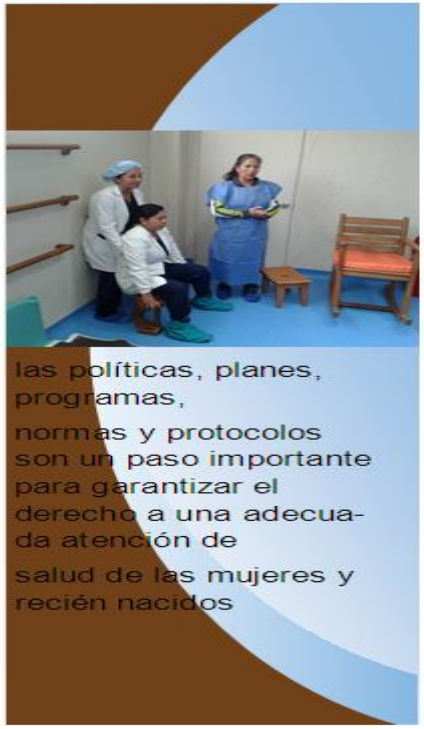


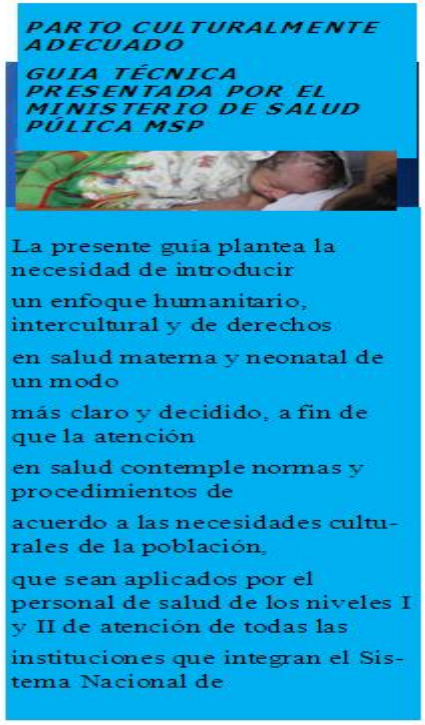

**Gráfico N° 27** Introducción promoción guía técnica
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

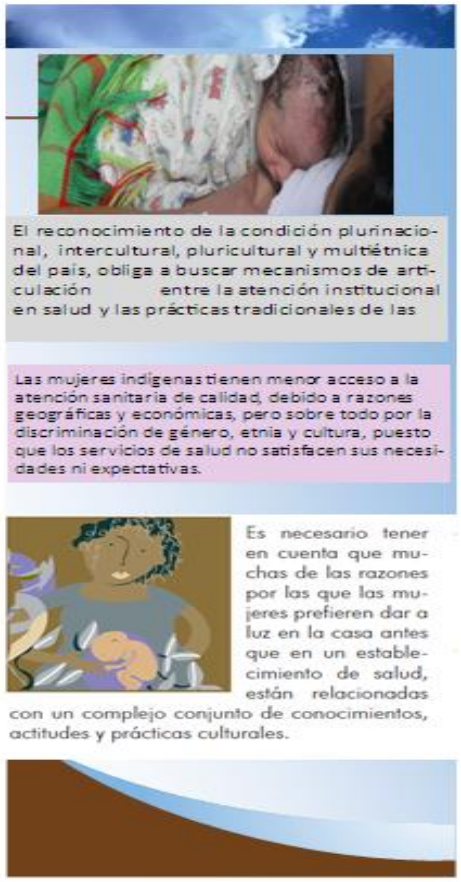
**Tríptico promocional**

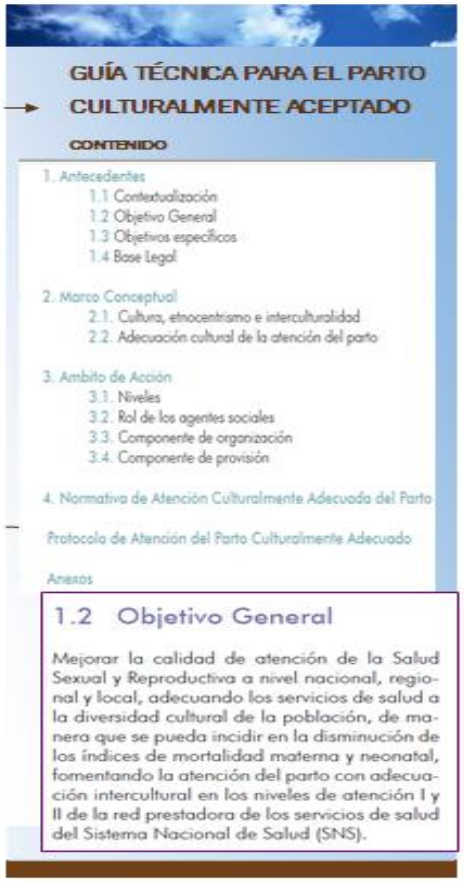










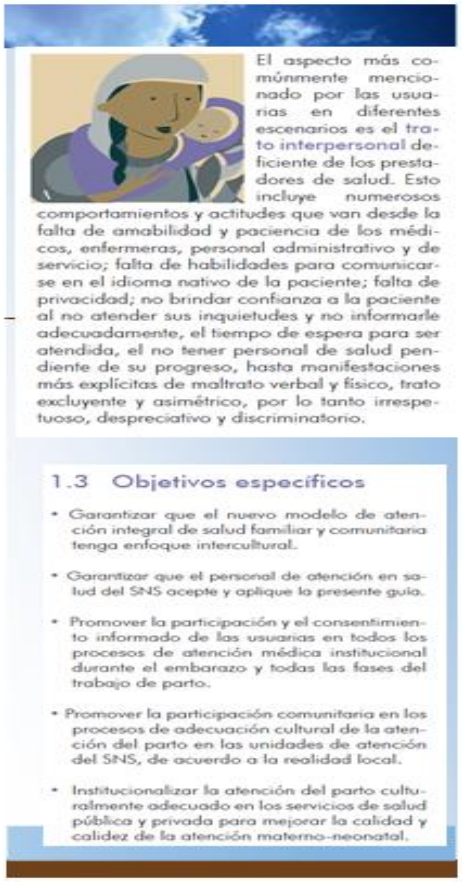




**Gráfico N° 28** Tríptico promocional Parto culturalmente adecuado
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## 2.1. Cultura, etnocentrismo e interculturalidad



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

Sin embargo, la cultura vista ya no desde su uso común, sino desde una perspectiva antropológica, se refiere a "todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como producto histórico... desde este punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes."[13]

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

La sabiduría y los saberes de los pueblos y nacionalidades indígenas, "han sido históricamente desautorizado desde la oficialidad asociándolo con hechicería, brujería y charlatanería... Sin embargo, ello no ha implicado de ninguna manera su desaparición, pero sí ha negado algunas posibilidades de su potenciación. Desde siempre, la medicina tradicional ha prevalecido en el uso constante, y con frecuencia clandestino, tanto entre los indígenas como en la sociedad no indígena."[14]

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

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



## 2.2. Adecuación cultural de la atención del parto

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

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

- Identificar las características culturales locales que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos;

- Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales;

- Modificar las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas[19], tales como:

