



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



**“PERCEPCIONES Y NIVELES DE SATISFACCIÓN RESPECTO AL PARTO
CULTURALMENTE ADECUADO EN LAS PARTURIENTAS QUE SON
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RAÚL MALDONADO MEJÍA DURANTE
LOS MESES DE MAYO Y JUNIO DEL 2012”.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA
CIRUJANA**

VERÓNICA DANIELA VILLA ROMERO.

GLORIA ELIZABETH VINUEZA SIERRA.

DIRECTOR:

DR. ANTONIO CRESPO

ASESOR METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN:

DR. MILTON GROSS

QUITO - ECUADOR 2012

AGRADECIMIENTOS:

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas en la dirección y asesoramiento de este trabajo de investigación, queremos agradecerles por sus consejos, apoyo y correcciones.

Al hospital Raúl Maldonado Mejía y sus autoridades, que permitieron que esta investigación sea posible, así también a todas las mujeres que participaron en la misma durante la recolección de datos.

A la PUCE, que gracias a su excelencia académica y sus esfuerzos para formar profesionales exitosos nos ha brindado la mejor oportunidad para nuestra formación profesional.

Personalmente yo, Verónica Daniela Villa Romero quiero agradecer y a la vez dedicar este trabajo a mis Padres, Jorge Villa y Silvia Romero, a quienes debo este triunfo profesional, por sus esfuerzos, su trabajo, su dedicación y su ejemplo que me ha llevado a consagrarme como persona integral tanto en el ámbito personal como en el profesional. Para ustedes es todo mi agradecimiento y este triunfo profesional.

Para mis hermanos, Juan Fernando y Karina, quienes son un modelo constante en mi vida de los logros que tengo que alcanzar y superar, a pesar de la distancia los llevo siempre en mi corazón, en mis pensamientos y en cada acción de mi vida.

A mi esposo, Iván Hidrovo, gracias por entender y saber sobrellevar juntos esta ardua carrera.

Personalmente yo, Gloria Elizabeth Vinueza Sierra agradezco y dedico este triunfo, en primer lugar a Dios quien es mi fortaleza y la razón para ser mejor en esta vida.

A mis padres, Vinicio Vinueza y Gloria Sierra, quienes han sido y son mi ejemplo tanto en el aspecto personal como en el profesional, y han permitido con su esfuerzo y trabajo que pueda lograr este triunfo, gracias por su ayuda siempre incondicional.

Finalmente a mi esposo, Jeffrey Powell, y a mi hija, Emily, quienes son mi impulso y apoyo, gracias por haber compartido juntos todas las dificultades y alegrías que se han presentado en este camino. Los amo mucho.

ÍNDICE:

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1.1	LOCALIZACIÓN DE LA ZONA DE ESTUDIO	1
1.1.1	ASPECTOS GEOGRÁFICOS	1
1.1.2	ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS	4
1.1.3	SALUD	6
1.1.4	RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS DEL HOSPITAL RAÚL MALDONADO MEJÍA	7
1.2	LA ETNOHISTORIA DEL CANTON CAYAMBE	13
1.3	FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DEL PARTO CULTURAL	14
1.3.1	SITUACIÓN HISTÓRICA DEL PARTO VERTICAL EN CENTRO Y SUD AMERICA	15
1.3.2	SITUACIÓN HISTÓRICA DEL PARTO VERTICAL EN EL ECUADOR	19
1.4	SALUD INTERCULTURAL Y ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO	21
1.4.1	EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO	24
1.5	COSMOVISIÓN ANDINA	25

1.5.1 EL PRINCIPIO DE RELACIONALIDAD	26
1.5.2 EL PRINCIPIO DE CORRESPONDENCIA	27
1.5.3 EL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD	28
1.5.4 EL PRINCIPIO DE RECIPROCIDAD	29
1.6 EL PARTO DESDE LA COSMOVISIÓN ANDINA	29
1.6.1 DESARROLLO DEL EMBARAZO DESDE LA COSMOVISIÓN ANDINA	31
1.6.2 NORMAS Y TABUES ANDINOS EN RELACIÓN AL EMBARAZO Y EL PARTO	32
1.6.3 RITUALES ANDINOS DEL CORDÓN Y LA PLACENTA	33
1.6.4 PUERPERIO SEGÚN LA COSMOVISIÓN ANDINA	36
1.7 EL PARTO CULTURAL EN EL ECUADOR	38
1.8 LA PARTERA COMO AGENTE DE SALUD EN LA MEDICINA ABORIGEN	43
1.8.1 ENTREVISTA PERSONAL CON PARTERA DEL CANTÓN CAYAMBE	45
1.9 EL PARTO CONVENCIONAL Y SUS ESTADÍOS	47
1.9.1 DEFINICIÓN DEL PARTO	47
1.9.2 PRIMER ESTADIO DEL PARTO	48
1.9.3 SEGUNDO ESTADÍO DEL PARTO	48

1.9.4	TERCER ESTADÍO DEL PARTO	49
1.10	ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO	50
1.11	SITUACIÓN ACTUAL DEL PARTO VERTICAL EN EL MUNDO	57
1.12	FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DEL PARTO VERTICAL	58
1.12.1	VENTAJAS DE LA POSICIÓN VERTICAL DURANTE EL PARTO	60
1.13	ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL	64
1.14	MARCO LEGAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL ECUADOR	67
1.14.1	ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL ECUADOR	69
1.14.2	EXPERIENCIA EN OTRAS ÁREAS DEL ECUADOR	71
1.14.3	PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL CANTÓN CAYAMBE	75
CAPITULO II		
METODOLOGÍA		
2.1	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	82
2.2	MÉTODOS	82
2.2.1	INVESTIGACIÓN	82
2.2.1.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	82
2.2.1.2	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	82

2.2.1.3 TIPO DE ESTUDIO	83
2.2.1.4 MUESTRA	83
2.2.2 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	83
2.2.3 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	86
2.2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	86
2.2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	87
2.2.3.3 ENCUESTA	87
2.2.4 ANÁLISIS DE DATOS	90
2.2.5 CRITERIOS ÉTICOS	90
CAPITULO III	
RESULTADOS	
3.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	92
3.1.1 TAMAÑO MUESTRAL	92
3.1.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	92
CAPITULO IV	
DISCUSIÓN	126
CAPITULO V	
CONCLUSIONES	128
CAPITULO VI	
RECOMENDACIONES	130

CAPITULO VII

ANEXOS Y BIBLIOGRAFÍA

7.1	ANEXOS	131
7.2	BIBLIOGRAFÍA	132

RESUMEN:

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de las mujeres, tanto en los aspectos emocional, social y reproductivo. Por esta razón existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y otras prácticas culturales alrededor del embarazo y el parto en los diferentes grupos humanos.

La atención del parto culturalmente adecuado involucra la atención de la madre y del recién nacido y pretende incorporar en su práctica, un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas y afroecuatorianos a la atención institucional del parto, así como a otras demandas provenientes de diversos movimientos sociales que demandan la atención del parto humanizado¹.

Como se define en la “Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado”, inicialmente los esfuerzos de mejoramiento de la calidad de la atención del parto, se enfocaron en aspectos clínicos, para dar paso desde finales del 2003 a la adecuación de los servicios obstétricos, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales.

El manejo de la labor de parto y el parto en el Hospital “Raúl Maldonado Mejía” se caracteriza por permitir a las usuarias ejercer preferencias personales, tales como: escoger la posición más cómoda para su parto, tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto, llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido como por ejemplo: mantenerse arropada con su propio vestuario, contar con una luz tenue y temperatura cálida, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales.

OBJETIVO:

Identificar las percepciones positivas o negativas y el nivel de satisfacción que existen alrededor del parto culturalmente adecuado en las mujeres de Cayambe que han sido atendidas durante su labor de parto y parto en el Hospital "Raúl Maldonado Mejía".

DISEÑO:

Este es un estudio Analítico, Exploratorio, Descriptivo, Prospectivo, de corte Transversal.

LUGAR Y SUJETOS:

La muestra de este estudio es el universo de pacientes que corresponde a 40 mujeres que fueron atendidas durante la labor de parto y el parto en los meses de Mayo y Junio del 2012, en el Hospital "Raúl Maldonado Mejía" de Cayambe, Ecuador.

MEDICIONES PRINCIPALES:

Grupo cultural, Nivel de Instrucción, Ocupación, Procedencia, Antecedentes Obstétricos, Posición del parto, Acompañamiento, Vestimenta, Alimentación, Manejo de la placenta, Ambiente y Atención por el personal de salud

INTRODUCCIÓN:

La Constitución de 1998 reconoce a nuestro país como multiétnico y pluricultural, acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional, garantiza también el desarrollo de otras prácticas relacionadas con la medicina alternativa para la atención de la salud de la población, por ésta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional².

El artículo N 44 de la Constitución Política de la República del año 2008, manda que: “El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y proveerá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley”³.

Además, en la escala de todos los valores humanos el nacimiento de un hijo raya muy alto, por lo que las tradiciones que se relacionan con el embarazo y el parto bien pueden ser de las más difíciles en desaparecer; no solo porque incorporan las creencias y conceptos fundamentales de la cultura, sino también porque son creadas y mantenidas por los seres más tradicionalistas de toda la humanidad: las mujeres⁴.

Es por esto que la atención del parto culturalmente adecuado involucra la atención de la madre y del recién nacido y pretende incorporar en su práctica, no solo las características clásicas de atención en libre posición sino también un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas y afroecuatorianos a la atención institucional del parto, así como a otras demandas provenientes de diversos movimientos sociales que demandan la atención del parto humanizado¹.

El manejo del parto en el Hospital “Raúl Maldonado Mejía” se caracteriza por permitir a las usuarias ejercer preferencias personales, tales como: escoger la

posición más cómoda para su parto, la posibilidad de tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el nacimiento, llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido como por ejemplo: el mantenerse arropada con su propio vestuario durante ésta etapa, el contar con una luz tenue y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales para la madre.

Estudios de la OMS (WHO, 1996), sustentan con evidencia científica las ventajas del parto vertical para la parturienta y el bebé, por todo esto es importante valorar los aspectos positivos y negativos de la integración de las prácticas culturales en el sistema convencional de salud, con el objetivo de mejorar la atención durante el parto y así promocionarla en todo el país.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 LOCALIZACIÓN DE LA ZONA DE ESTUDIO

1.1.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

El cantón de San Pedro de Cayambe toma su nombre del imponente volcán Cayambe, siempre cubierto de nieve, que es la tercera montaña más alta del Ecuador y que emerge en el vértice oriental del valle y cierra el acceso al Amazonas. El cantón se asienta a uno y otro lado del Ecuador, que alcanza su punto más elevado del mundo en los 4600 metros de los picos meridionales del monte Cayambe.

El Cantón Cayambe está ubicado al nororiente de la provincia de Pichincha, en plena región andina, hacia la parte norte del territorio ecuatoriano, no muy lejos de la frontera de Colombia, y al Este del Océano Pacífico, forma parte de la hoya de Guayllabamba, en el valle con el nombre del nevado Cayambe (5790 m), donde termina la Cordillera Oriental o Real, este se ubica en la esquina noreste de la provincia en la intersección de la Línea Equinoccial con el meridiano 78° de latitud occidental de Greenwich.

El cantón Cayambe cubre un terreno de 1350 kilómetros cuadrados y asciende en una serie de nichos ecológicos desde 2400 metros sobre el nivel del mar en el valle del río Pisque hasta 5790 metros en la cumbre del pico volcánico cubierto de nieve. Los cálidos valles subtropicales de los ríos Guayllabamba y Pisque permiten la producción de fruta, azúcar de caña y café. Los valles húmedos producen en la actualidad leche y flores. En el rico suelo volcánico de altitudes más elevadas se producen maíz, papas, quinua, trigo, cebada, frijoles y otros cereales. Finalmente, el páramo, una altiplanicie fría y azotada por los vientos, de características semejantes a la tundra, a

más de 3500 metros, se reserva para pasto del ganado, ovejas y cerdos, y para caza y acopio de leña⁵.

Altura sobre el nivel del mar: Cayambe 2815 m, Cangahua 3159 m, Olmedo 3097 m, Juan Montalvo 2885 m, Oton 2725 m, Ascazubi 2607 m, Ayora 2356 m.

El límite norte del Cantón Cayambe está formado por el nudo de Mojanda, un cerco de montañas de mediana altura, que une a las dos grandes cadenas de la Cordillera de los Andes: La Oriental y la Occidental, en medio de ellas se observan valles y mesetas de la zona interandina, con un ancho promedio de 50 Km. Otras elevaciones que destacan son el cerro de Cusin, cerca del paramo de Pesillo; y las lomas de Puntiachil y Cruz Loma junto a la ciudad que servían para observatorios de los Incas.

HIDROGRAFÍA

Está integrada con la orografía de la zona, al norte está el río La Chimba, que nace de las estribaciones al norte del Cayambe, pasa cerca de Olmedo y se une con el río San José cuyo curso lleva su caudal al río Ayora y con otros afluentes forman el río Granobles, que recibe las aguas del río Blanco que baña el norte de la ciudad de Cayambe. Al sur circula el río Cariacu que recibe aguas del río Puntas y el Chita-Chaca que nace del flanco sur del Cayambe; se unen y forman el río Guachala, que se une con el Granobles y forman el río Pisque, un afluente del río Guayllabamba.

CLIMA

El Cantón Cayambe se ubica sobre la línea ecuatorial (latitud 0°00') tanto en la zona del valle interandina como en la estribación de la cordillera oriental cubre zonas desde los 2.600 msnm hasta los 5.790 mnsn a la altura del volcán Cayambe por eso cuenta con diferentes pisos ecológicos así como

variación de temperatura importantes (12-24°) en la zona del valle, y 3-6° en las zonas altas al igual que en toda región ecuatorial. El cantón registra una humedad relativa cercana al 80%. El nivel de pluviosidad en la ciudad de Cayambe es de 817 mm anuales en promedio, en la zona nororiental y suroriental existen niveles de pluviosidad entre 771 (Pesillo) y 875 mm (Chaupi), en la zona de Cajas registra un nivel más alto de 1520 mm.

El clima de la zona es de tipo mesotérmico (templado) semihumedo/seco en la mayoría de su extensión. Pero en el nevado Cayambe por su elevación y por estar cubierto de hielo, el clima de paramo es el que predomina.

URBANIZACIÓN

El cantón Cayambe posee ocho parroquias que se dividen de la siguiente manera:

3 Parroquias Urbanas: Cayambe, Ayora, Juan Montalvo.

5 Parroquias Rurales: Ascazubí, Cangahua, Otón, Santa Rosa de Cusubamba, Olmedo.

El 57,95% de la población se encuentra en el área urbana y 42,05% en el área rural.

Gráfico 1. MAPA DEL CANTÓN CAYAMBE Y SUS PARROQUIAS



Cayambe es una zona donde las tasas de crecimiento poblacional y las migraciones netas han aumentado considerablemente en estos años.

1.1.2 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el VI Censo de Población y V de Vivienda, realizado en el año 2001, indicó que la población de Cayambe representaba el 2,9% del total de la Provincia de Pichincha; creció en el período intercensal 1990- 2001, a un ritmo del 3,6 % promedio anual.

Con una población total de 69.800 habitantes, de los que 35.565 (que representa el 50.95%) son mujeres y 34.235 (que representa el 49.04%) son hombres.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN CAYAMBE, SEGÚN PARROQUIAS			
PARROQUIAS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	69.800	34.235	35.565
CAYAMBE (URBANO)	30.473	14.978	15.495
ÁREA RURAL	39.327	19.257	20.070
PERIFERIA	10.012	4.967	5.045
ASCÁZUBI	3.756	1.915	1.841
CANGAHUA	13.508	6.555	6.953
OLMEDO (PESILLO)	6.439	3.021	3.418
OTÓN	2.125	1.071	1.054
SANTA ROSA DE CUZUBAMBA	3.487	1.728	1.759

POBLACIÓN DEL CANTÓN CAYAMBE CENSO 2001			
ÁREAS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	69.800	34.235	35.565
URBANA	30.473	14.978	15.495
RURAL	39.327	19.257	20.070

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del 2010, el Cantón Cayambe cuenta con una población total de 85.795 habitantes, de los cuales 43. 828 son mujeres (que representa el 51.8%) y 41.967 son hombres (que representa el 48.91%).

La población proyectada para el año 2012 a nivel cantonal es de 94.897 habitantes.

AÑO	PROYECCIÓN POBLACIONAL
2008	84458Hab.*
2010	89525 Hab.
2012	94.897 Hab.
2014	100.590Hab.

CANTON CAYAMBE: PROYECCIÓN POBLACIONAL

* El cálculo de proyección de crecimiento poblacional parte del reporte de población y aplicado la tasa de crecimiento poblacional de la Agenda 21 del Equipo Municipal.

En esta región predomina la población de raza indígena, quienes vivían pacíficamente cultivando los campos o cuidando ganado vacuno y ovino. En la actualidad la vida de muchos habitantes ha tenido un cambio brusco, debido al gran desarrollo económico de la región, sobre todo a partir de las floricultoras las cuales son una fuente importante de empleo. Así como han aumentado las fuentes de trabajo, también lo han hecho el índice de violencia y la criminalidad; de igual forma la explotación en el trabajo, los despidos intempestivos, los sueldos cada vez están en mayor desacuerdo con el desarrollo de la zona y son menos los beneficios de la ley, sobre todo, para aquellos extranjeros indocumentados o con documentos ilegales y para las personas más pobres a quienes les obliga la necesidad, abandonando sus propios hogares, sus hijos, y trabajando de sol a sol para mantener a su familia.

1.1.3 SALUD

En el anuario de 1995 del INEC se registran 2'181.315 habitantes en la provincia de Pichincha, en la cual hay 4.493 médicos, 442 odontólogos, 1.982 enfermeras, 160 obstétricas y 3.034 auxiliares de enfermería.

En el cantón Cayambe existen 22 establecimientos de salud, el Centro de Salud y Hospital Cantonal Raúl Maldonado Mejía y dos Clínicas particulares con capacidad de internación, 8 subcentros de salud: Pesillo, Ayora, Cangahua, Espiga de Oro, Oton, Cuzubamba, Juan Montalvo (no está en funcionamiento), Ascazubi (debido a la cercanía está a cargo de Yaruqui) y 11 dispensarios médicos del IESS: el dispensario central en Cayambe y los demás de comunidades campesinas: Pesillo, El Chaupi, Convalecencia, Paquiestancia, Pasquel, Guachala, San Antonio, Carrera, San Vicente Alto, Santa Clara.

Según datos proporcionados por la Licda. Matilde Farinango, ex directora del Hospital Raúl Maldonado Mejía, durante el año del 2010 al 2011, el hospital presto una cobertura de atención del parto a 824 mujeres que correspondían al 34% del total de pacientes atendidos en ese año; de estos partos, 724 (87.8%) fueron cefalovaginales y 100 (12.3%) fueron cesáreas. Además indica que las mujeres embarazadas que acudieron al hospital, tuvieron por lo menos 1 control prenatal. Indica que la meta del hospital para el 2013, es disminuir al 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, aumentar al 70% la cobertura del parto institucional y disminuir al 25% el embarazo en adolescentes.

1.1.4 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS DEL HOSPITAL RAÚL MALDONADO MEJÍA

El Hospital Cantonal tiene su nombre por el Ministerio de Salud del año de construcción, un ciudadano Cayambeño, el Doctor Raúl Maldonado Mejía. Este establecimiento pertenece al Ministerio de Salud, es la Jefatura del Área 12 de la Provincia de Pichincha. En sus instalaciones funciona el Centro de Salud y es el lugar con mayor capacidad de atención médica y de hospitalización en toda el área.

Antiguamente funcionaba en el edificio del Colegio Mariana de Jesús entre las calles Sucre y Terán, luego se traslado al sector del rio Blanco con el nombre de Hospital San José. El nuevo edificio se inaugura en la Av. Manuel Cordova Galarza y Rocafuerte el 10 de septiembre de 1974.

ÁREA FÍSICA DEL HOSPITAL

El Hospital Raúl Maldonado Mejía posee las siguientes áreas y servicios para la atención a la población de Cayambe.

CANTIDAD		CAMAS
1	Laboratorio	
1	Farmacia	
1	Dirección del Área 12	
1	Baño para el personal administrativo	
1	Secretaria	
1	Departamento de estadística	
1	Jefatura de enfermería	
1	Departamento administrativo	
1	Consultorio para ECO y EKG	1
1	Servicio de Rx	1
1	Emergencia	7
1	Área de preparación	1
1	Consultorio de Gineco Obstetricia	2
2	Consultorios de Pediatría	2
1	Consultorio para Clínica	1

1	Consultorio para Cirugía	1
1	Baño para pacientes de CE	
1	Centro de Salud con Bodega pequeña	
1	Bodega Central	
1	Sala de labor de partos	2
1	Sala de Partos	1
1	Quirófano	1
1	Quirófano Séptico	1
1	Área de esterilización y baño	
1	Vestuario médico	
1	Cocina con bodega	
1	Comedor para personal médico	
1	Cuarto de ropería	
1	Hospitalización de clínica de mujeres y baño	5
1	Hospitalización de clínica de hombres y baño	5
1	Hospitalización de Pediatría y baño	5
1	Hospitalización de Gineco Obstetricia y baño	10
1	Área de recuperación de Cirugía	3
1	Área de aislamiento y baño	4
1	Estación de enfermería	
2	Áreas de utilería	
1	Residencia para médicos e internos, y baño	5

1	Servicio de Odontología	4
1	Servicio de Rx de Odontología	1
1	Departamento de Sanidad	
1	Dirección de Odontología	
1	Auditorio	
1	Lavandería	
1	Cuarto de Maquinas	
1	Departamento de mantenimiento	

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Tiene un total de 25 camas con capacidad de hospitalización para los servicios de Gineco Obstetricia, Clínica, Cirugía, y Pediatría. Hay 2 sillas de ruedas, 4 camillas de transporte, y 4 camillas desplegadas. En la sala de recuperación de pacientes quirúrgicos existe una maquina de succión, un monitor de frecuencia cardiaca y saturación arterial, 2 tanques de oxigeno. Además se dispone de 2 coches de curaciones, 5 equipos de curación, máquina de fototerapia, 3 incubadoras fijas y una de transporte, 2 termocunas, 1 Doppler, 1 eco fetal, 1 glucómetro, 1 electrocardiografo, 1 saturador y 1 ambu. En bodega se guarda un equipo de rayos X portátil. La utilería y vituallas alcanzan para todos los pacientes.

ÁREA DE EMERGENCIAS

Hay 7 camillas para examinar a los pacientes, 10 equipos de curaciones, 5 equipos para sutura, 1 equipo para drenaje de abscesos y 3 equipos para extracción de puntos para la atención de los pacientes. Se dispone además de un equipo para lavar oído, rectoscopio, equipo de cuerpo extraño, equipo

de diagnóstico, 2 tensiómetros, un martillo de percusión, un fonendoscopio, corneta de Pinar (obstétrica), coche de curaciones, equipos de ventilación mecánica (Ambu) para adultos y niños, laringoscopio de 3 tamaños, cánulas de Guedel y endotraqueales, una máquina de succión, sondas de succión, una máquina de electrofulguración, un coche completo de paro y un DEA. La iluminación de la sala es muy buena, y existe una lámpara de luz fría para los procedimientos quirúrgicos. La ventilación es apta para la atención.

ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

Existen en total 7 consultorios para las especialidades nombradas antes y 2 consultorios para la unidad anidada, con una camilla para examinar al paciente y lámpara en cada uno.