  - Eliminar la práctica rutinaria de: episiotomía, rasura del vello púbico y aplicación de enema.

  - Facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto.

  - Permitir el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera durante el trabajo de parto y posparto.

  - Permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto.

  como la lactancia precoz exclusiva salvo el caso de screening VIH positivo.

  - Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del MSP.

- Promover la conformación de comités de usuarias/os que den seguimiento a la calidad de la atención y apoyen las acciones de mejoramiento de la misma.

- Promover la participación activa de comités de usuarias/os, gobiernos comunitarios de salud (parteras y promotores), proveedores de los servicios de salud y gobiernos locales, en espacios de trabajo como los Consejos de Salud en donde hayan, y en donde no hayan motivar su conformación, que permitan examinar las actuales prácticas obstétricas y detectar las brechas culturales para introducir modificaciones consensuadas y progresivas para la humanización y adecuación cultural a los procesos de atención.



- Diseñar estrategias de sensibilización para el manejo adecuado de la resistencia al cambio.

En este sentido, la adecuación cultural del parto implica realizar cambios estratégicos en

### a) El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares

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

Habitualmente, en el sistema biomédico, el trato del personal de salud hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde se ejerce autoridad en base al cargo desempeñado. No obstante, en contextos multiculturales, la relación de poder se vuelve más compleja en cuanto intervienen criterios culturales, de género y de clase. Así pues, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afro descendientes constantemente han sido objeto de maltrato, discriminación y prejuicio[20].