ÁREA DE PATOLOGÍA Y MORGUE

Instalada en la parte posterior del hospital, donde existe una mesa para necropsias, con todos los accesorios para el caso.

RECURSOS HUMANOS

El Hospital dispone del siguiente personal:

- Director del Hospital 1
- Médicos Tratantes 7
- Médicos Residentes 8
- Médicos Rurales 2

- Internos Rotativos 6
- Obstetrix de Planta 1
- Enfermeras de Planta 2
- Enfermeras Rurales 3
- Auxiliares de Enfermería 25
- Rayos X 1
- Laboratorio 2
- Farmacia 2
- Odontólogos 2
- Auxiliares de Odontología 3
- Secretaria 1
- Administración 3
- Estadística 2
- Alimentación y Abastos 1
- Sanidad 3
- Servicios varios 10
- Ropería 1
- Mecánica 2
- Transportes 2

Se debe tomar en cuenta que durante la mañana existe más personal que en la tarde. Y en la noche un mínimo número de personas laboran, 3 o 4 en todo el hospital.

La sala de Operaciones funciona de 8:00 h a 12:00 h, para Gineco Obstetricia los martes y jueves y Cirugía General los lunes y miércoles. En esta área aparte del cirujano, trabajan 1 enfermera que instrumenta, 1 auxiliar de enfermería que circula y 1 en esterilización. La sala de Partos funciona las 24:00 h, con 1 auxiliar de enfermería que circula.

Las consultas externas son atendidas por los médicos tratantes del Hospital, de 8:00 h a 12:00 h en la mañana y de 2:00 h a 4:00 h en la tarde.

Los médicos rurales trabajan en la Unidad Anidada desde las 8h00 hasta las 16h00.

El Servicio de Rayos X funciona desde las 9:00 h hasta las 15:00 h.

El Servicio de Laboratorio funciona desde las 8:00 h a las 16:00 h, atiende exámenes básicos como BH, EMO y Copro.

La farmacia atiende desde las 8:00 h a las 18:00 h de lunes a viernes y de 9:00 h a 12:00 h los fines de semana y feriados.

Los Odontólogos y sus auxiliares trabajan 8 horas diarias.

El resto del personal del hospital, labora también 8 horas diarias, a excepción de los choferes quienes acuden por llamada en caso de emergencia fuera de las horas laborables.

1.2 LA ETNOHISTORIA DEL CANTÓN CAYAMBE

Cayambe tiene una larga y profunda historia cultural, que puede dividirse en cuatro claras fases que comienzan con la era Indígena Caranqui. A

continuación vivieron una breve invasión inca, la ocupación colonial española y finalmente el período de la República del Ecuador. Cada una de estas fases es importante para comprender la historia cultural y económica de Cayambe. Un estudio cultural de Cayambe pone de manifiesto el carácter singular de la etnicidad en la región y su identificación con el lugar. La cosmología de Cayambe, junto con un análisis de la geografía cultural, aportan la base histórica necesaria para comprender la historia agraria de Cayambe⁵.

En Cayambe existen yacimientos arqueológicos que representan una cosmología que sigue marcando la cultura indígena de Cayambe. Los habitantes adoraban a objetos naturales tales como cuevas, rocas, árboles o colinas, y buscaban protección en ellos. Algunos estudiosos indígenas de Cayambe han realizado indagaciones que demuestran que sus antecesores que construyeron estos yacimientos conocían su posición geográfica con relación a otros emplazamientos, el nevado Cayambe y la trayectoria del sol. En particular los indígenas Caranquis consideraron a las altas montañas volcánicas circundantes, con sus cimas cubiertas de nieve y nubes, como deidades. El volcán Cayambe, que dominaba el paisaje de Cayambe, adquirió una importancia crítica para la cosmología popular y para su identidad. Aunque actualmente está inactivo, un escrito de 1582 afirmaba que echaba humo y fuego. Los ruidos procedentes de un volcán cubierto de nieve con la cima frecuentemente ceñida de nubes pueden haber reforzado el significado religioso del mismo⁵.

1.3 FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DEL PARTO VERTICAL

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 humanos¹.

En la historia de la medicina se da cuenta de que en todo el mundo los partos eran atendidos por mujeres y en posición vertical como un fenómeno natural. También era así en Europa donde se les llamó comadronas. En la edad media el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, sin embargo, los nacientes colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento (formados por varones) y la persecución de muchas parteras experimentadas acusadas de brujería, cambió esta situación.

Históricamente las diferentes variedades de posiciones verticales han sido utilizadas por las culturas de todo el mundo. Existen referencias históricas en Australia, Turquía, India, África, Europa, Mesoamérica y Sudamérica⁶. La explicación es que es una posición natural, en la que la mujer siente confort y beneficios para el trabajo de parto y periodo expulsivo. Como los partos en su mayoría son atendidos por mujeres que a su vez han podido experimentar los partos en carne propia, éstas aplican lo que han comprendido como mejor para ellas.

1.3.1 SITUACIÓN HISTÓRICA DEL PARTO VERTICAL EN CENTRO Y SUDAMÉRICA

En tiempos prehispánicos, cuando la mujer concebía se anunciaba gozosamente el hecho con una fiesta en la casa de los suegros, a donde había ido a vivir la recién casada; y cuando la madre expectante alcanzaba el cuarto mes de embarazo las familias se reunían de nuevo, esta vez con el solemne propósito de apalabrar a una comadrona. Esta, en tal ocasión, daba a su paciente un baño de vapor, seguido de un masaje prenatal especial, y de ahí en adelante a intervalos regulares los repetía⁴.

El temascal, casa de baño, usualmente se construía inmediato a uno de los cuartos de la casa. La embarazada se reclinaba sobre una estera, en una depresión poco profunda en el piso, ahí la comadrona y sus ayudantes la

azotaban con hojas de maíz mojadas en agua, luego la arropaban y la conducían en la estera al cuarto antiguo. La comadrona estaba atenta de que el baño no estuviese demasiado caliente y de que sus ayudantes no azoten con mucho vigor en la espalda de la embarazada, ya que se tenía la creencia de que se podía matar al feto o provocar su adherencia al útero al tiempo del nacimiento. Por la misma razón, la comadrona aconsejaba a su paciente que no expusiera su espalda al calor del sol o del fuego⁴.

Cuando la embarazada estaba ya fuera del temascal la comadrona palpaba su abdomen y con suaves manipulaciones colocaba al feto en buena posición.

Además, la comadrona daba a su paciente las instrucciones siguientes:

- No debería hacer esfuerzos excesivos, ni levantar objetos pesados, ni correr para evitar el mal parto.
- No debería dormir durante el día para que el niño no naciera con los párpados hinchados.
- Debía satisfacer al momento todos sus antojos alimentarios pues de otro modo el niño sufriría y nunca debería observar ayunos para que el niño no padeciera hambre. Debería comer y beber alimentos nutritivos, especialmente al tiempo en que el niño estaba “lavando sus pies”, esto es, cuando ella menstruaba o sangraba en el inicio del embarazo; de no hacerlo así el niño se deshidrataría.
- No debía mascar chicle o chapopote porque el niño nacería con los labios alargados y deformes y no podría mamar.
- No debía comer tierra o tiza porque el niño nacería enclenque o deforme.

- No debería mirar el color rojo porque el niño nacería atravesado; este es un juego de palabras que también podría traducirse por “cara roja”.

Lo que es aún más importante, la comadrona aconsejaba a la embarazada y a su marido sobre sus relaciones sexuales. Les decía que durante los primeros meses deberían realizar el acto sexual con moderación, porque con ello harían al niño robusto. Durante los últimos meses deberían abstenerse por completo. De no hacerlo así el niño podría adherirse a la matriz y morir, y quizá la madre también; o el niño nacería sucio, cubierto con una sustancia blanca y pegajosa que se forma del semen. También se creía que si una embarazada veía a un colgado, el niño nacería con una cuerda de carne alrededor del cuello. Si ella o el marido comían tamales que se habían pegado en la olla, el niño se adheriría al útero y moriría. Si la embarazada salía a caminar por la noche, el niño sería chillón. Para prevenir esta condición, la madre se ponía ceniza o ajeno en el abdomen. La ceniza también protegía al niño en caso que ella encontrara un espanto. Si el padre encontraba un espanto el niño nacería con hinchazones dolorosas en varias partes del cuerpo. Como preventivo se colocaba un guijarro o un poco de tabaco en el vientre.

El conejo estaba asociado simbólicamente con la luna y se creía que si la embarazada la miraba en el cuarto creciente, antes que el feto tomara forma humana, el niño nacería con labio leporino o enclenque. Aun peor, si miraba un eclipse de luna, el niño nonato podría transformarse en un ratón o, además, nacer con los labios y la nariz carcomidos. Como protección la embarazada se colocaba en su boca (vagina) o sobre su abdomen un pedazo de obsidiana; de color negro, como el eclipse lunar.

Pocos días antes de que el trabajo de parto se iniciara, la comadrona se alojaba en la casa de su paciente quien, en la sociedad religioso- militarista,

era considerada como una mujer que iba a entrar en un combate con la muerte. Si la madre sobrevivía, su trofeo, su cautivo, era su hijo. Si no era así, moría con el hijo cautivo en su matriz, ella, como sus contrapartes masculinos, iba a la Casa del Sol⁴.

Cuando el trabajo de parto comenzaba la comadrona preparaba cama de paja y sobre ella colocaba un petate. Antes de atender a su paciente, invocaba primero al Fuego que había sido encendido en la cámara del parto, ya que se creía que facilitaba la expulsión; a sus dedos, “los cinco amos del destino”, con los que la comadrona habría de trabajar; al copal y a las yerbas de dulce olor que quemaba como incienso; al tabaco que frotaría sobre el abdomen de la mujer; a la tierra en la cual el niño habría de caer; y finalmente, al agua y a la vasija en la que bañaría al niño. Si la mujer paría con fortuna la comadrona ejecutaba el rito de cortar el cordón umbilical. Se dejaba secar el cordón del niño y, más tarde, un guerrero lo enterraba en el campo de batalla, con lo cual el niño quedaba consagrado como guerrero al servicio del Sol. El cordón de la niña se le enterraba próximo al fogón, donde habría de pasar su vida como el “corazón de la casa”⁴.

Como evidencia que en los países sudamericanos también se realizaban dichas prácticas de atención del parto, podemos encontrar en el “Museo de Medicina Eduardo Estrella” la pieza de cerámica modelada como botella-silbato, que pertenece a la cultura Mochica del Perú (1000 a 300 A.C.), cuyo dispositivo sonoro funciona con agua. Consta de un cuerpo cilíndrico con tres bandas sienas de pintura decorativa que le circunscriben; sobre él, cuatro figuras antropomorfas que representan un parto vertical y cefálico. De adelante-atrás se observa: a) Mujer de medio cuerpo que sujeta o recibe al producto; b) Cabeza del niño que nace; c) Madre desnuda, sedente, con toca y sentada sobre un soporte; d) Persona que en cuclillas y por detrás, abraza y presiona el vientre de la parturienta (*similar a la maniobra obstétrica de*

Kristeller). El rostro de la madre no tiene expresión de dolor, y en la espalda del cuarto personaje, un asa de estribo conecta con el cuerpo de la botella.



BOTELLA-SILBATO CON REPRESENTACIÓN DE PARTO VERTICAL Y CEFÁLICO

Dimensiones: 20x19x12 cm. Donante: Dr. Santiago Antunez (Lima-PERÚ).

1.3.2 SIUACIÓN HISTÓRICA DEL PARTO VERTICAL EN EL ECUADOR

En el Ecuador, es de suponerse que en los albores de la agricultura, cuando surge el culto a la maternidad, debió también surgir una de las más primitivas ramas empíricas de la medicina: la obstetricia. Una o más de las mujeres del grupo, con experiencia personal de varios partos, debió comenzar a ser la que ayude a dar a luz a otras mujeres. Tal práctica quizás es anterior a la cultura Valdivia, pero la prueba arqueológica aunque es posible que hubiese en la cerámica chorrera, la confirmación grafica, aparece en la cultura Tolita (500 años AC - 500 años DC). Consiste en una pieza que representa el acto del parto, en la que la parturienta adopta la posición que fue universal en nuestras culturas primitivas, es decir en cuclillas o sentado en un banquillo sin

espaldar y la comadrona o partera colocada por detrás de la madre embarazada, abrazando el vientre a fin de ayudarle en las contracciones uterinas, mediante la compresión manual a nivel del fondo uterino. Con frecuencia había otra ayudante, la que recibía al niño, ligaba y cortaba el cordón umbilical. La comadrona, que subsiste hasta nuestros días, es además la persona conocedora de plantas y su manera de administrar, como infusiones, tisanas u otras preparaciones para la paciente que esta iniciado el trabajo del parto o posteriormente a él; durante la recuperación para disminuir la hemorragia postparto o facilitar la salida de la placenta. También cumple con ciertas funciones pediátricas, es la que conoce cómo manejar al recién nacido, como bañarlo, como protegerlo, como ayudar a la madre e infante en la lactación y en los futuros cuidados alimentarios⁷.

En Ecuador también podemos encontrar en el “Museo de Medicina Eduardo Estrella” una pieza de cerámica correspondiente al Período Agrícola de Excedente de la Cultura Bahía (500 A.C. - 500 D.C.), en periodo expulsivo con presentación cefálica, en donde se evidencia que la “recibidora” o “comadrona” atiende el nacimiento, y por detrás de la parturienta, un acompañante abraza y brinda apoyo a la parturienta.



PIEZA DE CERÁMICA CON REPRESENTACIÓN DE PARTO VERTICAL Y CEFÁLICO

Donante: Dr. Antonio Crespo Burgos.

1.4 SALUD INTERCULTURAL Y ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

La atención humanizada del parto y nacimiento tiene como principio una visión donde la mujer es la protagonista de su labor de parto y parto; lo que implica de hecho, el respeto a sus tradiciones, lenguaje y otros factores de su cultura.

La etnicidad y la cultura juegan un papel fundamental tanto en la manera en la que una mujer percibe, expresa y experimenta el dolor en el parto, como en la forma de relacionarse con su cuerpo y sexualidad. Para actuar con respeto es importante conocer y comprender la cultura y cosmovisión de la población que acude a los servicios médicos; pues la atención intercultural implica el reconocimiento y respeto de las diferencias. Por ejemplo, las mujeres que dan

a luz en una institución deben poder conservar su derecho a decidir sobre vestimenta, comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes para el bienestar personal y familiar.

La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad y todos los procesos de interacción entre los individuos y su ambiente, cambia de una cultura a otra; por eso, para poder entendernos con personas de otras culturas, es necesario establecer puentes y acuerdos comunes de comunicación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde el Programa Regional de los Pueblos Indígenas, se halla promoviendo la optimización de la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas a fin de fortalecer la adopción de decisiones basadas en evidencias y la capacidad nacional y regional de seguimiento de los procesos tendientes al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural⁸.

Para fines del presente estudio, se entenderá cultura a partir de una de sus definiciones antropológicas, como “el complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y de su vida en sociedad”⁸, y no como sinónimo de desarrollo o cualidad intelectual cultivada mediante la educación. Esta acepción implica que la cultura no está restringida a determinados campos del conocimiento, sino que abarca todos los modos de comportamiento derivados de la esfera total de la actividad humana.

Se define la *interculturalidad* como el “proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas

y sociales”, de modo, que las relaciones que se construyen están signadas por el intercambio, la reciprocidad y, en ocasiones, la solidaridad⁹.

La interculturalidad en salud es definida como: “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”⁹.

Salud Intercultural o Interculturalidad en Salud se puede entender como una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud; es un conjunto de acciones o políticas mucho más necesarias y trascendentes en un país multicultural y pluriétnico como el nuestro, circunstancia que genera diferentes expectativas y percepciones del proceso salud- enfermedad entre proveedor- usuario y que suele provocar dificultades y desavenencias en la relación médico- paciente. Estas discrepancias se deben primordialmente a que solemos ver solamente a través del “cristal” de nuestra cultura; ésta se convierte así en un dispositivo para percibir el mundo, la lente a través de la cual miramos la realidad; a esto se debe que todas las sociedades tengan la sensación de que sus modos de convivencia son superiores a todos los demás.

A través del diálogo horizontal, la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales —así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales— como una herramienta no sólo para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano¹⁰.

Esta problemática ha generado el interés de diferentes estudios; encontrándose la existencia de muy pocos programas educacionales para estudiantes de medicina sobre diversidad cultural, particularmente en diversidad étnica y racial¹¹, y se ha evidenciado la concepción por parte de los mismos que el aprendizaje de asuntos culturales y sociales no marca diferencia alguna cuando hacen sus rotaciones clínicas¹².

El concepto de Interculturalidad en Salud no es nuevo en Latinoamérica, ya que en países como Chile por ejemplo, se está dando mucha importancia a las variables étnico culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas de salud, con el objetivo de crear modelos de salud que respondan a las expectativas culturales y sociales del usuario¹³.

Además, cabe definir la multiculturalidad como el reconocimiento, la constatación de la existencia de diversas culturas en un mismo territorio, sean estas originarias, inmigrantes o derivadas, o variantes de una cultura hegemónica. En ese sentido, diversas legislaciones nacionales, habiendo ya abandonado el simplismo de la nación culturalmente homogénea, se autodefinen como multiculturales por la existencia en su territorio de pueblos originarios, pero en realidad el multiculturalismo no está enfocado exclusivamente a los pueblos indígenas, nativos u originarios; sino a las diferencias culturales que pueden observarse en una sociedad, independientemente de cuál es el origen o naturaleza de esta diversidad de culturas. De la multiculturalidad se deriva el multiculturalismo, pero este no es una simple aplicación o consecuencia de la multiculturalidad: identifica una actitud de respeto frente a la diferencia cultural cualquiera que sea la naturaleza de esta, por tanto, trasciende el componente étnico, pues las diferencias culturales no se limitan o derivan de las diferencias étnicas¹⁴.

1.4.1 EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

En el año 1990, el modelo biomédico -basado en el sistema de salud occidental- fue denominado por Menéndez como el “Modelo Médico Hegemónico” (MMH). Esta cultura médica se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver sino todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. Esta concepción ha constituido una intensa y hasta hace poco perpetua debilidad de la medicina alopática, incrementada además por la presencia de otras de sus limitaciones: falta de accesibilidad, eficacia limitada en determinados grupos sociales, temor poblacional a sus efectos adversos, burocratización de la atención, etc.

Si aparentemente existe una persistencia implícita en el error, por no considerar la cultura del paciente en el proceso de atención de la salud, no representa entonces ninguna alternativa de solución la aislada actitud de incrementar la “sensibilidad cultural” del personal de salud, sin plasmar paralelamente estos conceptos en el nivel operacional. Reimer plantea como solución establecer una diversidad programática de acuerdo a la realidad cultural específica, el destierro absoluto de las políticas discriminatorias y la asignación adecuada de recursos. Con el fin de no cometer el error de caer en la inflexibilidad conceptual, de manera genérica se puede plantear como salida la implantación de una “nueva filosofía organizacional” en el sector salud a este respecto¹⁵.

1.5 COSMOVISIÓN ANDINA

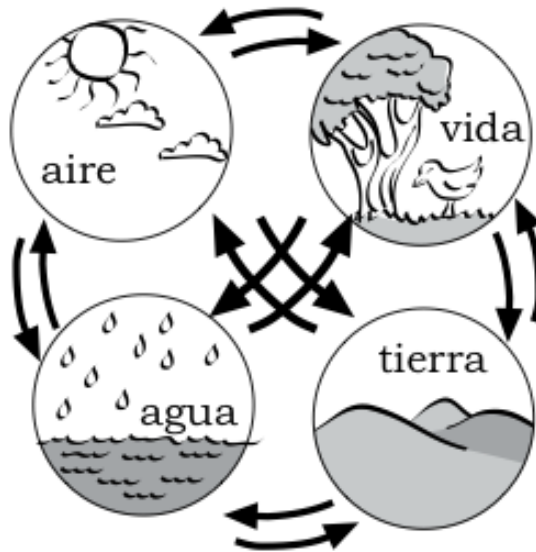
Según se refiere en el libro titulado “Módulo de Historia y Cosmovisión Indígena” de la Escuela Intercultural de Gobierno y Políticas Públicas Programa de Formación de Líderes Indígenas (EIGPP), los “andinos” tienen una forma, una manera especial de entender el universo, el cosmos. El mundo se ordena a partir de esta manera especial, los occidentales la llaman

racionalidad. De la manera en que los “andinos” designan las cosas, los seres y su lugar en el universo, esta racionalidad o manera de ver el mundo se apoya en cuatro principios fundamentales:

1.5.1 EL PRINCIPIO DE RELACIONALIDAD

Este principio es el más importante, sin él no podrían existir los demás. Este principio nos dice que todo está vinculado con todo, lo cual nos lleva a afirmar que lo más importante no son necesariamente los seres en sí mismos sino las relaciones, los vínculos que se establecen entre ellos. Es más, diríamos que los seres y las cosas en el universo existen no por sí mismos, sino gracias a que están relacionados entre todos. Estos vínculos son de varios tipos, pueden ser afectivos, ecológicos, éticos, estéticos o productivos. Todos a la vez o intercalándose. Ni siquiera lo divino, lo sagrado, está fuera de este principio. Incluso el Dios cristiano está relacionado, vinculado indeliblemente a todo lo demás. Por eso las decisiones que tomamos, las acciones que acometemos o dejamos de acometer, influyen en otros procesos y en otros seres¹⁶.

Todo está vinculado con todo



Fuente: Joël de Rosnay, Le macroscopie. Vers una vision globale, Éditions du Seuil, 1975

1.5.2 EL PRINCIPIO DE CORRESPONDENCIA

Este principio se manifiesta en toda la vida, nos dice que hay un vínculo entre el micro cosmos y el macro cosmos. Tal en lo grande y tal en lo pequeño. Lo que ocurre en el mundo de los planetas y las estrellas ocurre igual en nuestro mundo, afecta a los hombres, a los animales y plantas, a los minerales y al agua. También hay un vínculo similar con el mundo de los muertos. La correspondencia está en todo, todo arriba tiene un abajo, y los costados también son dos. La vida tiene su muerte, el hombre tiene a la mujer, la correspondencia universal y en todos los aspectos de la vida, incluso en lo social y en lo político¹⁶.

Todo vuelve a todos



Fuente: Conciencia Pariversal Andina. Principios y fundamentos comunitarios.

1.5.3 EL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD

Este principio nos explica más claramente los dos principios anteriores. Ningún ser, ninguna acción existe por sí misma, sola en el mundo, sino que está articulada a muchas relaciones con otros seres y otras acciones. Ya que todo está relacionado con todos, comprendemos que somos partes de un todo. Para formar ese todo cósmico y que las cosas funcionen, debemos encontrar aquellas partes que nos encajan, nuestros complementos, y dejar la soledad de ser partes aisladas¹⁶.

El día tiene a la noche, la claridad se complementa con la oscuridad, hembra y macho son complementarios, cielo y tierra también. La dualidad complementaria está presente en todo. Como un muro inca compuesto de

piedras irregulares, distintas unas de otras, pero que de alguna manera se encajan perfectamente sin dejar grietas haciendo un muro sólido¹⁶.