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

> *"...pero ellos no nos tratan como a un humano, dicen: 'estas indias feas que vienen apestando, vayan a bañar primero', en ese sangrado hacen bañar en agua fría, eso no debe de ser, haber esas cosas, discriminación en hospitales, como humano deben atender... a veces en hospitales preguntan: '¿cuántos hijos tiene?', dicen: 'cuatro, cinco, o seis', 'Pucha estas como puercas tienen, hay que operar bien, la ligadura hay que hacer', .... a veces dicen: 'tienen que cuidar', pero, ¿cómo deben de cuidar?, entonces a veces dicen: 'ojalá por ahí, a los maridos hay que hacer poner, siquiera papel de bolo, para que cuiden', eso no debe ser así, hay discriminación en hospitales."*[21]

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



El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante, la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continúa siendo uno de los problemas más importantes en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano.

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

hacen esperar aparte"[25]. Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la mujer quien, en cualquier caso, recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o del partero.

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

La presencia de un acompañante, sea familiar o no, durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias[26]. Por ello, deberá ser permitido el acompañamiento de una persona a la paciente hasta la sala de partos, para que la acompañe durante el trabajo de parto, dándole facilidades y proporcionándole ropa y cualquier otro implemento que se considere necesario.

### c) Posición del parto

Como es evidente, la atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras o parteros y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal es anti-natural al parto, causando que "el wawa se regrese", y la madre pierda la fuerza. Por ello, se piensa que la atención del parto en la posición horizontal es uno de los obstáculos principales para que las mujeres indígenas acudan a los centros de salud pública.

*"Por mi parte, mi hija mismo dijo que, unas amigas había dicho: 'no irá a hospital, porque en hospital como a una vaca, amarrando los eso también, no me ha avisado a mi, y por no bajar a Ambato había ya estado pasando los dolores (sobreparto)"*[27].



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

*"La parturienta se coloca en cuclillas, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras el permanece sentado en una silla, sosteniéndola de los hombros y hablándole al oído para darle apoyo. La partera se coloca de rodillas por detrás de la parturienta, le da tratamiento pertinente (manteo, saumada, limpieza de energía negativa) y atiende el parto desde esa posición"*[28].

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

Varias investigaciones, incluyendo estudios recientes de la OMS (WHO, 1996), sustentan con

***Para la atención del parto vertical, los establecimientos de salud deben adecuar las salas de parto con los implementos físicos necesarios de acuerdo a las culturas, tales como colchonetas, barras de soporte, o sillas ginecológicas especialmente diseñadas para la atención del parto vertical.[30] De igual forma el personal de salud deberá capacitarse en las técnicas y procedimientos de atención de las diferentes posiciones del parto vertical.***

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

### d) Abrigo / vestimenta



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

> *"Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaren éste equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el "principio de oposición" es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio*

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las críticas fundamentales de las parteras, parteros y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. Otra crítica se refiere a la "práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz en una sala fría. En cambio, ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto.[32]

> *"...para el lecho, lugar donde nacerá el wawa, lo prefieren al lado del fogón (tullpa) por estar siempre caliente, colocan bastante paja en el suelo de manera que quede suave, un poncho viejo sirve de tendida, cerca muy cerca le colocan un baúl o banco para que sirva de apoyo. Le abrigan, haciendo vestir con dos bayetas gruesas, tres anacos, y medias gruesas con el fin de que no ingrese el frío y se facilite el parto"[33]*

Muchas mujeres indígenas entrevistadas manifiestan que no les gusta usar las batas que se les proporcionan en las unidades de salud puesto que sienten que "se enfrían y pierden fuerza".

Además, en relación al tema del pudor de las usuarias, muchas mujeres han mencionado que las batas que se les proporcionan en los servicios de salud son abiertas por detrás

de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la investigación y autorización expresa de la persona responsable de la atención.

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

### f) Información



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

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

### g) Entrega de la placenta

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta, que en algunas comunidades se lo realiza "al igual que una persona".

En algunas comunidades aymaras incluso se la envuelve en ropa de varón si es niño, o en ropa de mujer si es niña, además se la acompaña con una serie de ofrendas a los espíritus ancestrales maternos: sebo, ají, sal, azúcar, coca y flores de rosa "para que la wawa sea de buen carácter"[37].

Si no se realizan estos ritos se piensa que hay peligro de que la placenta pueda causar alguna enfermedad a la madre o al recién nacido; "esto se inscribe en la lógica andina de que la placenta continúa siendo parte de la madre e influye en su estado"[38].

En algunas comunidades existe la creencia que si no se entierra la placenta, ésta puede regresar imbuida de los espíritus "encima de la mujer" y asustarle, hasta sofocarle, o también se cree que cuando el wawa ya es mayor "puede ser loco"[39], o "se le puede hacer la dentadura amarilla".[40] Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva y tomando en cuenta las normas de bioseguridad .

37 Ibíd., Pág. 76
38 Buitrón Myriam, Ídem.
39 Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita, Op. Cit., Pág. 76
40 Testimonios vertidos en el "1° Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto", Píllaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (mimeografiado)

**Gráfico N° 29** Marco conceptual Parto tradicionalmente adecuado
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

## Conclusiones

El extracto del manual para certificación de parteras converge de la siguiente forma:

- El Estado ecuatoriano es plurinacional e intercultural y reconoce y garantiza los derechos colectivos, entre los cuales se encuentran el derecho a preservar y desarrollar los sistemas tradicionales de salud.
- Los sistemas tradicionales de salud están plenamente vigentes en el país y cumplen un rol estratégico en la atención materno y neonatal.
- La definición del rol de las parteras apunta hacia la progresiva institucionalización de los sistemas tradicionales de salud, y la redefinición de los marcos institucionales de los servicios estatales de salud.
- El aseguramiento de los derechos fundamentales de la madre y el recién nacido requieren de un trabajo cooperativo y complementario entre los diferentes sistemas de salud.
- Fomentar los modelos interculturales permitirá tener un mayor grado de tolerancia, que prácticas ancestrales no se queden olvidadas y que sobre todo se mejore la atención en salud integral haca la mujer embarazada.

**Bibliografía**


- Abascal Fernández, Elena e Ildefonso Grande, Esteban. (2009). Fundamentos y Técnicas de Investigación Comercial. Madrid - España: Décima Edición ESIC EDITORIAL.
- Aguirre, Blacio. (2010). Derecho Ecuador la Normativa Tributaria. Quito : Revista Jurídica Derecho Ecuador.
- Alarcón M . (2012). Instrumentos y Técncias para medir la evasión . México: UNAM Universidad Autónoma de México.
- Andino Alarcón, M., Arias Urvina, D., Carrasco Vicuña, C. M., Carrillo Maldonado, P., Carpio Rivera, R., Chiliquinga Carvajal, D., y otros. (2012). Una Nueva Política Fiscal para el Buen Vivir. (N. M. R., Ed.) Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Andrade V, Rubén Darío. (2003). Legislación Económica del Ecuador (Séptima Edición ed.). Quito - Ecuador, Ecuador: Ediciones Abya Ayala.
- Andrade, Leonardo. (2001). EL ILÍCITO TRIBUTARIO . Quito - Ecuador: Editorial Corporación de Estudios y publicaciones.
- Andrade, Rubén Darío. (2003). Legislación Económica del Ecuador. Quito: Ediciones Abya Ayala .
- Antropología Cultural. (2014). Recuperado el 2017, de http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448146344.pdf
- Antropología Cultural, definición. (2016). Obtenido de http://www.mercaba.org/DicFI/A/antropologia_cultural.htm
- Armendáriz, Rubén . (2008). "Modelos interculturales de Salud" memorias del Primer Congreso Salud Intercultural de Ecuador, MSP, Coca, . Coca: Ministterio de Salud Pública.
- Armijos Gallardo, Jefferson . (2011). ANALISIS DE LA BRECHA FISCAL EN EL ECUADOR POR LA FALTA DE RECAUDACIÓN DE

INGRESOS TRIBUTARIOS. Quito: Universidad Nacional de Loja - Área Social, Jurídica y Adminstrativa Tributaria .

- Aromaterapia. (2016). Shamagazine. Recuperado el 2017, de shawellnessclinic.com/shamagazine/que-es-la-aromaterapia/
- Atencion intercultural del parto. (2014). Recuperado el 2017, de http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Parteria/Mexico2008.pdf
- Baeza, Cabezas María. (2011). Maternidad Indígenea en Colta un espacio de encuentros y tensiones. Quito Ecuador: Ediciones Abya Yala.
- Benavides Benalcazar, Merck . (2006). Teoría y Practica Tributaria en el Ecuador. Ibarra - Ecuador: Editorial Grafín 2da Edición.
- Benkemoun, Pierre. (2002). Tratado de Homeopatía. España : Editorial Paidotribo.
- Bérnal Torres, César Augusto. (2006). Metodología de la Investigación. Para Administración, Economía, Humanidades y Ciencias Sociales. (I. 970-26-0645-4, Ed.) México: PEARSON.
- Blacio Aguirre, Robert Paúl . (2015). El tributo en el Ecuador . Loja: Revista Jurídica Ambito Jurídico Universidad Particular de Loja www.ambitojuridico.com.
- Boaventura de Sousa Santos. (2016). Una epistemologia del sur para la refundacion del Estado en América Latina. Recuperado el 2018, de https://nowhereadventure.wordpress.com/2016/05/17/una-epistemologia-del-sur-para-una-refundacion-del-estado-en-america-latina-boaventura-de-sousa-santos/
- Bravo, Felicia. (2011). Los valores perosnales no alcanzan para explicar la conciencia tributaria. CIAT Revista de Adminstración Tributaria, 1.
- Bustos, M. (2015). El rol de las parteras en la medicina tradicional ancestral indígena. (J. Jácome, Entrevistador)