1.5.4 EL PRINCIPIO DE RECIPROCIDAD

Para que todo exista y se mueva con normalidad, existe una justicia cósmica, y ésta se debe repetir en la tierra y en los mundos. Así ocurre, los indígenas entendemos que todos debemos retribuir, dar y devolver, a la tierra, al cielo, a los hermanos animales y plantas, a las montañas y a los ríos, a nuestros hermanos, a nuestros padres, nuestros dioses, a nosotros mismos. La reciprocidad se debe practicar en todos los niveles de la vida, en los afectos, en la economía y en el trabajo, en lo religioso, ya que hasta lo divino está sujeto a este principio. A cada acto le corresponde una acción complementaria, otro acto recíproco¹⁶.

A todo acto le corresponde una
acción complementaria



Fuente: Conciencia Pariversal Andina. Principios y fundamentos comunitarios.

1.6 EL PARTO DESDE LA COSMOVISIÓN ANDINA

Un elemento importante dentro de la medicina tradicional de las comunidades indígenas de los Andes ecuatorianos, que es 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 expuesta:

“Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaren este equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el principio de oposición, es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente”¹⁷.

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina tradicional, una de las críticas fundamentales de las parteras y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud tiene que ver precisamente con ciertos

procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y la 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. Ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto.”

Además de tener en cuenta el principio humoral, la medicina tradicional se caracteriza por un amplio y especializado uso de plantas con propiedades medicinales. Algunas de las “agüitas” que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío. Sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento. Tal es el caso de algunas infusiones que son cuidadosamente administradas por las parteras para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior.

Por otra parte, ciertas plantas parecen tener una eficacia simbólica, como es el caso del agua de pescado, agua de linaza o el agua de melloco, que debe ingerir la parturienta “para que ayude a resbalar el feto”.

Comúnmente, los miembros de las comunidades indígenas conocen el principio humoral así como las propiedades curativas de ciertas plantas. Sin embargo, el saber sobre las propiedades específicas de las plantas y hierbas medicinales que deberán usarse para encontrar el equilibrio, lo poseen especialmente los agentes tradicionales de la salud: yachags, shamanes, hierbateros, fregadores y, en el caso de la salud materna, las parteras.

Tal y como lo menciona el Dr. Eduardo Estrella en su libro intitulado “Función maternal y sexualidad. Un estudio en mujeres de una población campesina de la Provincia de Pichincha”, para las poblaciones campesinas, que viven de la tierra y la agricultura, tener un hijo significa recrear los valores de la familia, la historia y la cultura. Un hijo es una persona más que se suma al esfuerzo

comunitario, para mantener los tradicionales nexos reproductivos con la naturaleza. Un hijo es una ayuda inapreciable, para el trabajo familiar y grupal. Esta posibilidad de incremento de la fuerza de trabajo, es el elemento clave en la consideración de la importancia de la reproducción, secundariamente se valora la necesidad de compañía o la satisfacción personal por la comprobación de la capacidad genésica¹⁸.

1.6.1 DESARROLLO DEL EMBARAZO DESDE LA COSMOVISIÓN ANDINA

En general, no hay una idea clara sobre la fecundación según relata el Dr. Eduardo Estrella, que “será como una semilla del campo que crece; si nace varón o mujer, eso es voluntad de Dios. Dios mezcla la sangre del hombre y de la mujer y así se forma el niño”¹⁸.

El embarazo es aceptado inmediatamente de que su presencia es confirmada por la experiencia comunitaria, se lo recibe con resignación, como que es voluntad de Dios.

1.6.2 NORMAS Y TABUES ANDINOS EN RELACIÓN AL EMBARAZO Y EL PARTO

Las preocupaciones de las madres según el Dr. Eduardo Estrella, tienen que dirigirse al cumplimiento de ciertas normas y tabúes, para que el embarazo pueda desarrollarse sin contratiempos, el parto sea normal y el niño nazca sano¹⁸. Estas normas sociales, fundamentalmente se refieren a los siguientes aspectos:

Alimentación: Evitar las comidas frías y pesadas. No tomar licor. Evitar las carnes con grasa. Se recomienda comer carne, huevos, leche, queso. Todo lo que sea “alimento”; avena, arroz de sopa, caldo de cuy, carne de Borrego. La cantidad que se consume no debe ser excesiva. Se cree que todo lo que es “alimento” pasa directamente al niño y este nace sano y gordo.

Trabajo: Se recomienda no realizar trabajos fuertes, no levantar ni cargar cosas pesadas, no permanecer agachadas mucho tiempo; al final del embarazo, no caminar mucho, no subir cuestras. Cuidarse de las caídas en posición sentada y evitar las agresiones del marido cuando esta embriagado.

Tabú del Arco- iris y el Cerro: El Arco- iris y el Cerro pueden atacar a la mujer embarazada y provocarle abortos o nacimientos de niños malformados.

Tabú del cabestro: No debe una mujer embarazada, pasar por encima de un cabestro, porque por magia imitativa, su hijo puede nacer con circulares de cordón en el cuello, que le ahogan y le matan.

Tabú de la preparación de la ropa: Algunas mujeres creen que no es bueno preparar la ropa del futuro hijo, porque entonces es de “malagüero”, es como llamar a la muerte para que se lleve al niño. Este cuidado hay que tener solo en el primer hijo.

Tabú de las malformaciones: una mujer en cinta no debe visitar la casa de un niño que tenga alguna malformación, porque su hijo puede nacer exactamente igual. Tampoco debe ver figuras de niños con problemas.

Tabú de las relaciones sexuales: El papel del padre en el proceso de la gestación, parece ser más bien pasivo, un tanto indiferente. Por cierto que cumple la norma cultural que prohíbe las relaciones sexuales en el embarazo, pero su papel no es lo suficientemente activo y protector. Claro que en forma particular hay padres que verdaderamente son un apoyo firme para la embarazada. La enfermedad del niño, la presencia de malformaciones y la posibilidad de partos múltiples son las principales consecuencias que pone a prueba el tabú de las relaciones sexuales. Un escaso grupo creen que se puede continuar con las relaciones sexuales al menos hasta que el crecimiento del vientre materno no sea tan excesivo.

1.6.3 RITUALES ANDINOS DEL CORDÓN Y LA PLACENTA

En la cosmovisión andina existe la tendencia cultural 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 realiza “al igual que con una persona”. Si no se realizan estos ritos existe el 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”²¹.

Sin embargo, como hemos referido anteriormente, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser tomada en cuenta desde esta perspectiva.

Luego de la expulsión de la placenta, “la partera amarra la cabeza de la madre y faja alrededor de la cintura para que ‘no le suba la sangre a la cabeza’ y no tenga una recaída o infección”²¹.

De inmediato la atención se dirige exclusivamente al recién nacido, y, al igual que con el cuidado de la madre, los procedimientos que realiza la comadrona para el cuidado del recién nacido, también expresan un profundo simbolismo.

Así por ejemplo ocurre con el corte del cordón umbilical. Después del nacimiento, y cuando el cordón umbilical ha dejado de latir, la comadrona lo corta con la hoja seca del sigse, con cuchillo, o también con tijeras. Si el recién nacido es varón, el corte es más largo de una cuarta, según la costumbre, “para que en el futuro tenga el pene más largo”, y si es mujer el tamaño del corte es mas o menos de quince centímetros “para que la vagina tenga la misma dimensión al momento del parto y así pueda tener fácilmente los hijos”.

Posteriormente se obtura, amarrando el cordón con un hilo rojo de lana de borrego ya que le atribuyen propiedades cicatrizantes, “rojo, porque el rojo es bueno, con otro color no sana breve, puede irritarse, para que no sangre se lo ata con hilo rojo”, además con la sangre del cordón pintan las mejillas del recién nacido para que sea “blanquito y coloradito”²¹.

Terminada su labor con la madre y el niño, antes de retirarse, la partera generalmente es invitada a comer con la familia, además recibe como agradecimiento o pago varios productos agrícolas: “Sacos de papas, cebada, trigo, maíz, huevos, gallinas, de acuerdo a las posibilidades de la familia de la madre, ‘lo que tenga la voluntad de regalar’, o incluso recibe dinero”, mientras la partera indica cuáles deben ser los cuidados que deben darse a la madre, y se compromete a visitar al siguiente día a la madre y al bebé²¹.

Entonces, la atención tradicional del parto es un proceso complejo, cargado de profundas significaciones simbólicas y rituales. Si bien es cierto que existen procedimientos, normas, ritos y costumbres comunes, que responden a una cosmovisión andina, también existen variantes que responden a las costumbres de cada comunidad, cada familia e incluso cada comadrona en diferentes zonas.

En una Buena parte de casos, una vez que se produce el alumbramiento, se procede a cortar el cordón, no se utilizaran tijeras ni otros instrumentos metálicos porque pueden causar infección; el cordón se corta con un trozo de Carrizo o de Madera. Se secciona a dos dedos si es mujer y tres o cuatro dedos si es hombre, esto para prevenir ciertas conductas de la mujer en sus relaciones futuras con el hombre (“para que no vaya tras de ellos”, “no salgan carishinas”).

La placenta hay que enterrarla ya que si se la deja en el suelo, se enfría y por simpatía mágica se enfría el útero de la madre y le puede sobrevenir dolor y

sobrepardo. Además, el niño se puede “espantar”. La placenta está caliente bajo la tierra, protegiendo al niño y a la mujer, prometiendo como la tierra, futura fertilidad y nuevos hijos, los partos además no serán dolorosos.

El cordón es atado con hilo blanco, se lo cubre con ceniza y un pedazo de algodón. El trozo de cordón que se elimina en cinco u ocho días lo recogen y guardan en un rincón de la casa, preferiblemente en algún hueco de la pared, ahí lo dejan hasta que el niño “este racionalito”, es decir que sepa hablar, caminar, defenderse por sí mismo; entonces ya se le puede “tirar a la basura”. Es un rito de pasaje que protege al niño hasta cierto tiempo, luego deja de ser funcional y es descartado.

David Frisancho Pineda nos relata en su libro “Medicina Indígena Popular” que una vez que ha sido expulsado el feto, proceden en dos formas respecto al cordón umbilical²⁰:

- a) Unas veces no cortan el cordón y esperan que la placenta sea expulsada y solo entonces lo seccionan con un pedazo de vidrio; no lo hacen con instrumentos de metal para evitar que el niño “se destemple”.
- b) Otras veces seccionan el cordón con un pedazo de vidrio, ligan el cordón umbilical fetal con un hilo de lana y lo envuelven alrededor del cuello del niño; el cordón placentario lo ligan con cabellos de la madre y luego con un hilo de lana largo que sujetan al dedo gordo del pie derecho, a fin de evitar que ese segmento de cordón se “regrese” al interior del vientre, y también para favorecer la salida de la placenta.

La placenta, si el recién nacido es varón, la entierran junto con miniaturas que representan arado, pico, pala, vacas, carneros, etc, a fin de que en el futuro sea un hombre trabajador; también agregan a la placenta porciones de

cebada, trigo, papas, etc; para que siempre tenga prosperidad y riqueza. Cuando se trata de recién nacidos de sexo femenino, entierran la placenta con ollitas, platitos, cucharitas, etc; para que sean mujeres hacendosas.

Evitan arrojar desprevenidamente la placenta, porque podría suceder que sea devorada por los perros y entonces en el futuro el recién nacido sería ladrón.

Otras veces lavan la placenta varias veces, luego la incineran y esas cenizas las entierran cerca al fogón.

1.6.4 PUERPERIO SEGÚN LA COSMOVISIÓN ANDINA

LA DIETA EN EL PUERPERIO SEGÚN LA COSMOVISIÓN ANDINA

En el puerperio se produce una serie de ajustes orgánicos y psicológicos importantes. Si el embarazo y el parto se han desarrollado sin trastornos aparentes, el puerperio igualmente puede ser sobrellevado sin contratiempos. El reposo, los cuidados en la alimentación, la lactancia y el cumplimiento de ciertas normas culturales, son los aspectos más sobresalientes del puerperio en las mujeres.

La dieta es el período de reposo que debe cumplir la madre con posterioridad al parto. Su duración es variable y depende de distintas circunstancias ambientales que rodean a la madre. Antiguamente duraba cuarenta días, hoy dura entre quince y treinta días, y a veces menos. Los tres o cuatro primeros días son de reposo en cama y el resto del tiempo las madres están dentro de la casa, tienen que evitar el frío, comer alimentos livianos y sustanciosos, evitar los alimentos pesados.

Los cuidados en relación con el frío son los más importantes, no lavar, no meter la mano en agua fría, no salir del cuarto a exponerse a las corrientes de aire.

EL SOBREPARTO

La patología del puerperio se produce a causa de las transgresiones en las normas, especialmente como consecuencia de la acción del frío o la actividad física excesiva.

Se denomina “sobreparto” o “entuestos” a un proceso caracterizado por malestar generalizado, cefalea, dolor abdominal, fiebre. Si la situación se complica la fiebre aumenta y aparecen náuseas, vómito y shock. Los loquios son de color negruzco, mal oliente.

El “sobreparto” es temido porque puede ser mortal. Si el problema es leve, se acostumbra a dar la pepa de ortiga molida con borraja y leche; otros recomiendan el orégano, el toronjil, la manzanilla.

En el libro intitulado “Medicina Indígena Popular” de Frisancho Pineda David, se relata que las hemorragias postparto, llamadas “yawar apatatahuan” (en kechua) y “Wila aptatata” (en aymara), se tratan suministrando a la paciente infusiones con vino y lacre, y aplicando en el abdomen emplastos de clara de huevo y piedra alumbre molida. Además, refiere que las patologías más frecuentes son los “sobrepartos”, nombre con el cual designan a una serie de complicaciones como la fiebre puerperal, las vaginitis, cervicitis, salpingitis, etc; que son propias del puerperio. Para su tratamiento cortan un fragmento de cabello de la enferma, tres pestañas y tres cejas y raspado de las uñas de los pies y manos; todo esto lo queman y sus cenizas las toman junto con vino o infusión de “waiwa”²⁰.

En la provincia de Chucuito el sobreparto se atribuye a maleficios y su tratamiento se hace mediante el “truqui” o sea frotando a la enferma con un conejo, sacrificanle, agreganle cinco hojas de coca (quinto) y todo ello lo arrojan a un río o a un camino para que alguien se recoja la enfermedad²⁰.

1.7 EL PARTO CULTURAL EN EL ECUADOR

En las comunidades indígenas del Ecuador toda la familia colabora en el parto, ya sea en las tareas de preparación de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, o en otras tareas. Sin embargo, durante el proceso del parto, generalmente asisten el esposo, la mamá, y/o la suegra de la parturienta: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con guaguas, la mamá y hasta los amigos; hay otras que sólo la mamá o sólo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte”¹⁸.

De cualquier manera, el ambiente de familiaridad se mantiene pues, incluso aquellas mujeres que prefieren permanecer sólo con la comadrona en el momento del parto, disponen de familiares a su alrededor quienes están pendientes de la labor de parto y que las asisten inmediatamente luego del alumbramiento. Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas de la comadrona. “Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital. El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los ‘otros’ ajenos a su cotidianeidad, quienes dominan la situación”.

En este sentido, un cambio que demandan las usuarias que son atendidas en los centros de salud pública, es precisamente que en el momento del parto se permita la presencia de un familiar (esposo, mamá, o incluso la suegra), y la presencia de los demás familiares en las horas de visita. Las comadronas y parteros también demandan que se les permita dar asistencia, o incluso simplemente acompañar a su paciente durante el parto hospitalario, sobre todo si la mujer fue referida por él/ella.

Es importante recalcar que la presencia de familiares y de la partera durante el parto tradicional está ligada a una forma de trato que se brinda a la

parturienta, pues son ellos quienes se encargan de darle ánimos, así como de consolarla en los momentos más difíciles.

En contraste, en el sistema biomédico de salud, el trato del personal médico hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde el médico ejerce su autoridad y prestigio en base a un conocimiento instrumental. Más aún, las mujeres que acuden a los establecimientos de salud para dar a luz pueden ser incluso víctimas de prejuicios culturales y sociales. Así, por ejemplo, algunas usuarias indígenas de la sierra ecuatoriana han sido objeto de crítica por la falta de uso de planificación familiar, y de estigmatización por una supuesta falta de higiene.

La realidad testifica que el maltrato que reciben las usuarias indígenas en algunos centros de salud pública aumenta las brechas culturales y fortalece las fronteras étnicas. Evidentemente el “maltrato”, la “mala cara” a las usuarias y a sus familiares, ocasiona que las mujeres embarazadas no quieran regresar a dichos centros para la atención del parto.

En el parto tradicional se respeta la posición que prefiera adoptar la madre durante la labor de parto. La posición fisiológica más adoptada por ser confortable para la madre es 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 él 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 y atiende el parto desde esa posición”¹⁹.

Sin embargo existe un sin número 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 gateo, etc.

Como es evidente, la atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por los parteros y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal es antinatural al parto, causando que “el guagua se regrese”, y que 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.

Durante la labor de parto “la partera ayuda a la madre dando masajes en el vientre, la cintura y la cadera, de arriba hacia abajo, para apresurar las contracciones y facilitar la salida del niño”¹⁹. En cada contracción, la comadrona le hace arrodillar “y le hace cobijar hasta la cintura, mientras ella le aplasta la rabadilla para que se abra el hueso y se le facilite el parto. Una vez que desaparece la contracción, la hace parar y solicita que se pasee dentro de la casa”¹⁹.

Cuando nace el niño, la comadrona lo recibe y limpia inmediatamente la cara, nariz, ojos y oídos con un lienzo limpio y lo hace cobijar a un lado de la madre quien permanece en la misma posición pujando para expulsar la placenta.

Entonces, cabe recalcar que desde el punto de vista general, un importante grado de estoicismo se hace evidente en el proceso del parto, transmitiendo a quien ve desde fuera del acto una cierta sensación de insensibilidad frente al dolor.

Por una parte el ambiente asume el evento con tranquilidad y hasta con cierta indiferencia. Por otra parte la mujer tiene una responsabilidad personal frente

a su embarazo y el parto, se somete a la situación y soporta con valor el trance.

Algunas mujeres dan a luz solas y probablemente sentirán que la vida solo les ha reportado dolor y que frente a él pueden manifestar lo que verdaderamente sienten, ya que deben vencerlo para sobrevivir.

Por otra parte, en una buena proporción de casos se observa una actitud contemplativa, solidaria y silenciosa de la familia, que ocurre como elemento positivo para tranquilizar a la parturienta.

Frisancho Pineda David en su libro intitulado “Medicina Indígena Popular” relata que la parturienta se coloca en cuclillas sobre un cuero de oveja y en esa posición da a luz. Cuando el parto es difícil creen que es consecuencia de una mala “posición del feto” y por consiguiente colocan a la parturienta en una frazada y tomándola por los cuatro ángulos la mantean para “arreglar la posición” del feto; otras veces hacen sahumeros a fin de calentar a la parturienta, de quien dicen que esta “traspasada de frío”; también le colocan fajas apretadas en el vientre y le dan infusiones calientes²⁰.

Una vez producido el parto, la madre es colocada en su cama, abrigada excesivamente desde la cabeza a los pies y las manos son cubiertas con guantes de lana; se le coloca una faja en el abdomen junto con los calcetines del marido, a fin de que la “matriz no se voltee”. Finalmente se le da sopas calientes; en esta forma la madre debe sudar abundantemente²⁰.

Según María Martínez, Janeth Vaca y Diana Vásquez en su estudio intitulado “Creencias y costumbres en madres primi y multigestas respecto al embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido, que demandan atención en el hospital gineco obstétrico Isidro ayora”, en la práctica médica tradicional, el trabajo de parto se lleva a cabo en la casa de la parturienta y se inicia con

dolores; en la etapa de dilatación la parturienta permanece parada y la comadrona le administra masajes en el vientre; en la fase de expulsión la parturienta se coloca en su puesto y la posición que adopta para el parto no es específica, sino que varía según experiencias y tradiciones que posee la madre. Algunas dan a luz hincadas colocándose la comadrona por detrás de la parturienta, dispuesta a recibir el producto; otras dan a luz recostada, sentada sobre una jofaina, de pie o suspendida por las axilas. La duración del parto es variable y depende si es primero o segundo niño y de la colaboración que brinda la madre durante la labor; la mayoría de la población cree que el parto dura menos de 8 horas desde que se inician los dolores y manifiestan también que llega el momento del parto porque se rompe el agua de fuente; concordando este aspecto tanto en la concepción de la práctica formal y no formal²¹.

En lo relacionado a la posición para dar a luz, la mayoría de madres refiere que la mejor posición es acostada, debido a que conocen que en la Institución esta es la indicada, existiendo un porcentaje bajo que aun mantiene la creencia de que hincada el niño nace más rápido y la madre tiene más fuerza²¹.

Desde el inicio del parto, se administra a la embarazada caldo de gallina y una bebida caliente y fuerte, porque se supone le dará fuerzas en el mismo, ayudando también a acelerarlo; se estimula a la madre a que camine por la habitación y se le aplica una sustancia grasosa en el abdomen. En lo que respecta a las medidas empleadas para facilitar el parto; tanto en madres primigestas como multigestas de procedencia urbana y rural, emplean bebidas calientes como: agua de canela con trago, agua de pepa de chirimoya con pepas de culantro, agua de anís o hierba luisa, las mismas que si se administran en el momento del dolor y este desaparece, es que se ha tratado de frío; si el dolor persiste es parto y las bebidas ayudan a acelerarlo.

Otro de los medios que ayudan a que el parto sea rápido es el baño en agua bien caliente, seguido de un masaje en el abdomen y cadera, cubriéndolos después con papel periódico; otras emplean huevo crudo con pimienta o preparaciones que causan asco y hagan pujar a la mujer²¹.

1.8 LA PARTERA COMO AGENTE DE SALUD EN LA MEDICINA ABORIGEN

La partera es definida por el Dr. Eduardo Estrella como “un agente de salud de la Medicina Aborigen que ha sido capaz de mantener las ideas y prácticas de un grupo social y cultural mediante la transmisión oral del conocimiento y el aprendizaje en la práctica”¹⁸.

Es así que desde la Fase Agrícola Excedentaria o de Desarrollo Regional (500 ANE – 1000 NE) y mucho más en la Fase Agrícola de Expansión o de Integración (1000 NE- 1500 NE) se encontraba ya a la partera como un agente de salud especializado en la Medicina Aborigen, que tiene su cargo una parte del saber. En la Medicina Incaica, la partera ocupa un lugar de preeminencia. Y durante el periodo colonial la partera, recibidora o comadrona, es la única persona encargada de la atención del embarazo y el parto, del mismo modo en la época republicana.

En algunas comunidades se considera a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. La sabiduría de las parteras incluye no solamente el conocimiento de la fisiología y el tratamiento del parto, sino también el conocimiento y el poder terapéutico del espíritu; esto atribuye a las comadronas un reconocimiento social y una autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento.

La comadrona interviene con sus conocimientos a lo largo del embarazo, el parto, y después del nacimiento.

Durante el embarazo “acomoda” con sus manos al niño en el vientre de la madre para que tenga una posición normal, o “mantea” a la parturienta con el mismo propósito. El manteo es una maniobra delicada que consiste en sacudir a la madre, quien se encuentra recostada sobre una manta o poncho: “aconsejan que sea sobre el poncho del esposo ya que esto transmite la fuerza del hombre a la mujer”. Otras veces, la comadrona visita a la embarazada para atender ciertas molestias atribuidas generalmente al frío. Para tratar estas molestias, la partera frota el vientre de la madre con manteca (grasa) caliente de algún animal. Igualmente, en las visitas a la embarazada, la comadrona “ofrece consejos sobre los problemas del embarazo, predice el sexo del bebé y da remedios caseros para la ‘debilidad’, las náuseas del embarazo, y la amenaza de aborto”.