- Cárdenas Rosero, Carla Maribel y Cachiguango Quinaluisa, Soraya Elizabeth . (2011). IMPACTO Y ACOGIDA DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO POR EL EQUIPO DE PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO. 2012: Universidad Técnica del Norte.
- Centro Nacional de Medicina Complementaria. (2014). cam basics. Recuperado el 2017, de https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf
- CEPAL. (2010). Evasión y equidad en América Latina. Santiago.
- CEPAL. (2016). Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2016. Santiago.
- CIAT. (2005). "EL ROL DE LA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA EN LA SOCIEDAD". Obtenido de CIAT: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjXyuH_5ZLQAhWD2yYKHcVUDJoQFggZMAA&url=http%3A%2F%2Fwebdms.ciat.org%2Faction.php%3Fkt_path_info%3Dktcore.actions.document.view%26fDocumentId%3D20&usg=AFQjCNFeNGUKYIS9dd7Fjue1MA8Z
- Código Civil. (2010). Quito Ecuador: Publicaciones Legales .
- Código de la Niñez y Adolescencia. (2010). Quito Ecuador: Publicaciones Legales.
- Código Tributario. (1999). Código Tributario Legislación Conexa , Concordancias. Quito - Ecuador: Corporación de Estudio y Publicaciones.
- CONAMUNE, E. O. (2012). Rol de las Parteras.
- Constitución del Ecuador. (2008). Quito: Ediciones - Legales.
- Cubero Morejon, Tamara Gabriela . (2011). La ansiedad materna y sus efectos previa labor de parto de madres primigestas del área de ginecología

del hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo enero junio 2011. Ambato: Universidad Técncia de Ambato.

- Cultura. (2013). La salud de los pueblos indígenas. Recuperado el 2017, de Organizaicón Panamericana de la salud: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf
- Damian, Peter . (2006). Aromaterapai El olor y la psique. México: Editorial Lasser Press Mexicana.
- Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (1948). Recuperado el 2017, de http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
- Del Carpio Ancaya, Lucy. (2010). Importancia de la atención con adecuación intecultural en los servicios de salud. Obtenido de http://bvsper.paho.org/videosdigitales/matedu/20101222_intercultural_atencion_salud_lcarpio.pdf
- Derechos de la Mujer embarazada. (2005). NORMA TECNICA PARA LA ATENCION DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL. 2005. MINSA-PERU-.
- Derechos Humanos Definición. (2015). Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado. Recuperado el 2016, de http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx
- Derechos vulnerados durante el embarazo. (2011). Derechos de la mujer en el parto. Recuperado el 2017, de http://consorciooaxaca.org.mx/derechos-de-las-mujeres-y-bebes-en-el-parto-y-nacimiento/
- Diccionario Básico Tributario Contable . (2015). Servicio de Impuestos Internos. Recuperado el 2016, de http://www.sii.cl/diccionario_tributario/dicc_i.htm

- Diccionario Jurídico. (2004). Universidad Autónoma de Encarnación. Recuperado el 2016, de www.unae.edu.py
- Dupuy, Julien. (2012). Análisis Económico Financiero. Bolivia: Plurinacional Bolivia.
- El Telégrafo. (06 de junio de 2016). http://www.eltelegrafo.com.ec. Obtenido de http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/politica/2/ecuador-pierde-entre-usd-300-y-usd-400-millones-anuales-por-evasion-fiscal
- Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN). (2004). Situación de los pueblos indígenas en el Ecuador. Recuperado el 2017, de www.redaccionmedica.ec/.
- Etnicidad. (2012). Revista Global. Recuperado el 2017, de http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/fichero.php?colNombre=Terminos&col_ids_Ejes_Tematicos=6&entidad=Terminos&id=574
- Eyssautier De La Mora, Maurice. (2002). Metodologìa de la Investigaciòn (Cuarta ediciòn ed.). Mèxico: Copyright.
- Félix de Luis y Uría, Francisco. (2006). El sistema fiscal español y las entidades y operaciones financieras. Madrid: Editorial LA LEY.
- Fernández Arufe, Josefa . (2006). Principios de Política Económica. España: Publicaciones DELTA.
- Figueroa, Sandra. (2014). Introducción a la Salud Pública. Costa Rica: Universidad San Carlos.
- Figueroa, Sandra. (2016). Introducción a la Salud Púbblica. Universidad San Carlos.
- Gallego, C. F. (2004). Cálculo del tamaño de la muestra. Matronas profesión.
- García Jorda, Daylis . (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. Recuperado el 2017,

de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007

- García Vizcaíno, Catalina . (1999). Derecho tributario. Buenos Aires: Editorial Depalma.
- García, Ericka; Guillén, Dulce María y Acevedo, Margarita. (2010). Humanismo durante la atención de trabajo de parto. México: Revista CONAMED.
- Gelles Richard y Levine, Ann. (2010). Sociología. México: Mc. Graw Hill - Interamericana Editores S.A de C.V.
- Gonzáles de Velasco, Pedro. (2006). Tratado práctico de partos. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Gonzáles, Daniel y Corral, Jorge. (2012). Definicion del Rol de las parteras en el Sisitema Nacional de Salud del Ecuador. Quito - Ecuador: Consultores del Center for Human Services.
- Grupo Focal Parteras de Chumborazo. (2012). El parto tradicionanla ancestral. Chimborazo.
- Herrera E. Luís y otros. (2004). TUTORIA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. Quito: DIEMERINO EDITORES.
- Herrera E. Luís; Medina F. Arnaldo; Naranjo L. Galo. (2007). TUTORIA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. Quito: DIEMERINO EDITORES.
- Huarachi Revollo, Gualberto . (2011). Estimación del potencial tributario. Cuenca: Universidad de Bolivia.
- INEC. (2010). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de www.inec.gob..ec
- Interculturalidad. (2014). Recuperado el 2017, de http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/fichero.php?colNombre=Terminos&col_ids_Ejes_Tematicos=6&entidad=Terminos&id=574

- Itchart, Laura y Donati Juan Ignacio. (26 de febrero de 2014). Universidad Nacional Arturo Jauretche. Recuperado el 2017, de www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2017/02/Practicas_culturales_2014.pdf
- Jambi Huas – Relacahupan-Ecuador. (2011). Inauguración de una sala de parto intercultural - Otavalo. Imbabura: Relacahupan Ecuador.
- Jarach, Dino. (2003). "Finanzas Pública y Derecho Tributario". Buenos Aires: Tercera Edición. Edición Abeledo-Perrot.
- Jiménez, J. P. (2010). Evasión y equidad en América Latina. CEPAL.
- Kloss, Jethro. (2000). Regreso al Eden. California: Back Learnig S.A.
- la Ley de Creación del Fondo de Vialidad para la Provincia de Loja, FONDVIAL,. (1998). Transferencia de dominio.
- Loor Mera, Ángel . (2003). Manual del Derecho Penal Tributario . Quito: Universidad San Francisco de Quito USFQ.
- Los ritos y lo sagrado - antropología. (2012). Recuperado el 2017, de http://antropologia.idoneos.com/los_ritos_y_lo_sagrado/
- Mapa Estratégico 2009-2013 parto intercultural. (2008). MSP- Dirección Nacional de Normatización del SNS . Quito,: 2da. Edición Subproceso de Medicina Intercultural (DNSI). .
- Martínez Gómez, J. (2010 ). En torno a la Axiología y los valores. España.
- Martínez Novo, Carmen. (10 de julio de 2007). ANTROPOLOGÍA INDIGENISTA EN EL ECUADOR DESDE LA DÉCADA DE 1970: COMPROMISOS POLÍTICOS, RELIGIOSOS Y TECNOCRÁTICOS. Recuperado el julio de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252007000100011
- Medicina ancestral sabiduría que no desaparecerá. (julio de 2016). Diario El Telegráfo. Recuperado el 2017, de www.eltelegrafo.com.ec