Estos argumentos dan cuenta de la necesidad de no perder de vista la trascendente función dentro de los campos de la salud, social, y cultural, que históricamente han cumplido, y cumplen todavía, las comadronas entre las comunidades indígenas. Se vislumbra también la demanda por un reconocimiento oficial de la importancia de su trabajo, y una demanda de participación institucionalizada de las comadronas en los procesos de adecuación cultural del parto.

1.8.1 ENTREVISTA PERSONAL CON PARTERA DEL CANTON CAYAMBE

El día 13 de Marzo del 2012 en la comunidad de Cangahua, perteneciente al Cantón Cayambe, nos contactamos con la Sra. María Inés Imbaquingo de 56 años de edad, madre de 15 hijos y con 25 años de experiencia como partera.

Según nos relato, comenzó su incursión como partera por tradición, debido a que tanto su abuela como su madre ejercieron esta misma actividad durante varios años. Inició sus prácticas con animales domésticos y salvajes tales como el cuy, borregos y conejos silvestres, según iba adquiriendo destrezas consultaba con su abuela o con su madre para ir las perfeccionando. Al momento refiere haber atendido un sin número de partos que no puede especificar debido a que solamente hace 5 años acude a capacitaciones realizadas por la asociación denominada “Casa Campesina” y el Subcentro de Salud de Cangahua, en las cuales se le entrega material para coleccionar datos sobre sus pacientes, material para la atención del parto como algodón, gasas, guantes, mascarillas, material cortopunzante estéril y capacitaciones técnicas sobre la atención del parto y señales de alarma sobre el mismo.

Según su interpretación, la partera cumple la función de “ayudar al parto, dar fuerzas a la madre y acomodar al wawa”, para lo cual emplean diferentes hierbas, alimentos y técnicas relacionadas con sus creencias como se relata a continuación.

Según su cosmovisión, el frío y la sangre “adelantan el dolor del parto”, por lo cual previenen durante la labor de parto la exposición de la paciente al frío, prefiriendo que mantenga su vestimenta e incluso emplean “chalinás” para la madre y el recién nacido brindándoles mayor abrigo. Refiere que no observan directamente la región genital de la embarazada por “pudor” ya que generalmente se encuentran acompañadas por algún familiar (madre, hermana, esposo e incluso sus hijos).

Nos comenta que durante la labor de parto y el parto se da a tomar “la linaza, el melloco y el zapallo” en infusión, que ayudan para que “resbale el wawa”. Además el “arvejillo y el ulcozado” en infusión contribuyen a “aumentar la

fuerza y refrescar a la madre”. No recomienda la ingesta de infusión de “agua de canela” debido a que “cocina la sangre”, de este modo interrumpe el parto.

La ingesta de determinado tipo de alimentos como un “huevo tibio”, “coladas de machica, de maíz y de cauca” y “aguas frescas” (sugiere el consumo de “güitig”) brindan “fuerzas durante el parto” siendo administradas a la madre durante la labor de parto.

Además suele realizar la colocación de un “implasto”, elaborado con huevo y linaza molida, sobre la región genital, con el objetivo de “limpiar la pelvis”, el mismo “implasto” es empleado para “acomodar al wawa y encaderar a la madre”; además, puede ser usado en la mayoría de complicaciones obstétricas como el sangrado genital y el riesgo de aborto.

En la preparación para el parto emplea “aceite de almendras” para realizar el “encaderado”, al frotarlo sobre el vientre y la “rabadilla” de la paciente.

Según relata, en caso de “parto prolongado” suele “soplar la cabeza de la paciente” en la región fronto-parietal con el objetivo de que “baje el wawa y la placenta” con mayor facilidad.

Dentro de sus conocimientos ancestrales practica además la “limpia con cuy” y la “lectura de la placenta”. En la denominada “limpia con cuy”, frota un cuy vivo sobre el cuerpo de la embarazada con el objetivo de reconocer si existe “sangre en la pelvis” y proceder a realizar su curación mediante el empleo de “implasto de huevo y linaza molida” sobre la región genital. La denominada “lectura de la placenta” predice el estado de salud del recién nacido, de este modo una “placenta llena de sangre negra y espesa” es un indicador de enfermedad en el recién nacido, mientras que una “placenta con poca sangre roja” indica un recién nacido saludable.

Nos refiere que las familias suelen pedir que se les entregue la placenta para llevarla a sus domicilios donde únicamente el padre del recién nacido se dirige a “un monte cercano”, camina 12 pasos al norte, 12 pasos al sur, 12 pasos al este y 12 pasos al oeste, en forma de cruz y entierra la placenta en la tierra. Este procedimiento lo realizan con el objetivo de asegurar la salud del recién nacido.

1.9 EL PARTO CONVENCIONAL Y SUS ESTADIOS

1.9.1 DEFINICIÓN DEL PARTO

Labor de parto: Son un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. Se divide en tres periodos: El primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del feto; y el tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas y se lo denomina periodo placentario)²².

Parto: Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 gr (igual o mayor a las 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación)²².

Parto a término: Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación²².

1.9.2 PRIMER ESTADÍO DEL PARTO

El comienzo del primer periodo está marcado por una dilatación y borramiento progresivo de la cérvix. Con mucha frecuencia es difícil determinar con exactitud el principio, ya que la cérvix puede modificarse muy lentamente o con rapidez.

El primer periodo termina con la dilatación completa de la cérvix (10 cm) y es con mucho la etapa más larga. La duración de esta fase en la primigravida es de más o menos 13 horas, y en la multípara, de alrededor de 8 horas. El primer periodo puede, sin embargo, prolongarse menos de una hora o extenderse más de 24 horas, dependiendo de: la paridad de la paciente; la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas; la capacidad de la cérvix para dilatarse y borrararse; los diámetros fetopélvicos; así como la presentación, posición y tamaño del feto²³.

1.9.3 SEGUNDO ESTADÍO DEL PARTO

El Segundo estadio del parto es el intervalo entre la dilatación cervical completa (10cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna, culminando en la expulsión del feto. La madre puede asumir un papel más activo en este estadio, ayudando con su esfuerzo al descenso del feto. En la obstetricia moderna se recomienda que la paciente nulípara empuje un máximo de dos horas sin anestesia regional (o tres horas con anestesia regional). Se recomienda que la paciente multípara empuje un máximo de una hora sin anestesia regional (o dos horas con anestesia regional). En la práctica la dilatación cervical completa no es un requisito previo para el descenso de la presentación, pudiendo comenzar este en el primer estadio. No obstante no se debe intentar una intervención activa (bien sea los pujos maternos o una intervención obstétrica) antes de alcanzar la dilatación cervical completa²⁴.

1.9.4 TERCER ESTADÍO DEL PARTO

El tercer estadio hace referencia al parto de la placenta y las membranas fetales; suele durar menos de 10 minutos, pero se ha de esperar hasta unos

30 minutos antes de considerar una intervención activa, siempre que el sangrado no sea excesivo²⁴.

PROGRESIÓN DEL PARTO ESPONTÁEO A TÉRMINO²⁴:

PARÁMETRO	MEDIA	PERCENTIL 5
NULÍPARAS		
Duración total del parto	10,1 h	25,8 h
Estadio del parto		
Duración del primer estadio	9,7 h	24,7 h
Duración del segundo estadio	33,0 min	117,5 min
Duración de la Fase Latente	6,4 h	20,6 h
Tasa de dilatación cervical durante la fase activa	3,0 cm/h	1,2 cm/h
Duración del tercer estadio	5,0 min	30,0 min
MULTÍPARAS		
Duración total del parto	6,2 h	19,5 h
Estadio del parto		
Duración del primer estadio	8,0 h	18,8 h
Duración del segundo estadio	8,5 min	46,5 min
Duración de la fase latente	4,8 h	13,6 h
Tasa de dilatación cervical durante la fase activa	5,7 cm/h	1,5 cm/h
Duración del tercer estadio	5,0 min	30,0 min

1.10 ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

Al reconocer que nuestro país es plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico, es necesario también comprender que los distintos grupos étnicos tienen diversas expectativas en la atención de salud.

Tal como lo especifica la “Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado”, la atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto. La misma señala que¹:

1. El espacio físico debe ser adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad (estera, silla, colchonetas). El área física para realizar un Parto Culturalmente Adecuado debe evitar el color blanco o muy claro en sus paredes (en algunas culturas andinas el color blanco representa la muerte, además muchas pacientes se incomodan al pensar que van a ensuciar o manchar los entornos de colores claros), debe permitir el libre movimiento de la embarazada, debe disponer de un área para calentar aguas medicinales, debe disponer de ropa cómoda y caliente para la embarazada (faldón y camisón evitar ropas con grandes aberturas en su área anterior o posterior), debe disponer de ropa cómoda para los familiares, partera o partero y equipo médico que asistirá en la atención, que incluyan botas de tela (debe evitarse el uso de ropa identificada como de uso hospitalario), debe existir colchoneta y paños estériles de diferentes colores para ser usada de requerirse en la fase activa de la dilatación.
2. Asegure el acompañamiento de la pareja, familiar, partera o partero en todas las instancias de la labor de parto.

3. Permita el uso de ropa adecuada según costumbres de la comunidad, debemos solicitar que la ropa utilizada por la paciente esté limpia o en su efecto podemos ofrecerle ropa adaptada para éste tipo de atención que dispone la unidad.
4. Permita la ingesta de líquidos azucarados, administrados por los familiares o la partera. Es importante que el personal de salud conozca la acción de ciertas plantas medicinales que son administradas durante el trabajo de parto en las comunidades, especialmente quien atenderá el parto.
5. La paciente puede asumir cualquier posición cómoda para ella y cambiar de posición cuantas veces lo desee.
6. Permita que la paciente reciba masajes de su familiar o partera según las prácticas de la comunidad.
7. La intervención del personal de salud en la atención del parto en libre posición se basa en recepción del bebé, realizar las maniobras que corresponden en caso de circular de cordón, en detectar y atender cualquier probable complicación. Evitar en lo posible realizar la amniorraxis y episiotomía.
8. Permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. Las posiciones que puede adoptar la paciente son las siguientes:
 - a) Posición de cuclillas: variedad anterior.
 - b) Posición de cuclillas: variedad posterior.
 - c) Posición de rodillas.

- d) Posición sentada.
 - e) Posición semi sentada.
 - f) Posición cogida de la sogá.
 - g) Posición pies y manos (4 puntos de apoyo).
 - h) Posición de Pie.
 - i) O la posición que adopte la parturienta de acuerdo a la cultura.
9. Explique e interactúe con la partera o partero capacitada/o de la zona, el acompañante o los familiares acompañantes. Permita el uso de la ropa según la costumbre de la comunidad (insistiendo en que debe estar limpia) y asegúrese que la atención se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada.
10. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir, permita cortar el cordón umbilical a la partera o al partero tradicional, y al familiar, según las prácticas de la comunidad. El tamaño al que se realice el corte del cordón será consultado al acompañante según las costumbres locales.
11. Entregar la placenta a la partera o partero tradicional o familiar para que ella realice según las creencias de la comunidad las acciones necesarias con la misma (se lo hará en funda sellada respetando las normas de bioseguridad).
12. En lo relacionado a la dieta permitir que los familiares lleven la alimentación que acostumbran a dar en su comunidad.

POSICIÓN DE CUCLILLAS: VARIEDAD ANTERIOR

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.

- La partera o familiar actúa como el soporte de la parturienta, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la parturienta, la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.

POSICIÓN DE CUCLILLAS: VARIEDAD POSTERIOR

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la parturienta y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

POSICIÓN DE RODILLAS

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.
- En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

POSICIÓN SENTADA Y SEMI SENTADA

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de la gestante.
- En la posición semi sentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

POSICIÓN COGIDA DE LA SOGA

Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.

POSICIÓN PIES Y MANOS

Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto.
- La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.

El personal de salud que atiende el parto vertical en cualquiera de las posiciones verticales deberá instruir a la parturienta para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

El personal de salud deberá verificar que el material este preparado con anticipación, así como el lugar de atención del recién nacido que será utilizado de manera exclusiva. La atención del recién nacido se desarrollará aplicando las técnicas y procedimientos establecidos en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

ATENCIÓN DEL PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición dorsal (horizontal) en razón a que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.

El personal procederá a:

- Realizar el alumbramiento dirigido, facilitando el acortamiento del tercer periodo del trabajo de parto y la disminución de la cantidad de sangrado. Aplicar una ampolla de oxitocina intra muscular (10 UI), inmediatamente después de la salida bebé.
- Usar técnicas para facilitar la expulsión de la placenta según costumbres de la zona rural.
- Evaluar el volumen del sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, el estado de conciencia de la madre y las funciones vitales (presión arterial, pulso).
- Realizar una evaluación minuciosa para verificar el desprendimiento de la placenta, asistir su salida y examinarla cuidadosamente, verificando que las membranas estén íntegras.

- Evaluar si se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino.
- Evaluar la cantidad de sangrado vaginal post alumbramiento.
- En caso de presentarse alguna complicación en el período de alumbramiento se debe canalizar inmediatamente una vía, administrando cloruro de sodio al 0.9% y referir a un establecimiento de mayor complejidad. (Sólo en caso de no contar con cloruro de sodio, utilizar otra solución).

DISPOSICIÓN FINAL DE LA PLACENTA:

- El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en situaciones que el personal de salud identifique a la placenta como un factor de riesgo de contaminación (VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual u otras).
- El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante en la vida de la familia, porque existe la creencia que el hijo no vino solo sino acompañado de una placenta y por lo tanto, se considera también un órgano con vida propia.
- Se debe proceder, en todos los casos, a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo criterios de bioseguridad.

1.11 SITUACIÓN ACTUAL DEL PARTO VERTICAL EN EL MUNDO

En muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Lo interesante es que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Este movimiento es llamado en Argentina y España por un “parto humanizado”; en Chile, por la

“dignificación del parto”, y en Francia, “por un parto respetado”. Hace casi una década se formó la “Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y Nacimiento”, con la participación de agrupaciones de más de 20 países²⁵.

Actualmente, cerca del 80% de mujeres campesinas andino-amazónicas, o de la Costa ecuatoriana y peruana, prefieren la atención de la partera o comadrona a la del médico. Argumentan a favor, porque ella es una mujer de su clase, conocida de la comunidad, y de total confianza; respetuosa del pudor y de las costumbres; y que acude a su casa a cualquier hora, integrándose a la familia por el tiempo que sea necesario, en un plan de ayuda solidaria que responde a un deber moral de entregar sus conocimientos y habilidades a sus semejantes. En el período expulsivo del parto las mujeres prefieren la posición vertical, generalmente de rodillas, agarradas de una soga que cuelga de una viga, del respaldo de una cama o del propio esposo²⁶.

La mayoría de las comadronas campesinas consultadas en distintas investigaciones, aseguran que el parto en posición vertical es más rápido y más fácil para las parturientas, aunque resulta más incómodo para quien le atiende. Está demostrado científicamente que la posición vertical del parto fue, es, y deberá seguir siendo la más fisiológica (*Triple Gradiente Descendiente de las Contracciones Uterinas, sustentada por Caldeiro-Barcia*); y es la posición más comúnmente utilizada por las parturientas de todos los pueblos primitivos y tradicionales del pasado y del presente (Quezada *et al.* 1992)²⁵.

1.12 FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DEL PARTO VERTICAL

El parto en posición vertical (parada, sentada, semisentada, en cuclillas, de rodillas, de pies y manos) es aquel en el cual el torso de la mujer y su canal

pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con relación al plano horizontal y está definida sobre el apoyo en los glúteos, pies o rodillas²⁷.

En la actualidad se cuenta con múltiples estudios sobre los diferentes impactos que poseen tanto la posición convencional horizontal, como las diferentes variedades verticales en la atención del parto. Los análisis que actualmente cobran mayor relevancia a nivel mundial son los elaborados por la organización internacional llamada Colaboración Cochrane que está dedicada a evaluar las intervenciones médicas para valorar si poseen evidencia científica.

Colaboración Cochrane elaboró en 2003 un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto²⁸, que incluyó 19 estudios con 5764 participantes. Este estudio refiere que en las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, paradas, etc. En las sociedades occidentales, en cambio los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto acostadas sobre su espalda, algunas veces con las piernas levantadas mediante el uso de estribos. La revisión de los ensayos clínicos demostraron que cuando las mujeres tuvieron el parto acostadas de espalda, éste fue más doloroso para la madre y causó más problemas con respecto a la frecuencia cardíaca fetal. Hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y hubo más mujeres con incisiones en el canal del parto, pero hubo menos pérdidas sanguíneas.

El estudio sugiere numerosos beneficios potenciales para la posición vertical, con la posibilidad de que aumente el riesgo de pérdida sanguínea mayor de 500 ml. Con la posible excepción de una mayor pérdida sanguínea, no se han demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la madre o el feto, por lo que concluyen en que se debe estimular a las mujeres a que

tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales. Considera también que la influencia del personal y las instituciones médicas con respecto a las posiciones adoptadas por las mujeres durante el trabajo de parto y el parto no toma en cuenta la comodidad de la mujer ni la necesidad de experimentar el parto como un evento positivo; es desautorizante, abusivo y humillante. También se señala que debido a la evidencia indirecta de que un ambiente positivo y de apoyo durante el trabajo de parto estimula en las mujeres un sentido de competencia y logro personal durante el parto y su confianza posterior como madres y el riesgo de depresión postnatal, se le debe brindar una atención especial a las prácticas médicas que desvaloricen o humillen a las mujeres durante el trabajo de parto.

1.12.1 VENTAJAS DE LA POSICIÓN VERTICAL DURANTE EL PARTO

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

1. **Efectos respiratorios:** El peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud porque no puede respirar bien.
2. **Efectos mecánicos y de la gravedad:** La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece una mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis ("ángulo de dirección")¹. Una vez iniciado el

trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. El feto, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo. Se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transversal, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas. Hay moldeamiento de la articulación coxo femoral. El modelaje cefálico fetal es menor. La posición vertical determina que el ángulo de encaje ("dive angle") sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

3. **Efectos musculares:** Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Antiguamente se los llamaba custodes virginitates, custodios de la virginidad, puesto que en el medioevo se sostenía que ante el riesgo de una violación, si una mujer cruzaba fuertemente los muslos (donde se encuentran los abductores) no podría ser penetrada. Esta musculatura no tiene a su cargo impedir violaciones, sino colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su

fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir. Además, la menor presión intravaginal que se consigue en la posición vertical, disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal¹.

4. **Disminución de los riesgos de compresión aortocava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos:** La posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de ésta manera la cantidad de oxígeno disponible para el feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: síndrome supinohipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto *Poseiro* (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
5. **Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal:** Una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas y menor uso de oxitocina. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición

vertical estimula²⁹, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo.

6. Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo³⁰.
7. La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. La integridad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebe y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.
8. La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
9. La posición vertical evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aún cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulaci3n y la posici3n vertical.
10. En posici3n vertical se produce un aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm en sentido ántero posterior y 1 en transverso y moldeamiento de la articulaci3n coxo femoral³¹.
11. Se proporcionan beneficios psicoefectivos importantes a la madre, como la reducci3n del dolor³², sensaci3n de libertad, de control, de participaci3n, y de mayor satisfacci3n durante y despu3s del parto.
12. Cuando el cuerpo se encuentra en vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas naturales. De este

modo la vagina adquiere identidad propia, como canal expulsivo, y se diferencia de la vagina en coito como receptáculo activo del pene.

13. El apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto y el nacimiento, reduce la duración de la labor de parto, el uso de anestesia, las cesáreas y aumenta la satisfacción de la mujer³².
14. Las investigaciones disponibles son abundantes y muestran que las madres tienen un gran beneficio en estar acompañadas por una persona de su elección, por doulas y parteras. El apoyo continuo aumentó la probabilidad de un parto vaginal espontáneo, no identificó efectos adversos y produjo resultados de mayor satisfacción en las mujeres. Este apoyo debería incluir presencia continua y técnicas de masaje³².
15. Un/a acompañante crea confianza, usa técnicas para el bienestar de la mujer, proporciona contacto físico, explicaciones sobre lo que está sucediendo y una presencia amigable constante³².

1.13 ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL

Según la “Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado” del MSP se debe permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. Las posiciones que puede adoptar la paciente son las siguientes¹:

POSICIONES EN EL PERIODO EXPULSIVO

TIPO DE POSICIÓN	POSICIÓN DE LA PACIENTE	POSICIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	ACTIVIDAD DEL ACOMPAÑANTE
Cucullas-Variación anterior	<p>La paciente mantendrá las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.</p>	<p>El personal de salud debe adoptar una posición cómoda (arrodillado, en cucullas o sentado en un banquito bajo) posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.</p>	<p>La partera o el familiar será el soporte de la paciente, sentada en un banquito bajo colocará la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la paciente, la abrazará por la espalda a la altura de los hipocondrios y el epigastrio.</p>
Cucullas-Variación posterior	<p>La paciente mantendrá las piernas hiperflexionadas y la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.</p>	<p>En éste caso colocará su rodilla en la región inferior del sacro de la paciente y luego se acomodará para realizar el alumbramiento dirigido.</p>	<p>El acompañante estará sentado en una silla abrazará a la paciente por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma, actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.</p>
De rodillas	<p>En ésta posición la gestante adopta una postura cada vez más reclinada conforme avanza el parto, para facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.</p>	<p>El personal de salud realizará los procedimientos estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adaptará para realizar el alumbramiento dirigido.</p>	<p>El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la cama, con las piernas separadas abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en sus muslos.</p>

Sentada y semisentada	<p>La paciente se apoyará sobre almohadas o sobre su acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, ésta posición relaja y permite que la pelvis se abra.</p>	<p>El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará a realizar el alumbramiento dirigido.</p>	<p>El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la paciente por el tórax, permitiéndole apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante. En ésta posición la gestante debe estar sentada en una silla baja (Debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante), cuidando que la colchoneta o estera esté ubicada debajo de la paciente.</p>
Cogida de la sogá	<p>La gestante se sujeta de una sogá que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.</p>	<p>El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Dependiendo del ángulo de inclinación deberá atender el parto por delante o detrás de la paciente.</p>	<p>En acompañante puede colocarse a un costado de la paciente.</p>
De manos y pies	<p>Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto.</p>	<p>El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.</p>	<p>El acompañante deberá colocarse de frente a la paciente, pero probablemente deba colocarse a un costado de la paciente para facilitar la atención del personal de salud.</p>

1.14 MARCO LEGAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL ECUADOR

En la actualidad coexisten en el país varios modelos de práctica médica, los cuales pueden clasificarse en la siguiente forma:

1. Científico, formal, institucional.
2. Aborigen, informal, comunitario.
3. Popular, informal, urbano- marginal.

La práctica científica es la dominante y constituye la estructura oficial del estado para dar respuesta a la situación de salud del país. Los modelos aborigen y popular, conforman un sistema informal, y son una manifestación teórico- práctica de la propia comunidad para resolver sus problemas de salud³³.

Por esto es de vital importancia que ya la Constitución Política de la Republica del Ecuador del año 1998 reconoce a nuestro país como “multiétnico y pluricultural, acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional, garantiza también el desarrollo de otras prácticas relacionadas con medicina alternativa para la atención de la salud de la población”, por ésta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional³⁴.