- Medicina ancestral y terapias complementarias: avanzando hacia una mirada integral. (2014). Secretaría del Buen Vivir. Recuperado el 2017, de http://www.secretariabuenvivir.gob.ec/medicina-ancestral-y-terapias-complementarias-avanzando-hacia-una-mirada-integral/
- Medicina Andina. (2014). Obtenido de La Medicina Andina basa sus métodos de sanación en la diferencia de las energías, pues existen tres tipos que son: Janan Pacha (energía cósmica), Kai Pacha (vibración de la Pachamama), Ucu Pacha (minerales de la tierra). Estas energías son polaridades y f
- Méndez Rodríguez, Alejandro y Astudillo Moya Marcela. (2008). La Investigación en la era de la Información. Guía para realizar la Bibiografía y Fichas de Trabajo. México: Editorial Trillas.
- Metroecuador. (06 de Abril de 2016). www.metroecuador.com.ec. Obtenido de Venta de vehículos en el Ecuador: https://www.metroecuador.com.ec/ec/noticias/2016/04/06/ventas-sector-automotriz-ecuador-contrapicada-segun-cifras.html
- Ministerio de Finanzas . (2016). Presupuesto General del Estado. Quito: http://www.finanzas.gob.ec/el-presupuesto-general-del-estado/.
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2015). Parto respetuoso en libre posición y con pertinencia cultural. Recuperado el 2017, de http://www.salud.gob.ec/parto-respetuoso-en-libre-posicion-y-con-pertinencia-intercultural/
- Morales Quiroz, José Adolfo . (1984). Delitos en la Legislación Tributaria. Quito: Editorial Corporación Editora Nacional Quito.
- Moya, Alba. (2000). “Ethnos”. México: UNAM.
- Muenala, Mercedes. (2009). Subproceso de Salud Intercultural de Imbabura. Imbabura.

- Núcleo Familiar, Definición. (2015). EUSTAT DEFINICIONES. Recuperado el 2016, de http://www.eustat.eus/documentos/elem_1468/definicion.html
- OMS. (2014). Estrategias del nuevo milenio para la Medicina Tradicional y Medicina Complementaria y Alternativa. Recuperado el 15 de junio de 2017, de www.oms.com
- OMS. (2016). bebes en camino. Recuperado el 2016, de http://bebesencamino.com/articles/parto-humanizado-que-recomienda-la-oms
- Ortiz Blanco, Adriana Mercedes; Rodríguez López, María del Carmen. (2014). Sociedad y Ambiente. Recuperado el 2017, de Prácticas culturales y medio natural. Una reflexión necesaria en comunidades antiguas: http://www.redalyc.org/pdf/4557/455745078004.pdf
- Ordesa Salud. (2014). Recuperado el 2017, de http://www.ordesa.es/
- Parto Intercultural. (2008). Obtenido de www.msp.gob
- Parto Intercultural. (2008). GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO. QUITO: Ministerio de Salud Pública.
- Parto, definicion. (2016). Revista Salud Familiar. Recuperado el 2017, de www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/
- Pazmiño Carvajal, Amanda Cecilia. (2010). La adecuada preparación físcia en las mujeres embarzadas en los partos normales en la parroquia Atahualpa del cantón Ambato provincia del Tugurahua en el año 2009 - 2010. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- PEÑA VILLAMIL. Editora Liticolor. Asunción, 1995. p. 63. (s.f.). , Manuel. “Derecho Tributario”. Tomo II.
- Plan del Buen Vivir 2013 - 2017. (2013). Secretaria Nacional de Planificación. Recuperado el 2017, de http://www.buenvivir.gob.ec/

- Plantas medicinales. (2016). Diario La Hora. Recuperado el 2017, de lahora.com.ec/noticia/1102003822/la-plantas--medicinales-tienen-sus--e28098poderese28099-ancestrales
- Quiceno, Claudia. (2003). Antropología y Mujer. España.
- Ramírez, G. (2012). Parto y Nacimeinto Humanizado como derecho Humano. Un desafío para la transformación Social. Venezuela: Defensoría del Pueblo.
- Recomendaciones parto humanizado. (2012). Recuperado el 2016, de http://www.barcelonabirth.net/sego/
- Ritos. (2014). Patrimonio intangible. Recuperado el 2017, de http://www.ilam.org/index.php/es/programas/ilam-patrimonio/patrimonio-intangible/rituales-y-celebraciones
- Rivadeneira, Ramiro. (2008). La ancestralidad del territorio y el derecho de participación. Quito - Ecuador.
- Rojas, A. (2010). La Inteculturidad de los pueblos. Colombia, Ecuador, Chile, Venezuela: Flacso.
- Servicio de Rentas Internas. (2012). Plan Estratégico 2012-2015. Quito: DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN.
- Solórzano, Leónidas. (2012). La cultura tributaria un instrumento para combatir la evasión tributaria. Perú: BIBLIOTECA VIRTUAL.
- Terapias biológicas. (2016). Recuperado el 2017, de http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/04/07/oncodudasypreguntas/1112860698.html
- Tipos de parto. (2015). sanita.es. Recuperado el 2016, de http://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf
- Toaquiza Changoluisa, Alexandra. (2015). Conocimiento y prácticas sobre el parto-puerperio en las arteras emíricas y su influencia en las

complicaciones obstétricas en las comuidades rurales del cantón Salcedo. Ambato - Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.

- Toaquiza Changoluisa, Alexandra Isable. (2015). ―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‖. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Trabajo de parto. (2014). Anestesia Revista web. Recuperado el 2017, de http://anestesiadexeus.com/pacientes/paciente-embarazada-la-anestesia-en-el-parto/caracteristicas-del-parto/
- UNESCO. «Andean cosmovision of the Kallawaya». (2017). UNESCO. «Andean cosmovision of the Kallawaya». Consultado el 2017. Recuperado el 2017, de s.wikipedia.org/wiki/Medicina_tradicional_andina
- Unidos por los Derechos Humanos . (2008). Recuperado el 2017, de http://es.humanrights.com/about-us/what-is-united-for-human-rights.html
- Unicef. (2006). Medicina occidental y tradicional, encuentro inédito en torno al parto tradicional. Quito , Ecuador: Unicef Ecuador.
- UNICEF. (2010). Unicef - Ecuador. Recuperado el 2017, de www.unicef.org/ecuador/health_nutrition_16853.htm
- Violencia obstétrica . (2012). UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL HUMANZIADA A LA MUJER. Recuperado el 2017, de www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion21102016/PARTO-HUMANIZADO.pdf
- Vithoulkos, George . (2006). Homeopatía visión integal de salud. México: Editorial Paidós.
- Xiaorui Zhang . (2010). Medicina Tradicional Definiciones - Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 2017, de http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/

- Zimmer, Sergio . (2015). Parto Humanizado. Recuperado el 2016, de http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=5910

# ANEXOS

**Anexo 1**

**Mapa del Cantón Salcedo**



## Anexo 2

**Ficha de Observación**

| UNIVERSIDAD TÉCNCIA DE AMBATO<br>FACULTAD DE<br>MAESTRIA EN ANTROPOLOGÍA<br>PARTO HUMANIZADO Y MEDICINA ANCESTRAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Objetivo:** Analizar el nivel de información que las áreas de salud ofrecen sobre parto humanizado y parto intercultural.<br><br>**Dirigido a:** Personal médico de Panzaleo | | | | |
| **No** | **Categorías** | **Siempre** | **Casi siempre** | **Nunca** |
| 1 | Se informa del parto humanizado | | | |
| 2 | Se respeta creencias y tradiciones por médicos del Sistema de Salud del Ecuador | | | |
| 3 | El paciente tiene confianza de informar la atención recibida por la partera | | | |
| 4 | Se informa ventajas y desventajas del parto horizontal | | | |
| 5 | Se informa ventajas y desventajas del parto vertical | | | |
| 6 | Se informa sobre el reconocimiento de las parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador | | | |
| 7 | Se informa sobre el nivel de acompañamiento que puede tener al momento del parto | | | |
| 8 | Se permite presencia intercultural de la partera al momento del parto | | | |
| 9 | Están adecuados los servicios obstétricos a las necesidades culturales de las localidades rurales de Salcedo | | | |
| 10 | Se reconoce el parto culturalmente adecuado | | | |

**Cuadro N° 8** Ficha de Observación
**Elaborado por:** Lic. Malisa López, Bettsi Adriana

**Anexo 3**

**UNIVERSIDAD TÉCNCIA DE AMBATO**

**FACULTAD DE**

**MAESTRIA EN ANTROPOLOGÍA**

**PARTO HUMANIZADO Y MEDICINA ANCESTRAL**

**Encuesta dirigida a las mujeres y parteras de las áreas rurales de Salcedo**

1.- ¿Ha sido informada sobre los elementos, características y derechos que Ud., tiene para acceder a un parto humanizado?

Nivel de información sobre el parto humanizado

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Sí | | |
| 2 | No | | |
| **Total** | | | |

2.- ¿Tiene información de lo que comprende la atención de la salud materna culturalmente adecuada?

Salud materna culturalmente adecuada

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Sí | | |
| 2 | No | | |
| **Total** | | | |

3.- ¿En el centro de salud al que acude se acepta la vinculación con la medicina tradicional ancestral?

Medicina tradicional ancestral

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Sí | | |
| 2 | No | | |
| **Total** | | | |

4.- ¿Considera que se toma en consideración la interculturalidad del parto?

Interculturalidad en el parto

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | Si | | |
| | No | | |
| **Total** | | | |

5.- ¿Se le ha informado que puede contar con la asistencia de una partera legalizada por Ministerio de Salud Pública?

Parteras reconocidas por el Ministerio de Salud Pública

| N° | CATEGORÍAS | FRECUENCIA OBSERVADA | % |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| **Total** | | | |

## CENTRO DE SALUD DE SALCEDO