La “Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” decretada en el 2005, establece entre sus fundamentos y lineamientos estratégicos, integrar a la red de servicios a la medicina alternativa y tradicional con todos sus conocimientos ancestrales, dotándoles de facilidades y recursos.

Esta visión se refuerza en la Constitución Política de la Republica del año 2008 que dispone además en el artículo 44: “El Estado formulara la política nacional de salud y vigilara su aplicación; controlara el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetara y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa”³.

Es por este motivo que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) en consenso con los miembros del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el marco de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, de la ley Orgánica de Salud, de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y en el cumplimiento de su función rectora de conducir, regular y promover intervenciones asistenciales de calidad, con enfoque intercultural tendientes a la satisfacción de las necesidades de salud de toda la población, ha propuesto adaptar los servicios a las necesidades, costumbres y tradiciones culturales de una parte importante de la población que demanda ésta respuesta de los servicios de salud. Además, el Ministerio de Salud Publica del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural¹.

La atención del parto culturalmente adecuado involucra la atención de la madre y del recién nacido y pretende incorporar en su práctica, no solo las características clásicas de atención en libre posición sino también un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas y afroecuatorianos a la atención institucional del parto, así como a otras demandas provenientes de diversos

movimientos sociales que demandan la atención del parto humanizado que han sido implementadas desde finales del 2003.

1.14.1 ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL ECUADOR

Existen a su haber diversas investigaciones, encuestas de satisfacción y documentos de sistematización de las experiencias en sectores indígenas de la Sierra Ecuatoriana que revelan “brechas culturales”, al menos, en algunos ámbitos investigados, a saber: en las condiciones ambientales y el entorno en el que se atiende el parto (luz, temperatura, privacidad, mobiliario); en las costumbres higiénicas y valores acerca de la limpieza del cuerpo; en el tipo de vestimenta utilizada y exigida a la parturienta; en las restricciones alimenticias y de consumo de bebidas; en el tipo de alimentos y bebidas recomendadas durante la labor de parto; en la posición durante el período de dilatación y expulsivo; en las limitaciones al acompañamiento por parte de familiares o partera que refiere a la gestante; a la falta de un trato amable y respetuoso; al manejo de la placenta; entre otros.

Es debido a esta problemática que en el Ecuador en el año 2008 se realizó la octava versión de la Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical³¹, la cual presenta como base legal:

- Constitución Política de la República del Ecuador: Art. 1; Art. 3; Art. 16; Art. 17; Art. 18; Art. 23, Art. 44; Art. 47; Art. 62; Art. 63 y el Capítulo 5 de los Derechos Colectivos.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, 1979.

- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, Fortaleza 1986.
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Convenio 169 Organización Internacional del Trabajo, 1989
- Conferencia Mundial de la Infancia, 1990.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Belem Do Pará, 1994.
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995.
- Medidas Clave para Seguir Ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo + 5, N.Y. 1999.
- Mujer 2000: Equidad de géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI, Beijing + 5.
- Ley Orgánica de la Salud, 2006: Art. 1; Art. 2; Art. 3; Art. 5; Art. 6 y Art. 7.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a al Infancia, 1998: Art 1.
- Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a al Infancia, 2002: Art. 2.
- Ley del Sistema Nacional de Salud, 2002: Art. 6.
- Acuerdo Ministerial 284, del 26 de Septiembre de 2006, “Manual de estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno Infantil”.
- Regulaciones de la ICM (Confederación Mundial de Comadronas).

- Iniciativa mundial para una maternidad segura, OMS-UNFPA, 1987
- Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Principios y Responsabilidades y Estrategias Generales, 2007.

Según la Dirección de Salud Intercultural, se han incorporado en el país 130 funcionarios del Ministerio de Salud Pública en el departamento intercultural en cada dirección provincial, de los cuales 5 se encuentran en la planta central y los demás a nivel del país en 33 centros donde se ha implementado el proyecto del Parto Culturalmente Adecuado; además existen 58 parteras incorporadas al proyecto sin fines de lucro. Las principales provincias donde se ha implementado este programa son Imbabura, Pichincha (Cayambe, Guamaní), Chimborazo (Colta, Alausí) y Guayas.

1.14.2 EXPERIENCIA EN OTRAS ÁREAS DEL ECUADOR

Tungurahua es la provincia pionera en el desarrollo y aplicación de una metodología para la implementación del tercer componente de la estrategia de humanizar y adecuar culturalmente los servicios de atención del parto (HACAP) de manera que respondan eficientemente a las necesidades y expectativas de las mujeres usuarias de estos servicios.

Con la colaboración de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International Ecuador (FCI-Ecuador) y el Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP), se consiguió diseñar, validar y aplicar una metodología que permite operativizar este proceso de humanización y adaptación de los servicios de salud de atención del parto, como estrategia para reducir las barreras culturales que impiden el acceso a la atención calificada durante el parto. La iniciativa se encuadra dentro de la estrategia de reducción de la mortalidad y morbilidad materna recomendada y promovida por el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en

América Latina y el Caribe. La experiencia tuvo lugar durante el 2005 en tres áreas de salud de la provincia: Hospital Cantonal de Píllaro, Hospital Cantonal de Pelileo y Centro de Salud N° 2 de Ambato.

El enfoque de la maternidad sin riesgo se fundamenta en el valor de la atención calificada, la cual se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el puerperio y el período neonatal. plan nacional (aprobado en agosto de 2005).

La atención calificada incluye cuidados para mujeres que sufren complicaciones del embarazo o el parto que ponen en riesgo su vida, pero no se limita a eso. El enfoque de la atención calificada se basa en la premisa de que todas las mujeres tienen derecho a cuidados de calidad durante el embarazo y parto. Asume que este tipo de cuidados (tales como prácticas higiénicas y el manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto) puede prevenir algunas complicaciones, aumentar la probabilidad de un tratamiento inmediato y apropiado cuando ocurren complicaciones y promover una referencia rápida y oportuna si fuera necesario.

El término personal o proveedor calificado se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en atención profesional del parto (por ejemplo médicos, parteras profesionales u obstetrices, enfermeros) que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto. Las personas calificadas deben ser capaces de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer el inicio de complicaciones esenciales, dar comienzo al tratamiento y supervisar la referencia de la madre y el bebé a intervenciones que están más allá de sus competencias o que no sean posibles en ese entorno particular³⁵.

El objetivo de la humanización y adecuación de la atención del parto es modificar la práctica obstétrica de la atención del parto, de modo que responda culturalmente a las necesidades de sus usuarias. El propósito último de cualquier estrategia para la humanización y adaptación cultural de la atención materna debe ser el de servir a garantizar el derecho a la maternidad segura a todas las mujeres. Esto implica, garantizar la satisfacción de las usuarias y una atención de calidad y con calidez. Para ello es imprescindible la consideración respetuosa de los valores y las tradiciones culturales de las usuarias. Sólo así se podrán mejorar los resultados de salud materna, en particular en relación a la mortalidad materna en las poblaciones indígenas.

La humanización y adecuación cultural de la atención del parto permiten superar algunas de las barreras que impiden que las mujeres embarazadas lleguen a los servicios de salud para recibir atención sanitaria calificada durante su embarazo y parto.

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

- Identificar las características que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones culturales 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.

Este modelo propone:

– Eliminar:

- la práctica rutinaria de la episiotomía;
- la práctica rutinaria de la rasura del vello púbico;
- la práctica rutinaria de la 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:

- la participación y/o la compañía de la pareja o un familiar durante el trabajo de parto y posparto
- escoger la posición del parto
- la participación de la partera tradicional durante el trabajo de parto y posparto,

– Promover:

- el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre- hijo/a
- la lactancia precoz y sin restricciones

– Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural local;

– Otros cambios en los servicios que sean identificados por los actores del proceso

- 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 actores como los comités de usuarias/os, agentes comunitarios de salud (parteras y promotores), proveedores de los servicios de salud y gobiernos locales, en espacios de trabajo que permitan examinar las actuales prácticas obstétricas y la detección de brechas culturales para introducir modificaciones consensuadas y progresivas para la humanización y adecuación cultural a los procesos de atención;
- Diseñar estrategias para el manejo adecuado de la resistencia al cambio.

1.14.3 PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL CANTÓN CAYAMBE

La experiencia del parto culturalmente adecuado que se desarrolla en el Área de Salud No. 12, en el Hospital Raúl Maldonado Mejía ubicado en el cantón Cayambe de la provincia de Pichincha y basados en la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado del Ministerio de Salud Pública, recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el nacimiento y experiencias exitosas a nivel nacional e internacional, se implementó un modelo de parto y nacimiento seguro, humanizado y culturalmente adecuado, sostenible y replicable a nivel local, nacional o internacional. Es por esto que luego de un proceso de adecuación de la infraestructura física, adquisición de mobiliario y visitas a experiencias de parto culturalmente adecuado (desde el 2008 al 2009), se inició desde agosto del año 2010 la fase de implementación de este modelo en el Hospital Raúl Maldonado Mejía del Cantón Cayambe con el apoyo técnico de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, CARE Ecuador y la decisión política de la Jefatura del Área No. 12, incluyéndose

acciones de fortalecimiento de capacidades, adecuación de ambientes para psicoprofilaxis y parto y complementación de equipamiento médico³⁶.

Para la implementación del Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital Raúl Maldonado Mejía se definieron cinco componentes claves³⁶:

1. Fortalecimiento de capacidades
2. Adecuaciones para la atención integral del parto
3. Aplicación de protocolos
4. Participación y coordinación social
5. Aprendizaje

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES

El primer paso que se realizó para la implementación del Parto Culturalmente Adecuado fue la sensibilización del personal médico y administrativo del Área de Salud N° 12 y principalmente del Hospital Raúl Maldonado Mejía sobre interculturalidad, derechos y Parto Culturalmente Adecuado, con la finalidad de mejorar la comprensión y lograr la aceptación en la implementación de esta estrategia, misma que permite incrementar el acceso al parto institucional, mejorar la calidad de atención con adecuación intercultural y garantizar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y recién nacidos a un parto y nacimiento humanizado.

A partir del 2002 se inició en el Área de Salud No. 12 y en el Hospital Raúl Maldonado Mejía un proceso de capacitación y en agosto 2010 a diciembre 2011 se intensificó y se implementó un programa de capacitación continua (talleres, cursos y pasantías nacionales e internacionales) para el personal de salud del Área de Salud No. 12, sobre atención materna y neonatal esencial,

estimulación temprana y psicoprofilaxis del parto, humanización del nacimiento, parto culturalmente adecuado con evidencia científica y atención del recién nacido, con el apoyo técnico del Ministerio de Salud Pública.

La propuesta de capacitación contempló también el fortalecimiento de conocimientos y habilidades de las parteras tradicionales en la identificación y referencia de emergencias obstétricas, captación y referencia de mujeres embarazadas para atención prenatal y de parto en el hospital cantonal.

Las pasantías realizadas a nivel nacional e internacional permitieron reforzar, fortalecer e intercambiar conocimientos científicos y ancestrales, motivar al personal de salud (Área de Salud y Dirección Provincial de Salud de Pichincha) y parteras tradicionales en el Parto Culturalmente Adecuado. De igual manera se incrementó el apoyo y compromiso de los Comités de Salud y Juntas Parroquiales, quienes participaron en estas actividades.

Un resultado de vital importancia es que 42 parteras tradicionales se encuentran hasta el momento aplicando conocimientos para captación y atención prenatal institucional, referencia de mujeres embarazadas para atención de parto institucional y de emergencias obstétricas.

ADECUACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PARTO

Con la finalidad de mejorar la calidad y calidez en la atención del Parto Culturalmente Adecuado, se implementó una sala para estimulación prenatal y psicoprofilaxis del parto, se realizaron adecuaciones de los ambientes de las salas de labor y de parto se completó el equipamiento necesario para atender adecuadamente a las usuarias.

A partir de mayo de 2011, el Hospital Raúl Maldonado Mejía ofrece el servicio de estimulación prenatal y psicoprofilaxis del parto. Para poder implementar este servicio se adecuó una sala con estereras, balones para psicoprofilaxis, almohadas, pesas para fortalecimiento muscular, videos educativos, música relajante, maquetas anatómicas y material edu-comunicacional.

La sala de labor se adecuó con dos camas, balones, calefactor y dispensador de agua para preparación de infusiones según la tradición local, con la finalidad de implementar la psicoprofilaxis del parto con acompañamiento familiar en un ambiente con temperatura adecuada.

La sala de parto dispone de mobiliario, equipamiento médico, temperatura adecuada y música ambiental relajante para que brinde un ambiente cálido y confortable a las usuarias, que permita:

- a) Aplicar las normas y protocolos de atención de la gestante y del recién nacido.
- b) Garantizar los derechos que tiene la madre para elegir la posición (sentada, arrodillada, parada o acostada) durante el período expulsivo del parto. El acompañamiento de un familiar y el apoyo de un profesional de salud o de una partera tradicional.
- c) Evitar o minimizar el sufrimiento fetal, como derecho del recién nacido, asegurar el apego inmediato y lactancia precoz.

APLICACIÓN DE PROTOCOLOS

Para una exitosa implementación del Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital Raúl Maldonado Mejía se implementaron los protocolos de atención del Parto Culturalmente Adecuado con enfoque de derechos que incluyen:

- El respeto al derecho que tienen las mujeres a escoger sobre la vestimenta (de la madre y del recién nacido), comida e infusiones y destino de la placenta de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del Ministerio de Salud Pública.
- Se permite que la paciente elija la posición (vertical u horizontal) en la que se siente más cómoda para el parto y quien atenderá su parto, así como el acompañamiento del esposo, pareja o familiar durante el parto y posparto para que brinden sustento emocional y coparticipen de la experiencia de la paternidad.
- Se aplican prácticas de atención obstétrica y neonatal con personal de salud que ofrece un trato digno, respetuoso, con calidad técnica, calidez y valores culturales, en un ambiente climatizado y acogedor que permita la complementariedad de las medicinas convencional y tradicional.
- Se eliminó la práctica rutinaria de rasurar el vello pubiano, administrar enema antes del parto y ruptura precoz artificial de membranas; así como el uso sistemático de la episiotomía.
- Se garantiza el apego precoz del recién nacido, lactancia inmediata y el alojamiento conjunto madre- hijo/a

PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL

A partir del año 2002 se inicia la implementación del Modelo de Gestión Intercultural en el Área de salud N° 12, Cayambe, manteniendo un proceso de intervención permanente que se fortalece en el mes de abril del año 2010, bajo el liderazgo y asesoría técnica de Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha “DPSP”, con el apoyo técnico y financiero de CARE Ecuador, Casa Campesina y Ayuda en Acción.

CARE Ecuador contribuyó con el proceso de sensibilización, capacitación institucional-comunitaria, equipamiento para mejoramiento de ambientes del PCA, implementación de la psicoprofilaxis del parto y asistencia técnica-acompañamiento del proceso de implementación.

La Casa Campesina fortaleció el proceso de participación y revalorización del conocimiento de las parteras del pueblo Kayampi.

Ayuda en Acción apoyó en el desarrollo del plan estratégico con enfoque intercultural.

La Dirección Provincial de Salud de Pichincha “DPSP” aportó con su liderazgo y asesoría técnica.

Para lograr la participación y el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud, especialmente maternos, se están fortaleciendo los comités de salud, quienes desarrollan planes de acción en conjunto con los centros de salud y el hospital de Cayambe. En este sentido los comités de salud y las parteras tradicionales contribuyen en la organización para atender las emergencias obstétricas.

APRENDIZAJE

Según se indica en el artículo titulado “Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos” las conclusiones que se obtuvieron tras la aplicación del Parto Culturalmente Adecuado fueron³⁶:

- La aplicación del Parto Culturalmente Adecuado propicia el ejercicio de los derechos y responsabilidades de las mujeres embarazadas.
- El tomar en cuenta en la construcción del proceso a todos los niveles (dirección, administración, finanzas, servicios de salud y servicios complementarios o de apoyo) de la organización permite la

comprensión de la importancia de este tipo de procesos, conocer los cambios administrativos y técnicos que conlleva la implementación del PCA y el impacto a nivel del área de salud y de la población.

- El conocer y comprender la cultura y cosmovisión andina permite que los profesionales de la salud respeten, se identifiquen con las costumbres y tradiciones en relación a la atención del parto.
- La inclusión de las parteras tradicionales en la atención materna, permite incrementar las referencias para atención prenatal, parto institucional y emergencias obstétricas.
- Es importante adecuar las condiciones de comodidad, seguridad, higiene y dignidad para la madre, así como la comodidad y seguridad del personal que atiende los partos.
- Las mujeres que dan a luz en espacios humanizados y respetando sus derechos tienen mejor reconocimiento en la calidad, más satisfacción y confianza en el servicio.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El Ministerio de Salud Pública conociendo que el Ecuador es un país multiétnico y pluricultural, ha promocionado desde hace 13 años, de manera simultánea el parto culturalmente adecuado y el parto convencional, con el objetivo de mejorar la cobertura de atención materna y neonatal y reducir así las tasas de mortalidad. Pero hasta el momento no se han realizado estudios en los que se analice el punto de vista de las usuarias al incorporarse las prácticas culturales durante el parto, por lo que nos interrogamos ¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos relacionados con su percepción y que grado de satisfacción producen?

2.2 MÉTODOS

2.2.1 INVESTIGACIÓN

2.2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio Analítico, Exploratorio, Descriptivo, Prospectivo, de corte Transversal.

Es **exploratorio** porque tiene como objetivo el familiarizarnos con un tópico poco estudiado y porque nos sirve para desarrollar métodos a utilizar en estudios profundos. Es **descriptivo** porque queremos conocer una realidad describiendo los fenómenos y sus características.

2.2.1.2 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Es **inductivo** porque parte de los datos particulares para llegar a conclusiones generales. Es **analítico** porque en el análisis del estudio se establecen relaciones entre las variables, de asociación o de causalidad.

2.2.1.3 TIPO DE ESTUDIO

Es **prospectivo** porque se inicia con la exposición de una supuesta causa, y luego sigue a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto. Es **de corte transversal** porque mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal.

2.2.1.4 MUESTRA

El universo de pacientes que corresponde a 40 mujeres que fueron atendidas durante la labor de parto y el parto en los meses de Mayo y Junio del 2012 en el Hospital Raúl Maldonado Mejía.

2.2.2 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

GRUPO O IDENTIDAD CULTURAL: Es el conjunto de valores, orgullos, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elementos dentro de un grupo social y que actúan para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia que hacen parte a la diversidad al interior de las mismas en respuesta a los intereses, códigos, normas y rituales que comparten dichos grupos dentro de la cultura dominante.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario,

secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal).

OCUPACIÓN: Es el modo útil, conveniente o necesario de emplear el tiempo.

PROCEDENCIA: Es el origen de la persona o el principio de donde nace, vive o deriva.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Se define como primípara a la mujer que ha concebido una sola vez, con independencia de que el feto hay progresado o muerto. Se define como múltipara a la mujer que ha tenido varios partos.

POSICIÓN DEL PARTO: La paciente escoge 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.

ACOMPañAMIENTO: 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.

VESTIMENTA: Debido a la importancia del principio humoral en la medicina ancestral, una de las críticas fundamentales hacia el sistema biomédico de salud consiste que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío, debido a que se prefiere que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto.

ALIMENTACIÓN: En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz, para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas. En éste sentido, se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la

finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto.

MANEJO 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.

AMBIENTE: Las salas de labor y parto deberían contar con calefactores que permitan mantener una temperatura abrigada durante todo el proceso del alumbramiento.

ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD: El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debe ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE ESPECÍFICA	CATEGORÍA-ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
1. Grupo cultural	a) Indígena b) Mestizo	Cualitativa
2. Nivel de Instrucción	a) Primaria o Ninguno b) Secundaria o Superior	Cualitativa
3. Ocupación	a) No tiene trabajo fuera de casa b) Tiene trabajo fuera de casa	Cualitativa
4. Procedencia	a) Urbana b) Rural	Cualitativa
5. Antecedentes obstétricos	a) Primípara b) Multípara	Cualitativa

6. Posición del parto	Vertical / Horizontal Por qué? Importancia	Cualitativa
7. Acompañamiento	Si / No Preferencia Beneficios / Perjuicios	Cualitativa
8. Vestimenta	Tradicional o habitual / Bata hospitalaria Por qué?	Cualitativa
9. Alimentación	Benéfico / Perjudicial o sin importancia Por qué? Recibió alimento?	Cualitativa
10. Manejo de la Placenta	Sí / No Cuál? Por qué?	Cualitativa
11. Ambiente	Comodidad Sugerencias	Cualitativa
12. Atención por el personal de salud	Respeto Sugerencias Continuidad del Programa Por qué?	Cualitativa

2.2.3 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Como técnica de recolección de datos se utilizó una encuesta semi-estructurada con áreas temáticas focalizadas, para lo cual se elaboró una pauta guía con una serie de preguntas abiertas y cerradas, relevantes para los fines de esta investigación, dirigida a las mujeres en la etapa de puerperio inmediato o mediato.

2.2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres que cursen embarazo a término clínicamente o por FUM.
- Mujeres que acepten participar en el estudio.
- Mujeres que ingresen en el Hospital en Labor de Parto.
- Mujeres de cualquier edad, etnia y nivel de instrucción.
- Mujeres primigestas y multigestas.

2.2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que ingresen al Hospital en etapa expulsiva del parto.
- Mujeres que cursen al momento de su ingreso al Hospital con un embarazo y parto de alto riesgo.

2.2.3.3 ENCUESTA

El procedimiento de recolección de información consta de una encuesta conformada por variables socio demográficas, de elaboración propia, referida a los datos de grupo cultural, nivel de instrucción, ocupación, procedencia, antecedentes obstétricos, posición durante el parto, acompañamiento durante la labor de parto y el parto, vestimenta, alimentación, manejo de la placenta, ambiente y atención por el personal de salud.

En relación a las variables:

GRUPO CULTURAL: Los resultados indicaron la participación de únicamente dos grupos culturales (indígena y mestizo), por lo que en el análisis solo serán referidos dichos grupos.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Se agrupo aquellas con ningún nivel de instrucción y primaria en un solo grupo pues consideramos que socialmente no existe una diferencia significativa entre ambos. El otro grupo corresponde

al nivel de instrucción secundaria y superior debido a que estos grupos tienen mejores ventajas laborales y sociales.

OCUPACIÓN: Se consideraron dos grupos: las mujeres que no trabajan fuera del hogar (que incluyó la participación de mujeres que se dedicaban a los quehaceres domésticos y estudiantes) y las mujeres que trabajan fuera del hogar (independientemente de la actividad a la que se dedica) en relación al aporte económico que realizan a sus hogares.

POSICIÓN DEL PARTO:

- a) Fueron agrupadas dentro de parto vertical las posiciones de rodillas, sentada o semisentada, cogida de la soga y de manos y pies; en parto horizontal se incluyó la posición acostada.
- b) La razón por la que escogieron la posición se clasificó en por decisión propia que incluye por costumbre y por comodidad; y en por consejo médico.
- c) En relación a la importancia de escoger la posición se analizó dos variables categóricas (sí/no) y su explicación a través de una pregunta abierta.

ACOMPañAMIENTO DURANTE LA LABOR DE PARTO Y PARTO:

- a) Se investigó la presencia de un acompañante durante la labor de parto y el parto.
- b) La preferencia del acompañamiento se clasificó en partera y familiares, este último incluyó madre, esposo y otros.
- c) Se interrogó sobre los beneficios y perjuicios del acompañamiento por medio de preguntas abiertas.

VESTIMENTA DURANTE LA LABOR DE PARTO Y PARTO:

- a) Se analizó la preferencia del empleo entre la ropa tradicional o habitual de las mujeres y la bata hospitalaria.
- b) Se cuestionó la razón de dicha preferencia por medio de una pregunta abierta.

ALIMENTACIÓN:

- a) Con objeto de acelerar el análisis se dividió en dos grupos: bueno y malo o sin importancia, ya que el objetivo de la investigación es determinar si existe un beneficio al recibir algún tipo de alimentación según la creencia de las mujeres.
- b) Se cuestionó la razón de dicha preferencia por medio de una pregunta abierta.
- c) Se investigó si recibieron algún alimento y cual fue en caso que lo hayan recibido.

MANEJO DE PLACENTA:

- a) Se analizó dos variables categóricas (si/no).
- b) Se cuestionó cuál es la recomendación que las mujeres conocen.
- c) Se cuestionó la razón de dicho manejo especial.

AMBIENTE:

- a) Se analizó dos variables categóricas (si/no) en relación a la comodidad de las instalaciones hospitalarias.

- b) Se preguntó si tenían alguna sugerencia a través de una pregunta abierta.

ATENCIÓN POR EL PERSONAL DE SALUD:

- a) Se analizó dos variables categóricas (si/no) en relación al respeto en la toma de sus decisiones.
- b) Se preguntó si tenían alguna sugerencia a través de una pregunta abierta.
- c) Se preguntó si el Programa de Atención del Parto Culturalmente Adecuado debe continuar a través de variables categóricas (si/no) y
- d) Se cuestionó la razón de dicha continuidad por medio de una pregunta abierta.

2.2.4 ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de los datos obtenidos durante el estudio, se utilizó un software que realice un análisis estadístico de información, organización y diseño de los resultados en informes, como es el caso del EPI INFO versión 3.5.3, donde se obtuvieron valores de OR, IC, Chi square, Mantel y promedio. Las preguntas con respuesta abierta se las analizo manualmente. Se complemento con la utilización del programa EXCEL 2007 para la realización de barras de datos.

2.2.5 CRITERIOS ÉTICOS

- El presente estudio cuenta con la autorización del director del Hospital Raúl Maldonado Mejía.
- Las mujeres embarazadas que ingresen a este Hospital en labor de parto, y que reúnan los criterios de inclusión para el estudio:
 - a) Serán informadas sobre la investigación (*objetivos, metodología, ventajas, riesgos*);
 - b) Se les garantizará que:
 - I. Las encuestas son anónimas.
 - II. Se guardará absoluta confidencialidad con los datos recolectados.
 - III. Los resultados del estudio constarán en el Documento Final de la Tesis, mismo que lo podrán consultar en el Archivo de la Facultad o en la Biblioteca General de la PUCE luego de 6 a 8 meses;
 - c) Se les informará verbalmente que su colaboración es libre y voluntaria;
 - d) Sólo quienes acepten participar recibirán el Formulario de Consentimiento Informado para que lo firmen conjuntamente con la investigadora; y,
 - e) El rigor de este proceso secuencial se mantendrá hasta completar el número de mujeres establecido en la muestra (40).
 - Las mujeres que aceptan entrar en nuestro estudio, no estarán expuestas a ningún tipo de riesgo. Ya que solo se obtendrá información acerca de su apreciación cultural, y el nivel de satisfacción durante la labor del parto y el parto.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Debido a que inicialmente esta investigación fue considerada únicamente de tipo cualitativo, la muestra obtenida fue por fines especiales en donde se escogieron a 40 parturientas que cumplieron con los criterios de inclusión ya definidos anteriormente.

3.1.1 TAMAÑO MUESTRAL

El universo de pacientes que corresponde a 40 mujeres que fueron atendidas durante la labor de parto y el parto en los meses de Mayo y Junio del 2012 en el Hospital Raúl Maldonado Mejía.

3.1.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRUPO CULTURAL

6.1 POSICIÓN DEL PARTO

V: Vertical, H: Horizontal

		+ Disease -		
		V	H	
Indigena	+	5	8	13
Mestiza	-	7	20	27
		12	28	40

Analysis of Single Table
Odds ratio = 1.79 IC: 0.35- 9.16
Cornfield 95% confidence limits for OR
Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3247197
2-tailed P-value: 0.4759509

6.2 PORQUE ESCOGIÓ ESA POSICIÓN

DP: Deseo Propio, CM: Consejo Medico

		+ Disease -		
		DP-	CM-	
Mestiza	+	19	8	27
Indigena	-	9	4	13
E		28	12	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.06 IC: 0.20-5.48
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6088427
 2-tailed P-value: 1.0000000

6.3 LE PARECE IMPORTANTE ESCOGER LA POSICIÓN

		+ Disease -		
		Si-	No-	
Indigena	+	14	1	15
Mestiza	-	26	3	29
		40	4	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.62 IC: 0.13-44.41
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.5787140
 2-tailed P-value: 1.0000000

7.1 ACOMPAÑAMIENTO DURANTE LOS DOLORES DE PARTO

		+ Disease -		
		Si-	No-	
Mestiza	+	24	3	27
Indigena	-	11	2	13
		35	5	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.45 IC: 0.14-13.32
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.5305832
 2-tailed P-value: 1.0000000

7.2 PREFERENCIA DURANTE LOS DOLORES DE PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

		+ Disease -		
		Part	Fam	
Indigena	+	2	13	15
Mestiza	-	1	28	29
		3	41	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 4.31 IC: 0.27-132.92
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.2642706
 2-tailed P-value: 0.2642706

7.5 ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PARTO

+ Disease -

Analysis of Single Table

	Si	No	
Mestiza +	16	11	27
Indigena-	3	10	13
	19	21	40

Odds ratio = 4.85 IC: 0.90-29.09
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 4.49 p: 0.0340636

7.6 PREFERENCIA DURANTE EL PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

	+ Disease -		
	Part	Fam	
Indigena +	2	13	15
Mestiza -	1	28	29
	3	41	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 4.31 IC: 0.27-132.92
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.2642706
 2-tailed P-value: 0.2642706

8. VESTIMENTA

T: Tradicional, BH: Bata del Hospital

	+ Disease -		
	T	BH	
Mestiza +	21	6	27
Indigena-	9	4	13
	30	10	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.56 IC: 0.28-8.66
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.4142615
 2-tailed P-value: 0.7003794

9.1 ALIMENTACIÓN

B: Bueno, M: Malo o Sin importancia

	+ Disease -		
	B	M	
Mestiza +	12	15	27
Indigena-	3	10	13
	15	25	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.67 IC: 0.50-15.76
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.1694074
 2-tailed P-value: 0.2983979

9.2 LE DIERON ALGÚN ALIMENTO

		+ Disease -		
		Si	No	
Mestiza	+	10	19	29
Indigena	-	1	14	15
		11	33	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 7.37 IC: 0.78-172.02
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.0436866
 2-tailed P-value: 0.0669574

10. MANEJO DE LA PLACENTA

		+ Disease -		
		Si	No	
Mestiza	+	9	18	27
Indigena	-	3	10	13
		12	28	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.67 IC: 0.30-10.05
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3911573
 2-tailed P-value: 0.7158770

11. COMODIDAD DEL AMBIENTE

		+ Disease -		
		Si	No	
Indigena	+	14	1	15
Mestiza	-	24	5	29
		38	6	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.92 IC: 0.27- 72.98
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3196385
 2-tailed P-value: 0.6467153

12.1 PERSONAL DE SALUD RESPETARON SUS CREENCIAS Y TRADICIONES

		+ Disease -		
		Si	No	
Indigena	+	14	1	15
Mestiza	-	27	2	29
		41	3	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.04 IC: 0.06-31.77
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.7357294
 2-tailed P-value: 1.0000000

12.3 DEBEN CONTINUAR CON ESTA ATENCIÓN

		+ Disease -	
		Si	No

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.04 IC: 0.06 -31.77

Indigena	+	14	1	15
Mestiza	-	27	2	29
		41	3	44

Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.7357294
 2-tailed P-value: 1.0000000

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

6.1 POSICIÓN

V: Vertical, H: Horizontal

		+ Disease -		
		V	H	
Primaria	+	6	11	17
Secundaria	-	6	17	23
		12	28	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.55 IC: 0.32-7.46
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 0.38 p: 0.5350838

6.2 PORQUE ESCOGIÓ ESA POSICIÓN

DP: Deseo Propio, CM: Consejo Médico

		+ Disease -		
		DP	CM	
Secundaria	+	17	6	23
Primaria	-	11	6	17
		28	12	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.55 IC: 0.32-7.46
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 0.38 p: 0.5350838

6.3 LE PARECE IMPORTANTE ESCOGER LA POSICIÓN

		+ Disease -		
		Si	No	
Secundaria	+	24	1	25
Primaria	-	16	3	19
		40	4	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 4.50 IC: 0.36-123.37
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.2070040
 2-tailed P-value: 0.3001893

7.1 ACOMPAÑANTE DURANTE LOS DOLORES DE PARTO

+ Disease -

Analysis of Single Table

		Si	No	
Primaria	+	15	2	17
Secundaria	-	20	3	23
		35	5	40

Odds ratio = 1.13 IC: 0.13-11.26
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6459496
 2-tailed P-value: 1.0000000

7.2 PREFERENCIA DURANTE LOS DOLORES DE PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

		+ Disease -		
		Part	Fam	
Secundaria	+	24	1	25
Primaria	-	17	2	19
		41	3	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.82 IC: 0.18- 86.07
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3959529
 2-tailed P-value: 0.5696164

7.5 ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PARTO

		+ Disease -		
		Si	No	
Secundaria	+	11	12	23
Primaria	-	8	9	17
		19	21	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.03 IC: 0.24- 4.36
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 0.00 p: 0.9621683

7.6 PREFERENCIA DURANTE EL PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

		+ Disease -		
		Part	Fam	
Secundaria	+	24	1	25
Primaria	-	17	2	19
		41	3	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.82 IC: 0.18-86.07
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3959529
 2-tailed P-value: 0.5696164

8. VESTIMENTA

T: Tradicional, BH: Bata del Hospital

+ Disease -

Analysis of Single Table

		T	BH	
Secundaria	+	18	5	23
Primaria	-	12	5	17
		30	10	40

Odds ratio = 1.50 IC: 0.29-7.92
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.4234961
 2-tailed P-value: 0.7165683

9.1 ALIMENTACIÓN

B: Buena, M: Mala o sin importancia

		+ Disease -		
		B	M	
Secundaria	+	9	14	23
Primaria	-	6	11	17
		15	25	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.18 IC: 0.27-5.27
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 0.06 p: 0.8067386

9.2 LE DIERON ALGÚN ALIMENTO

		+ Disease -		
		Si	No	
Secundaria	+	7	16	23
Primaria	-	2	15	17
		9	31	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 3.28 IC: 0.49-27.37
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.1554054
 2-tailed P-value: 0.2556899

10. MANEJO DE LA PLACENTA

		+ Disease -		
		Si	No	
Secundaria	+	8	15	23
Primaria	-	4	13	17
		12	28	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.73 IC: 0.35-8.99
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 0.57 p: 0.4483906

11. COMODIDAD DEL AMBIENTE

		+ Disease -	
		Si	No

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.40 IC: 0.19-66.20

Primaria	+	16	1	17
Secundaria	-	20	3	23
		36	4	40

Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.4263267
 2-tailed P-value: 0.6235037

12.1 PERSONAL DE SALUD RESPETARON SUS CREENCIAS Y TRADICIONES

		+ Disease -		
		Si	No	
Secundaria	+	24	1	25
Primaria	-	17	2	19
		41	3	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.82 IC: 0.18-86.07
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3959529
 2-tailed P-value: 0.5696164

12.3 DEBEN CONTINUAR CON ESTA ATENCIÓN

		+ Disease -		
		Si	No	
Primaria	+	18	1	19
Secundaria	-	23	2	25
		41	3	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.57 IC: 0.10-47.59
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6040471
 2-tailed P-value: 1.0000000

OCUPACIÓN

6.1 POSICIÓN

V: Vertical, H: Horizontal

		+ Disease -	
		V	H

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.20 IC: 0.21-7.42

Casa +	9	20	29
Fuera-	3	8	11
	12	28	40

Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.5703734
 2-tailed P-value: 1.0000000

6.2 PORQUE ESCOGIÓ ESA POSICIÓN

DP: Deseo Propio, CM: Consejo Médico

	+ Disease -		
	DP	CM	
Fuera +	8	3	11
Casa -	20	9	29
	28	12	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.20 IC: 0.21-7.42
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.5703734
 2-tailed P-value: 1.0000000

6.3 LE PARECE IMPORTANTE ESCOGER LA POSICIÓN

	+ Disease -		
	Si	No	
Fuera +	12	1	13
Casa -	28	3	31
	40	4	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.29 IC: 0.10-35.61
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6622419
 2-tailed P-value: 1.0000000

7.1 ACOMPAÑAMIENTO DURANTE LOS DOLORES DE PARTO

	+ Disease -		
	Si	No	
Casa +	26	3	29
Fuera -	9	2	11
	35	5	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.93 IC: 0.19-18.23
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.4224751
 2-tailed P-value: 0.6029516

7.2 PREFERENCIA DURANTE DOLORES DE PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

+ Disease -

Analysis of Single Table

		Part	Fam	
Fuera +		2	11	13
Casa -		1	30	31
		3	41	44

Odds ratio = 5.45 IC: 0.33-170.27
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.2041679
 2-tailed P-value: 0.2041679

7.5 ACOMPAÑANTE DURANTE EL PARTO

		+ Disease -		
		Si	No	
Casa +		14	15	29
Fuera -		5	6	11
		19	21	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.12 IC: 0.23-5.59
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 0.02 p: 0.8748187

7.6 PREFERENCIA DURANTE EL PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

		+ Disease -		
		Part	Fam	
Fuera +		2	11	13
Casa -		1	30	31
		3	41	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 5.45 IC: 0.33- 170.27
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.2041679
 2-tailed P-value: 0.2041679

8. VESTIMENTA

T: Tradicional, BH: Bata del Hospital

		+ Disease -		
		T	BH	
Casa +		25	4	29
Fuera -		5	6	11
		30	10	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 7.50 IC: 1.22-51.62
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.0144484
 2-tailed P-value: 0.0144484

9.1 ALIMENTACIÓN

B: Buena, M: Mala o sin importancia

+ Disease -

Analysis of Single Table

		B	M	
Casa +		12	17	29
Fuera-		3	8	11
		15	25	40

Odds ratio = 1.88 IC: 0.34-11.37
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3287989
 2-tailed P-value: 0.4861207

9.2 LE DIERON ALGÚN ALIMENTO

		+ Disease -		
		Si	No	
Casa +		10	21	31
Fuera -		1	12	13
		11	33	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 5.71 IC: 0.60-134.12
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.0862200
 2-tailed P-value: 0.1320763

10. MANEJO DE LA PLACENTA

		+ Disease -		
		Si	No	
Casa +		10	19	29
Fuera -		2	9	11
		12	28	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.37 IC: 0.36-19.54
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.2745940
 2-tailed P-value: 0.4506955

11. COMODIDAD DEL AMBIENTE

		+ Disease -		
		Si	No	
Fuera +		10	1	11
Casa -		26	3	29
		36	4	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.15 IC: 0.09-32.49
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6996936
 2-tailed P-value: 1.0000000

12.1 PERSONAL DE SALUD RESPETARON CREENCIAS Y TRADICIONES

		+ Disease -		
		Si	No	
Casa +		29	2	31

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.21 IC: 0.0-19.92
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6606010

Fuera-	12	1	13
	41		3
			44

2-tailed P-value: 1.0000000

12. 3 DEBEN CONTINUAR CON ESTA ATENCION

	+ Disease -		
	Si	No	
Casa +	29	2	31
Fuera -	12	1	13
	41		3
			44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.21 IC: 0.0-19.92
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6606010
 2-tailed P-value: 1.0000000

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

6.1 POSICIÓN

V: Vertical, H: Horizontal

	+ Disease -		
	V	H	
Primipara +	8	12	20
Multipara -	4	16	20
	12		28
			40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.67 IC: 0.54-13.99
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 1.86 p:0.1729549

6.2 PORQUE ESCOGIÓ ESA POSICIÓN

DP: Deseo Propio, CM: Consejo Médico

	+ Disease -		
	DP	CM	
Primipara +	15	5	20
Multipara -	13	7	20
	28		12
			40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.62 IC: 0.34- 7.88
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 0.46 p:0.4956278

6.3 LE PARECE IMPORTANTE ESCOGER LA POSICIÓN

+ Disease -

Analysis of Single Table

		Si	No	
Multipara	+	19	1	20
Primipara	-	19	1	20
		38	2	40

Odds ratio = 1.00 IC: 0.0-40.11
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.7564103
 2-tailed P-value: 1.0000000

		+ Disease -		
		Si	No	
Primipara	+	19	1	20
Multipara	-	19	1	20
		38	2	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.00 IC: 0.0- 40.11
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.7564103
 2-tailed P-value: 1.0000000

7.1 ACOMPAÑANTE DURANTE LOS DOLORES DE PARTO

		+ Disease -		
		Si	No	
Primipara	+	21	1	22
Multipara	-	16	6	22
		37	7	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 7.88 IC: 0.78-191.89
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.0472861
 2-tailed P-value: 0.0945722

7.2 PREFERENCIA DURANTE LOS DOLORES DE PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

		+ Disease -		
		Part	Fam	
Multipara	+	2	20	22
Primipara	-	1	21	22
		3	41	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.10 IC: 0.13-63.81
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.5000000
 2-tailed P-value: 1.0000000

7.5 ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PARTO

		+ Disease -		
		Si	No	
Primipara	+	11	9	20

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.83 IC: 0.44-7.84
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 0.88 p: 0.3482841

Multipara -	8	12	20
	└──┬──┘		
	19	21	40

7.6 PREFERENCIA DURANTE EL PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

	+ Disease -		
	┌──Part──┐ ┌──Fam──┐		
Multipara +	2	20	22
	└──┬──┘		
Primipara -	1	21	22
	└──┬──┘		
	3	41	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.10 IC: 0.13- 63.81
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.5000000
 2-tailed P-value: 1.0000000

8. VESTIMENTA

T: Tradicional, BH: Bata del Hospital

	+ Disease -		
	┌──T──┐ ┌──BH──┐		
Multipara +	16	4	20
	└──┬──┘		
Primipara -	14	6	20
	└──┬──┘		
	30	10	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.71 IC: 0.33-9.33
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 0.52 p: 0.4708417

9.1 ALIMENTACIÓN

B: Buena, M: Mala o sin importancia

	+ Disease -		
	┌──B──┐ ┌──M──┐		
Primipara +	12	8	20
	└──┬──┘		
Multipara -	3	17	20
	└──┬──┘		
	15	25	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 8.50 IC: 1.55-52.99
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 8.42 p: 0.0037030

9.2 LE DIERON ALGÚN ALIMENTO

	+ Disease -		
	┌──Si──┐ ┌──No──┐		
Primipara +	6	14	20

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.43 IC: 0.42-15.31
 Cornfield 95% confidence limits for OR

Multipara -	-----		20
	3	17	

	9	31	40

Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.2252882
2-tailed P-value: 0.4505765

10. MANEJO DE LA PLACENTA

+ Disease -			

Primipara +	-----		20
	8	12	
Multipara -	-----		20
	4	16	

	12	28	40

Analysis of Single Table
Odds ratio = 2.67 IC: 0.54- 13.99
Cornfield 95% confidence limits for OR
Mantel-Haenszel: 1.86 p: 0.1729549

11. COMODIDAD DEL AMBIENTE

+ Disease -			

Primipara +	-----		22
	21	1	
Multipara -	-----		22
	17	5	

	38	6	44

Analysis of Single Table
Odds ratio = 6.18 IC: 0.59-153.90
Cornfield 95% confidence limits for OR
Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.0926415
2-tailed P-value: 0.1852830

12.1 PERSONAL DE SALUD RESPETARON SUS CREENCIAS Y TRADICIONES

+ Disease -			

Primipara +	-----		22
	21	1	
Multipara -	-----		22
	20	2	

	41	3	44

Analysis of Single Table
Odds ratio = 2.10 IC: 0.13-63.81
Cornfield 95% confidence limits for OR
Fisher exact: 1-tailed P-value:
2-tailed P-value:

12.3 DEBEN CONTINUAR CON ESTA ATENCIÓN

+ Disease -			

Primipara +	-----		22
	21	1	

Analysis of Single Table
Odds ratio = 2.10 IC: 0.13- 63.81
Cornfield 95% confidence limits for OR

		+ Disease -		
		Si	No	
Urbana	+	15	2	17
Rural	-	20	3	23
		35	5	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.13 IC: 0.13-11.26
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6459496
 2-tailed P-value: 1.0000000

7.2 PREFERENCIA DURANTE LOS DOLORES DE PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

		+ Disease -		
		Part	Fam	
Rural	+	2	23	25
Urbana	-	1	18	19
		3	41	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.57 IC: 0.10- 47.59
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6040471
 2-tailed P-value: 1.0000000

7.5 ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PARTO

		+ Disease -		
		Si	No	
Urbana	+	11	6	17
Rural	-	8	15	23
		19	21	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 3.44 IC: 0.77-16.04
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 3.42 p: 0.0643310

7.6 PREFERENCIA DURANTE EL PARTO

Part: Partera, Fam: Familiar

		+ Disease -		
		Part	Fam	
Rural	+	2	23	25
Urbana	-	1	18	19
		3	41	44

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.57 IC: 0.10- 47.59
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6040471
 2-tailed P-value: 1.0000000

8. VESTIMENTA

T: Tradicional, BH: Bata del Hospital

+ Disease -

Analysis of Single Table

		T BH		
Urbana +		14	3	17
Rural -		16	7	23
		30	10	40

Odds ratio = 2.04 IC: 0.36-12.50
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.2930722
 2-tailed P-value: 0.4709275

9.1 ALIMENTACIÓN

B: Buena, M: Mala o sin importancia

		+ Disease -		
		B M		
Urbana +		8	9	17
Rural -		7	16	23
		15	25	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.03 IC: 0.46-9.21
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 1.12 p: 0.2891049

9.2 LE DIERON ALGÚN ALIMENTO

		+ Disease -		
		Si No		
Urbana +		5	12	17
Rural -		4	19	23
		9	31	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 1.98 IC: 0.36-11.38
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3006757
 2-tailed P-value: 0.4560811

10. MANEJO DE LA PLACENTA

		+ Disease -		
		Si No		
Urbana +		7	10	17
Rural -		5	18	23
		12	28	40

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.52 IC: 0.52-12.67
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Mantel-Haenszel: 1.71 p: 0.1903830

11. COMODIDAD DEL AMBIENTE

		+ Disease -		
		Si No		
Rural +		22	1	23

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 4.71 IC: 0.37- 130.79
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.1971769

Urbana -	14	3	17
	36	4	40

2-tailed P-value: 0.2940694

12.1 PERSONAL DE SALUD RESPETARON SUS CREENCIAS Y TRADICIONES

		+ Disease -		
		Si	No	
Rural +	24	1	25	
Urbana -	17	2	19	
	41	3	44	

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.82 IC: 0.18-86.07
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3959529
 2-tailed P-value: 0.5696164

12.3 DEBEN CONTINUAR CON ESTA ATENCIÓN

		+ Disease -		
		Si	No	
Urbana +	24	1	25	
Rural -	17	2	19	
	41	3	44	

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 2.82 IC: 0.18-86.07
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3959529
 2-tailed P-value: 0.5696164

Los resultados obtenidos en el presente estudio no produjeron una asociación estadísticamente significativa; sin embargo se encontraron las siguientes relaciones:

De todas las mujeres que participaron en este estudio y:

- Que en el momento de dar a luz se encontraban en posición vertical tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Indígena, tener un nivel de instrucción Primaria o Ninguna, no tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Rural y ser Primíparas.

- Que en el momento de dar a luz escogieron la posición por deseo propio, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Mestiza, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Rural y ser Primíparas.
- Que si les parece importante que en el hospital le hayan permitido escoger la posición para dar a luz, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Indígena, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Rural y no se encontró una asociación entre ser Primíparas o Multíparas.
- Que si estuvieron acompañadas durante los dolores de parto, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Mestiza, tener un nivel de instrucción Primaria o Ninguno, no tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Urbana y ser Primíparas.
- Que prefirieron estar acompañadas por una partera durante los dolores de parto, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Indígena, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Rural y ser Multíparas.
- Que estuvieron acompañadas durante el parto, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Mestiza, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, no tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Urbana y ser Primíparas.
- Que prefirieron estar acompañadas por una partera durante el parto, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Indígena, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Rural y ser Multíparas.

- Que les pareció más conveniente y cómodo utilizar su ropa tradicional o habitual durante los dolores de parto y el parto, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Mestiza, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, no tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Urbana y ser Multíparas.
- Que creen que comer alimentos durante los dolores de parto y el parto es bueno, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Mestiza, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, no tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Urbana y ser Primíparas.
- Que les dieron algún alimento durante la labor de parto y/o el parto, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Mestiza, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, no tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Urbana y ser Primíparas.
- Que en su cultura si hay alguna recomendación especial para el manejo de la placenta después de que ha salido, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Mestiza, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, no tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Urbana y ser Primíparas.
- Que si se sintieron cómodas en las salas del hospital durante la labor de parto y el parto, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Indígena, tener un nivel de instrucción Primaria o Ninguno, tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Rural y ser Primíparas.
- Que creen que los médicos y enfermeras si respetaron sus creencias o tradiciones con la nueva forma de atención durante los dolores de parto

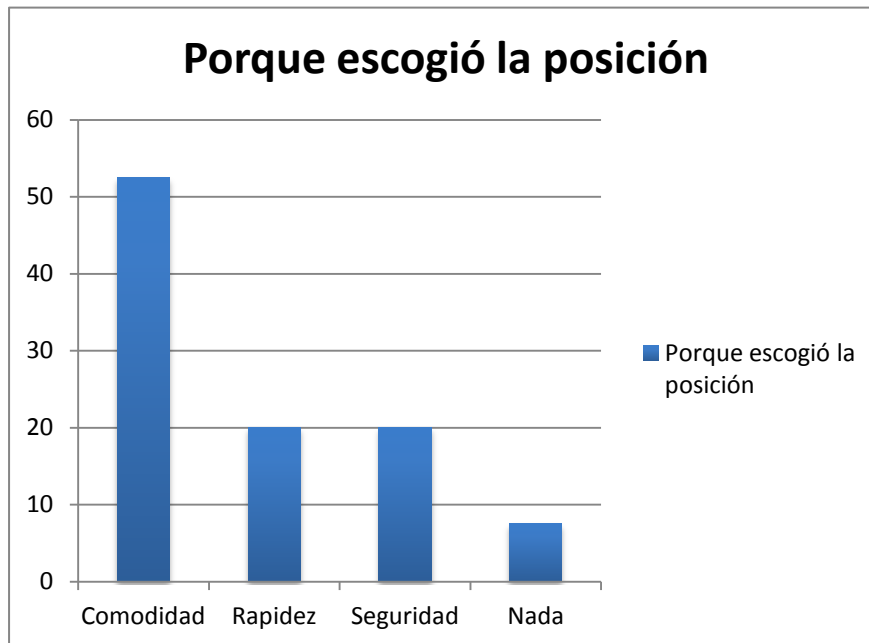
y el parto, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Indígena, tener un nivel de instrucción Secundaria o Superior, no tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Rural y ser Primíparas.

- Que creen que el hospital si debe continuar atendíéndolas cuando dan a luz, de la forma en que las atendieron en esta ocasión, tenían una mayor probabilidad de pertenecer al grupo cultural Indígena, tener un nivel de instrucción Primaria o Ninguno, no tener un trabajo fuera de casa, provenir del área Urbana y ser Primíparas.

ANÁLISIS DE PREGUNTAS CON RESPUESTA ABIERTA:

6.3.1 ¿POR QUÉ LE PARECE IMPORTANTE QUE EL HOSPITAL LE HAYA PERMITIDO ESCOGER LA POSICIÓN PARA DAR A LUZ?

	Comodidad	Rapidez	Seguridad	Nada
Porque escogió la posición	52,5%	20%	20%	7,5%



La mayoría de las mujeres que participaron en este estudio creen que es importante que el hospital les haya permitido escoger la posición para dar a luz porque brinda más comodidad, facilidad y fuerza al momento de pujar.

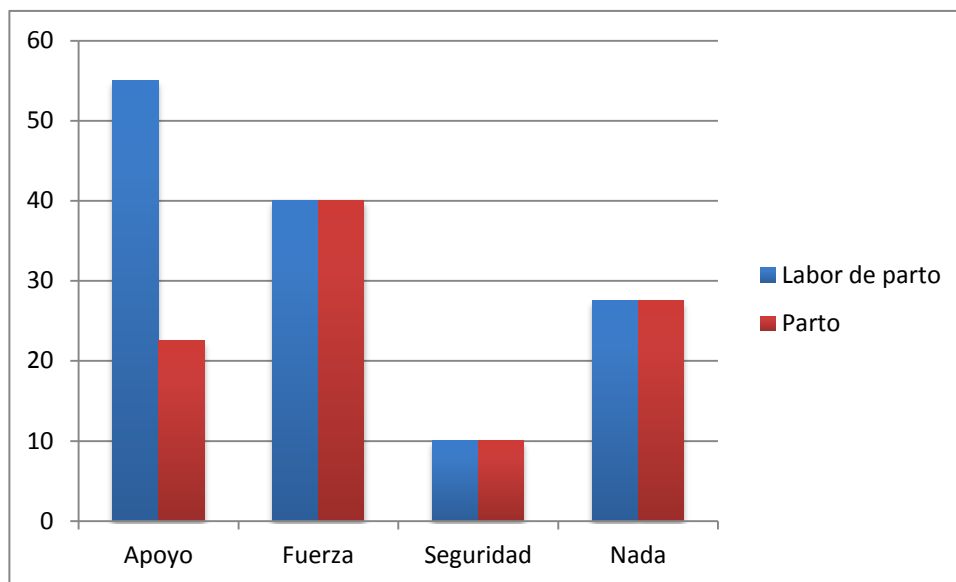
En menor cantidad creen que escoger la posición para dar a luz es importante porque permite que el bebe nazca más rápido y además consideran que es una decisión propia que se debe respetar y que les da seguridad.

Una mínima cantidad por falta de una experiencia anterior (primíparas) no encuentran una razón por la que consideren importante que el hospital permita escoger la posición para dar a luz, o en el caso de multíparas, simplemente no le dan valor a la posición cuando se da a luz.

7.3 y 7.7 ¿EN QUÉ LE AYUDA EL ESTAR ACOMPAÑADA DURANTE LOS DOLORES DE PARTO Y EL PARTO?

	Apoyo	Fuerza	Seguridad	Nada
Labor de	55%	40%	10%	27,5%

parto				
Parto	22,5%	40%	10%	27,5%



La mayoría de las mujeres que participaron en el presente estudio afirman que el acompañamiento durante la labor de parto permite que se sientan apoyadas independientemente de si su acompañante era un familiar o una partera;

algunas de sus expresiones fueron “mi esposo me daba ánimo mientras yo estaba con los dolores de parto”, “el estar acompañada por mi hermana durante los dolores de parto me dio más seguridad para poder dar a luz”, incluso una mujer que estuvo acompañada por toda su familia exclamó “cuando mi familia me acompañó durante los dolores, ellos me dieron alivio, me animaban y me daban alegría”.

Otra de las razones por las cuales las mujeres que participaron en este estudio justificaron el acompañamiento durante los dolores de parto fue que se sentían con más fuerzas para pujar y que les brindaba seguridad el hecho de sentirse acompañadas, ya que como ellas mismo expresan “el estar

acompañada durante los dolores de parto me dió más seguridad, no se está sola”, “cuando yo estaba con los dolores de parto, me apoyaba en mi esposo y eso me daba fuerzas”.

La mayoría de las mujeres que participaron en este estudio creen que el estar acompañada durante el parto provee de fuerzas al momento de pujar; puesto que su acompañante la motiva, la sostiene y ayuda para que pueda acomodarse de una mejor manera, permitiendo que el bebe nazca más rápido.

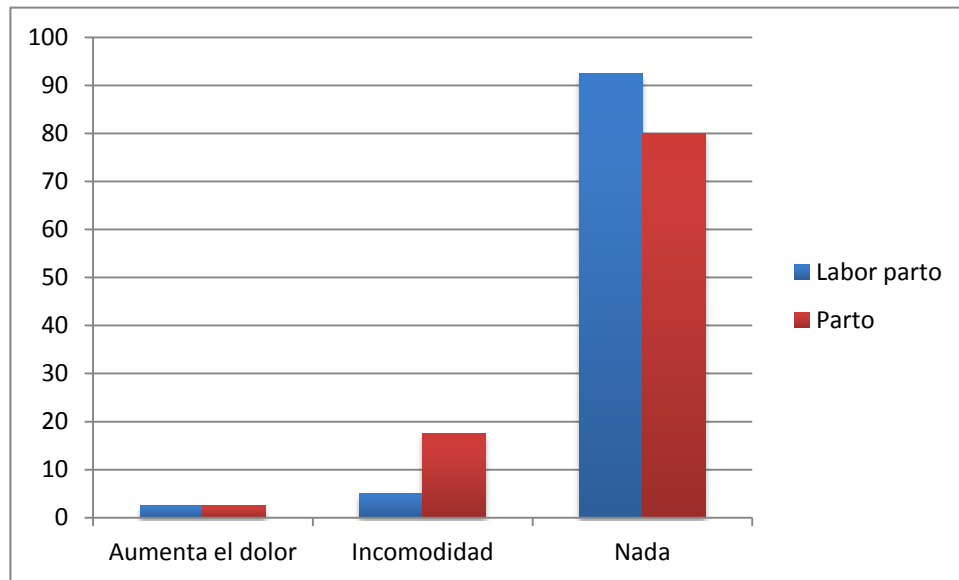
También consideran que el acompañante durante el parto es importante porque les brinda apoyo; con sus palabras de aliento, sus masajes en la espalda, atendiendo a sus necesidades y recibiendo al bebe juntos por primera vez.

El acompañante además les da seguridad, les hace sentir que no están solas y que pueden contar con alguien más en ese momento de dolor máximo en el que pueden sentirse vulnerables e indefensas.

Sin embargo, existe un número menor de participantes que creen que un acompañante durante el parto no ayudaría en nada.

7.4 ¿HAY ALGO DE MALO EN ESTAR ACOMPAÑADA DURANTE LOS DOLORES DE PARTO Y EL PARTO?

	Aumenta el dolor	Incomodidad	Nada
Labor parto	2,5%	5%	92,5%
Parto	2,5%	17,5%	80%



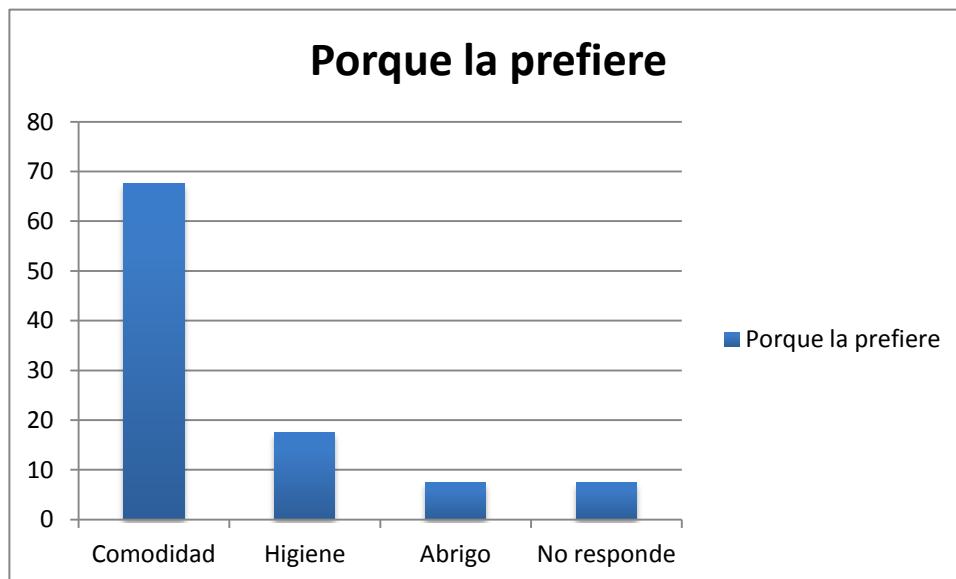
La gran mayoría de mujeres que participaron en este estudio opinan que no hay nada de malo en estar acompañadas durante los dolores de parto.

Dos mujeres participantes dijeron que el parto es traumático y que no deseaban que sus familiares las vean sufrir, mientras que una mujer participante piensa que “si hay alguien cuando uno está con los dolores de parto, da más dolor”.

La mayoría de las participantes en este estudio creen que no hay nada de malo en que este presente un acompañante mientras dan a luz; sin embargo, un pequeño número de mujeres, piensa que la presencia de un acompañante es incomodo puesto que sentirían vergüenza o nervios, debido a que este es un momento muy delicado en el que ellas experimentan mucho dolor, además deben mostrar su cuerpo, adoptar una posición y pujar. Ellas piensan que todas estas situaciones podrían resultar traumáticas e incómodas para sus acompañantes.

8.1 ¿POR QUÉ PREFIRIO UTILIZAR LA VESTIMENTA QUE ESCOGIÓ?

	Comodidad	Higiene	Abrigo	No responde
Porque la prefiere	67,5%	17,5%	7,5%	7,5%



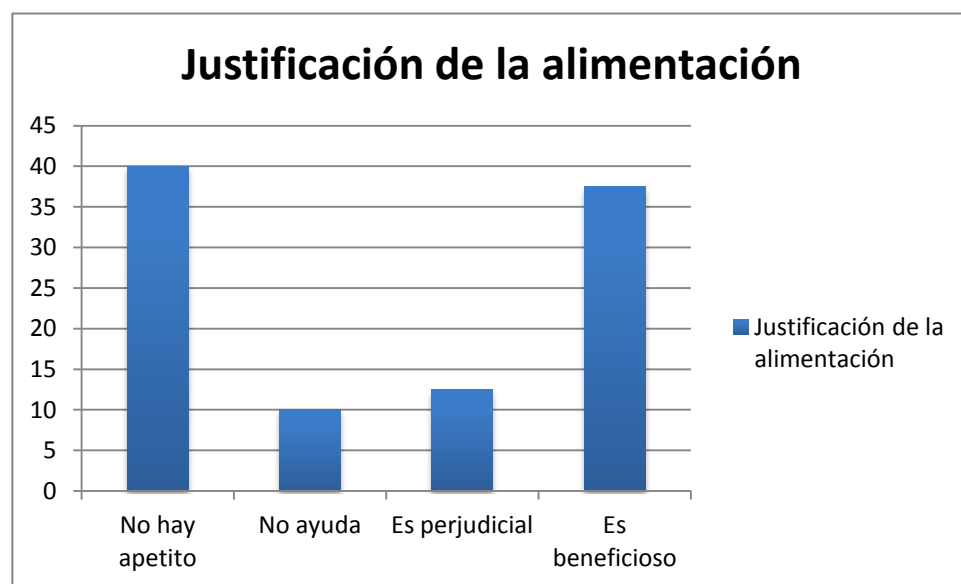
En el estudio que se realizó, la comodidad fue la justificación más frecuente que se encontró dentro de las mujeres participantes en relación al porque escogieron la vestimenta que utilizaron al momento de la labor de parto y el parto.

La mayoría de las mujeres que participaron en este estudio piensan que es mejor utilizar la vestimenta propia porque es más higiénico, debido a la creencia de que la bata que es administrada en el hospital ha sido ya utilizada por varias personas antes que ellas; e incluso ellas ya no tendrán que preocuparse por una prenda que no es suya, en caso de que esta se ensucie; además que es más caliente y ellas ya están acostumbradas a su vestimenta habitual.

Una menor cantidad de mujeres prefieren la bata del hospital porque es más adecuada al momento de dar a luz, además que no la tienen que comprarla, es decir no les cuesta nada.

9.1.1 ¿POR QUÉ COMER ALIMENTOS DURANTE LOS DOLORES DE PARTO Y EL PARTO ES BUENO, MALO O SIN IMPORTANCIA?

	No hay apetito	No ayuda	Es perjudicial	Es beneficioso
Justificación de la alimentación	40%	10%	12,5%	37,5%



La mayoría de las mujeres que participaron en este estudio, piensan que no es necesario ingerir alimentos durante los dolores de parto o el parto porque es muy difícil comer mientras sienten tanto dolor, pues en ese momento no se toma atención a los alimentos y no existe apetito, están únicamente concentradas en manejar el dolor y pujar en el momento adecuado para que el bebe nazca pronto; por lo que alimentarse en estos momentos puede ser malo o sin importancia.

Otras en cambio piensan que los alimentos en estas etapas son importantes porque les dan la fuerza que ellas necesitan para soportar estos momentos y sobre todo cuando deben pujar; además que proporcionan beneficios a posterior, especialmente durante la lactancia “para que me siente leche al momento de lactar” e incluso para el peso favorable del bebe “para que salga gordito”.

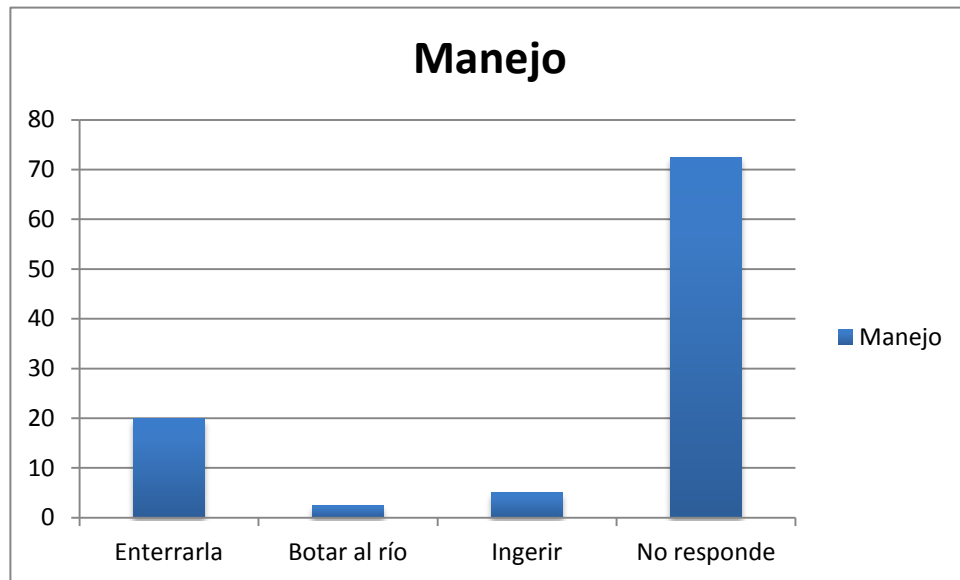
Un número menor de mujeres cree que la alimentación durante la labor de parto y el parto no es necesaria, pues simplemente no ayuda en nada; o que ingerir alimentos puede producir molestias como vomito o dolor abdominal.

9.2.1 ¿QUÉ ALIMENTO LE DIERON?

Todas las mujeres que participaron en este estudio y que recibieron algún alimento durante la labor de parto o el parto recibieron una dieta normal hospitalaria.

10.1 ¿CUÁL ES LA RECOMENDACIÓN PARA MANEJAR LA PLACENTA?

	Enterrarla	Botar al río	Ingerir	No responde
Manejo	20%	2,5%	5%	72,5%

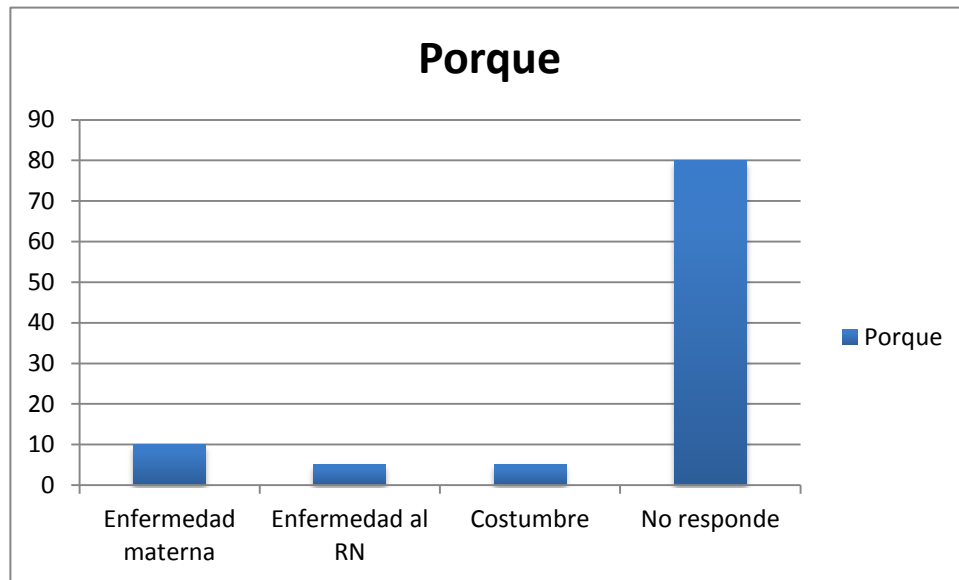


A pesar de que la mayoría de las mujeres participantes respondió que en su cultura no existe un manejo especial de la placenta una vez que esta ha sido expulsada, algunas mujeres consideran que debe ser enterrada.

Un grupo aun más minoritario de mujeres opinó que la placenta debe ser ingerida y solo una participante mencionó que la placenta debe ser desechada en el río.

10.2 ¿POR QUÉ SE TIENEN RECOMENDACIONES PARA MANEJAR LA PLACENTA?

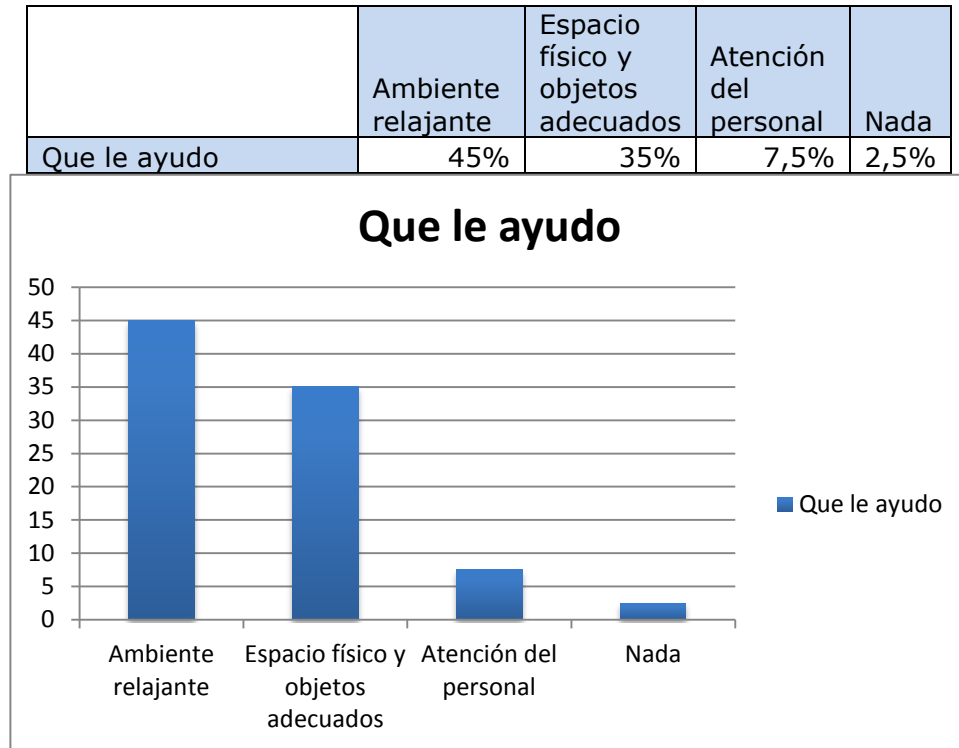
	Enfermedad materna	Enfermedad al RN	Costumbre	No responde
Porque	10%	5%	5%	80%



Del grupo de mujeres que participaron en el estudio y en cuya cultura existe un manejo especial de la placenta, ellas refirieron que las razones para realizar esto son:

- De no realizarse dicho procedimiento se puede producir enfermedad en la mujer que dió a luz o esta puede presentar molestias posteriores como dolores de cabeza o del vientre,
- Se utiliza dicha medida como un método anticonceptivo,
- Al realizar dicho manejo especial se está protegiendo al recién nacido de enfermedades,
- La placenta contiene células madres (a pesar de que cuando se les interrogó sobre el significado y utilidad de estas, no supieron dar una explicación), y
- Simplemente es una costumbre aunque no conocen la razón.

11.1 ¿QUÉ PODRÍA DECIR QUE LE AYUDÓ A SENTIRSE CÓMODA?



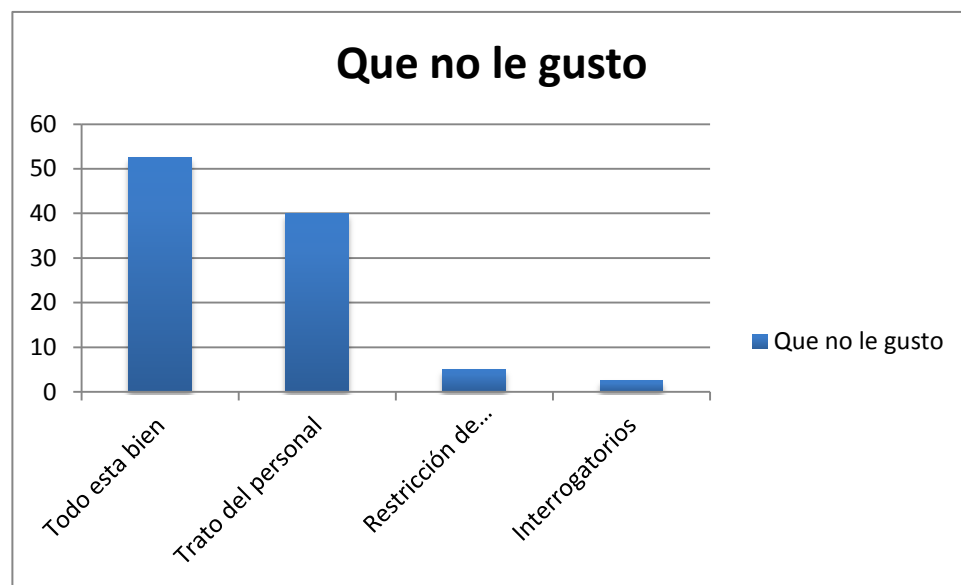
La mayoría de las mujeres que participaron en este estudio se sintieron cómodas en las salas del hospital durante la labor de parto y el parto y creen que el ambiente relajante permitió que esto sucediera, pues la música, las pinturas en las paredes, la temperatura caliente, la tranquilidad y la privacidad de estas salas, les permitieron tener una mejor experiencia.

También le dan gran importancia al espacio físico y los objetos en él, así durante la labor de parto: las pelotas plásticas, las camas, el espacio suficiente para caminar, y durante el parto: la silla para dar a luz y las cuerdas para sujetarse, todos adecuados para dar comodidad. Además fue muy importante la atención del personal y como esta contribuyo para que se sientan cómodas.

Sin embargo muy pocas mujeres creyeron que durante su experiencia no tuvieron comodidad por diferentes factores como el frío, una cama dura y espacio insuficiente para moverse durante la labor de parto.

12.2 ¿QUÉ NO LE GUSTO DE LA ATENCIÓN QUE EL PERSONAL LE BRINDÓ?

	Todo esta bien	Trato del personal	Restricción de acompañantes	Interrogatorios
Que no le gusto	52,5%	40%	5%	2,5%



A pesar de que un gran número de mujeres que participaron en el estudio piensan que la atención que recibieron por parte del personal del hospital es buena, hubo un número considerable de mujeres que piensan que el trato que el personal brinda a las mujeres durante la labor de parto y el parto debería cambiar ya que según refieren existe una falta de respeto cuando ciertas personas se portan groseras y no tiene paciencia, así ellas dicen: “hay algunas enfermeras que son renegadas, que no saben tratarnos bien”, “el personal debería tener un poco más de paciencia ya que los dolores de parto

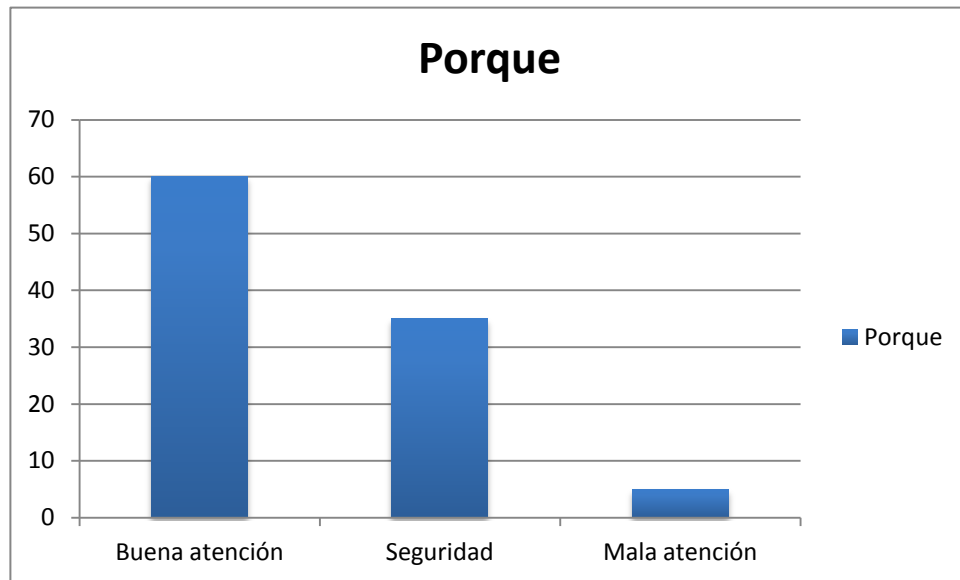
son muy fuertes y uno necesita que le entiendan”, “me dijeron que debería pensar en que voy a ser mamá cuando estaba con dolores de parto”, “no me gusto que no estuvieron todo el tiempo atentos de mis dolores.

Además indican que no existe un control permanente durante la labor de parto, de manera que no sabían como era su avance y estaban llenas de preguntas, como ellas mencionan: “no me valoraban seguido, me tuvieron en el cuarto sin mucho control”, “no me dieron suficiente información mientras tenía los dolores de parto y no me ingresaron pronto porque las enfermeras no querían que manche la cama”.

Una menor cantidad de mujeres refirieron incomodidad en relación a los interrogatorios médicos debido a que “el rato de los dolores es incómodo estar contestando preguntas”.

12.3 ¿POR QUÉ LE PARECE QUE EL HOSPITAL DEBA CONTINUAR ATENDIENDOLA CUANDO DA A LUZ DE LA FORMA EN QUE LA ATENDIERON EN ESTA OCASIÓN?

	Buena atención	Seguridad	Mala atención
Porque	60%	35%	5%



La mayoría de las mujeres que participaron en este estudio creen que el hospital debe continuar con esta forma de atención porque fue buena y profesional, pues el personal de salud respetó sus creencias, tradiciones y deseos durante la labor de parto y el parto; y no solo que ayudaron para que el parto sea seguro y bien atendido sino que apoyaron a la madre para que la experiencia sea más fácil y no tan dolorosa, de manera que les parezca satisfactoria.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

Una vez que hemos finalizado esta investigación, podemos concluir que en general el Programa de Atención del Parto Culturalmente Adecuado que se desarrolla en el Hospital Raúl Maldonado Mejía desde hace 4 años, cumple con los aspectos fundamentales que el Ministerio de Salud del Ecuador ha querido incorporar al programa de salud materno infantil; lo cual nos ha permitido en esta investigación evaluar de una manera real la opinión de las usuarias acerca de la implementación de este programa.

En cuanto a la encuesta; en un inicio se la considero como una entrevista, por lo que el proceso de recolección de la información, fue como tal; además se la formuló con un enfoque en el cual podamos obtener datos para un análisis únicamente cualitativo. Con respecto a las preguntas: Al hablar del grupo racial, la formulación de la pregunta no es clara y pudo haber producido un sesgo. El acompañamiento, no solo debía hacer referencia a la preferencia, sino también a conocer por quien estuvo acompañada realmente, pues aquello afecta la percepción que se generó en la participante acerca de la compañía en estas etapas.

Las preguntas realizadas en la encuesta tocaron todos los aspectos implementados por el hospital, mostrando en general la aceptación por parte de las usuarias y su satisfacción con el programa.

Después de nuestra experiencia en el hospital, pudimos constatar ciertas falencias en el personal de salud que impedían que este programa cumpla con todos los objetivos esperados; se evidenció que a veces el personal médico influye al momento de escoger la posición del parto sugiriendo la posición horizontal. También la alimentación en ocasiones es restringida por indicación médica desde el ingreso de la paciente. Además, algunas mujeres

indicaron que la atención por parte de ciertos médicos y enfermeras continúa siendo impersonal.

Con respecto a las respuestas obtenidas:

El acompañamiento en la población estudiada es importante pero no se considera a la partera como un participante necesario durante la atención de la labor de parto y el parto.

Se evidenció que existe una alta tendencia al empleo de la ropa habitual por costumbre e higiene personal más que por una razón cultural.

La mayoría de mujeres estudiadas, consideran que la alimentación durante estas etapas puede ser perjudicial o sin importancia, lo cual muestra la falta de creencias o conocimientos sobre las costumbres ancestrales y el manejo de las plantas y alimentos que facilitan el parto.

En cuanto al manejo de la placenta, podemos evidenciar como se ha perdido el valor cultural y la importancia que esta tiene en la población estudiada.

En general todas las adecuaciones físicas que se han realizado en el hospital para la implementación de este programa proporcionan comodidad a las usuarias, lo que mejora su experiencia durante esta etapa importante de sus vidas.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

- El programa de atención del Parto Culturalmente Adecuado implementado en el Hospital Raúl Maldonado Mejía es satisfactorio y logra la aceptación por parte de las usuarias.
- Las poblaciones de mujeres que presentan más aceptación hacia el programa del parto culturalmente adecuado son aquellas que pertenecen al grupo cultural Indígena, con un nivel de instrucción Secundaria o Superior, que no trabajan fuera de casa, y que son Multíparas.
- En relación al lugar de procedencia tanto las mujeres que provienen del área Urbana como del área Rural presentan la misma aceptación hacia el programa del parto culturalmente adecuado.

La mayoría de mujeres, independientemente del tipo de población estudiada:

- Prefieren la posición horizontal durante el parto, por deseo propio, y consideran que es importante el que se les permita escoger la posición por comodidad al momento de pujar.
- Estuvieron acompañadas durante los dolores de parto, prefirieron la compañía de un familiar y creen que aquello les brinda comodidad al momento de pujar.
- Prefieren en igual número estar o no acompañadas durante el parto; y aquellas que si estuvieron acompañadas, prefirieron a un familiar pues les da más fuerza para pujar.
- Opinan que no hay ninguna razón por la que ellas no quisieran estar acompañadas durante la labor de parto y el parto

- Prefieren utilizar la ropa habitual o tradicional durante la labor de parto y el parto, atribuyendo que la comodidad fue la razón principal por la que escogieron un tipo determinado de vestimenta.
- Creen que alimentarse durante la labor de parto o el parto es malo o no tiene importancia, pues no lo consideran necesario, y no recibieron alimentos durante estas etapas.
- En su cultura no existe una recomendación especial para el manejo de la placenta.
- Sintieron que el ambiente del hospital fue cómodo; además que el personal de salud respeto sus creencias y tradiciones; y afirman que el hospital debe continuar con esta forma de atención.

CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

1. Este trabajo de investigación debería ser presentado este estudio a todo el personal de salud del Hospital Raúl Maldonado Mejía con la finalidad de darles a conocer las fortalezas y debilidades que el Programa incorporado ha producido en las usuarias del hospital y de este modo se pueda fortalecer y mantener el programa.
2. Sugerimos que se continúen con las capacitaciones dirigidas al personal de salud del Hospital Raúl Maldonado Mejía para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, de manera que se ofrezca este tipo de atención del parto y que se respeten las decisiones de las usuarias.
3. Es aconsejable continuar con estudios similares en los que se tome una muestra que permita encontrar una asociación estadísticamente significativa y que en lo posible se realice una comparación con la atención convencional del parto prestada en otra casa de salud.
4. Finalmente creemos importante la continuación del Programa de Psicoprofilaxis que se ofrece en el Hospital Raúl Maldonado Mejía que forma parte del Programa de Atención del Parto Culturalmente Adecuado.

CAPÍTULO VII. ANEXOS Y BIBLIOGRAFÍA

7.1 ANEXOS

ENTREVISTA

DATOS DE LA PACIENTE

N HCL:

FECHA:

1. Grupo cultural:

Según su criterio, ¿Con que grupo racial se identifica?

- a) Blanco
- b) Mestizo
- c) Negro
- d) Indígena
- e) Otro

¿Cuál? _____

2. Nivel de instrucción:

¿Hasta qué grado de escuela, colegio o universidad estudio?

- a) Primaria Completa
- b) Primaria Incompleta
- c) Secundaria Completa
- d) Secundaria Incompleta
- e) Superior Completa
- f) Superior Incompleta
- g) Ninguno

3. Ocupación:

¿A qué actividad se dedica o cual es su trabajo?

4. Procedencia

¿En qué área vive?

- a) Urbana
- b) Rural

5. Antecedentes obstétricos

Embarazos: Partos: Cesáreas: Abortos:

6. Posición del parto:

6.1 ¿En el momento de dar a luz, en qué posición se encontraba?

- a) De rodillas
- b) Sentada o semisentada
- c) Cogida de la soga
- d) De manos y pies
- e) Acostada

f) Otra
(especifique)_____

6.2 ¿Por que escogió esa posición?

- a) Por consejo médico
- b) Por costumbre
- c) Por comodidad
- d) Otra
(especifique)_____

6.3 ¿Le parece importante que en el hospital le hayan permitido escoger la posición para dar a luz?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

6.3.1 ¿Por qué?

7. Acompañamiento:

7.1 Durante los dolores de parto, ¿Estaba acompañada?

- a) Si
- b) No

7.2 ¿Por quién preferiría estar acompañada durante los dolores de parto?

- a) Partera
 - b) Madre
 - c) Esposo
 - d) Otro (especifique)
-

7.3 ¿En qué le ayuda el estar acompañada durante los dolores de parto?

7.4 ¿Qué hay de malo al estar acompañada durante los dolores de parto?

7.5 Mientras daba a luz, ¿estaba acompañada?

- a) Si
- b) No

7.6 ¿Por quién preferiría estar acompañada mientras da a luz?

- a) Partera
 - b) Madre
 - c) Esposo
 - d) Otro (especifique)
-

7.7 ¿En qué le ayuda el estar acompañada mientras da a luz?

7.8 ¿Qué hay de malo al estar acompañada mientras da a luz?

8. Vestimenta

¿Qué ropa le parece más conveniente y cómoda durante los dolores de parto y al dar a luz?

- a) Tradicional
- b) Bata del hospital

8.1

¿Porqué? _____

9. Alimentación:

9.1 ¿Comer alimentos durante los dolores de parto y mientras da a luz es?

- a) Bueno
- b) Malo
- c) Sin importancia

9.1.1

¿Porqué? _____

9.2 ¿Le dieron algún alimento?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta fue si, conteste lo siguiente:

9.2.1

¿Cual? _____

10. Manejo de la placenta:

¿En su cultura, hay alguna recomendación especial para manejar la placenta después de que ha salido?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta fue si, conteste lo siguiente:

10.1 ¿Cual? _____

10.2 ¿Porqué? _____

11. Ambiente:

¿Las salas donde estuvo durante los dolores de parto y al dar a luz, le hicieron sentirse cómoda?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta fue si, conteste lo siguiente:

11.1 ¿Qué podría decir que le ayudó a sentirse cómoda?

Si su respuesta fue no, conteste lo siguiente:

11.2 ¿Que no le gusto en la sala que se debería cambiar?

12. Atención por el personal de salud:

12.1 ¿Los médicos y las enfermeras, respetaron sus creencias o tradiciones con la nueva forma de atención durante los dolores de parto y al dar a luz?

- a) Si
- b) No

12.2 ¿Qué no le gusto de los médicos y las enfermeras, que deberían cambiar?

12.3 ¿Le parece a usted que este hospital deba continuar atendiéndola cuando da a luz, de la forma en que la atendieron en esta ocasión?

a) Si

b) No

12.3.1

¿Porqué? _____

7.2 BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. MSP del Ecuador. 2008: 17-27.
2. Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud. Plan de Acción. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Art. 1, 44, 84. 2006 – 2008.
3. Constitución Política de la República del Ecuador. Ministerio de Salud Publica. Art. 44. 2008.
4. Zullivan Thelma. Embarazo y parto: costumbres, supersticiones y técnicas prehispánicas de los aztecas y su supervivencia en México. Anuario Indigenista. Instituto Indigenista Interamericano. 1969: 37-51.
5. Marc Becker. Silvia Tutillo. Historia agraria y social de Cayambe. Flacso. Ediciones Abya- yala. Quito, 2009: 27-32; 37- 38.
6. Bernardo Amaila. Parir como diosas: recuperando el parto vertical. Suplemento triple jornada México No 69. 2004: 13-15.
7. Revista ecuatoriana de medicina y ciencias biológicas. Casa de la cultura ecuatoriana. Vol 20 N2. 1984: 5.
8. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile. 2003;131:1061-5.2001;7:62–76.
9. Campos Navarro Roberto. La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud. Mexico. 1998: 36-41.
10. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Proyecto de la salud del recién nacido, niño y Joven. Área de salud Familiar y Comunitaria Área de tecnología y Prestación de servicios de salud. OPS. 2008: 7-11.
11. London R, Anderson P, Cill P, Greenfield S. Educating Medical Students for Work in Culturally Diverse Societies. JAMA. 1999;282:875-80.
12. Beagan B. Teaching Social and Cultural Awareness to Medical Students: “It’s All Very Nice to Talk about It in Theory, But Ultimately It Makes No Difference”. Acad Medicine. 2003;78:605-14.

13. Ibacache J, Chureo F, Mc.Fall S, Quidel J. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe-Pelale. Organización Panamericana de la Salud; 2001: 45-57.
14. Camps V. El derecho a la diferencia. En: Olivé L, compilador. Ética y diversidad cultural. 2º ed. México Df: fondo de Cultura Económica; 2004: 87-101.
15. Reimer S. The Politics of Belonging and Intercultural Health Care. West J Nurs Research. 2003;25:762-80.
16. Escuela Intercultural de Gobierno y Políticas Públicas Programa de Formación de Líderes Indígenas (EIGPP). Guía de aprendizaje colectivo para organizaciones y comunidades. Módulo de Historia y Cosmovisión Indígena. Bolivia. 2007: 7-9; 35-52.
17. Foster, George M., "On the Origin of Humoral Medicine in Latin America", Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol.1, Nº 4 (Dec., 1987): 355.
18. Dr. Estrella Eduardo. Funcion maternal y sexualidad. Un estudio en mujeres de una población campesina de la Provincia de Pichincha. Ediciones Abya-Yala. Ecuador. 1991: 9-21.
19. Chiriguini María Cristina, Vitello María Elina y Luna Nélide, "Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen", ponencia del Cuarto Congreso Chileno Antropología, Universidad de Chile. 2001:37-42.
20. Frisancho Pineda David, Medicina Indígena Popular, Lima Peru 1973: 43-45.
21. Martinez Maria, Vaca Janeth, Vasquez Diana. Creencias y costumbres en madres primi y multigestas respecto al embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido, que demandan atención en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito. 1988: 38-57.
22. Schwarcz Ricardo. Obstetricia, Editorial El Ateneo. Argentina, 1995: 17-42.
23. Benson, Ralph. Schaubert, Laurel. Manual de Ginecología y Obstetricia, Séptima edición. Editorial El Manual Moderno. México. 1985:130-137.
24. Gabbe, Steven, Niebyl Jennifer, Simpson Joe. Obstetricia. Editorial de Marban, España. 2004: 21-30.

25. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. La posición tradicional de atención del parto (parto vertical), en los servicios de salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Mexico. 1998: 5-31.
26. Revista ecuatoriana de medicina y ciencias biológicas. Casa de la cultura ecuatoriana. Vol 20 N2. 1984: 35.
27. Calderón Jorge, Bravo José, Albinagorta Roberto y otros. Parto Vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2008;54:49-57.
28. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). 2007: 42-56.
29. Caldeyro-Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA, Alvarez H, Poseiro JJ, Pose SV, *et al.*: Effect of position changes in the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *Am J Obstet Gynecol* 1960, 80(2): 284-290.
30. Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R: Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1980, 11(1):1-7.
31. Mideros Morales Raúl. Normativa Técnica Nacional de Atención del Parto Vertical en el Ecuador. Octava Versión de la Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical , 2008Ñ 48-71.
32. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). 2002: 23-53.
33. Dr. Estrella Eduardo. Medicina Aborigen. La practica medica aborigen de la Sierra Ecuatoriana. Editorial Epoca. 1977: 23-45.
34. Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud. Plan de Acción. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Art. 1, 44, 84. 2006 – 2008.
35. Reducción de la Mortalidad Materna, Declaración Conjunta OMS/ UNFPA/ Unicef/ Banco Mundial. Ginebra: OMS, 1999:32-38.

36. Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos. Área de Salud N° 12. Hospital Raúl Maldonado Mejía, Cantón-Cayambe. 2011: 9-23.
37. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile. 2003; 131:1061-5. 2001;7:62-76.
38. Becker Marc, Tutillo Silvia. Historia agraria y social de Cayambe. Flacso. Ediciones Abya- yala. Quito, 2009.
39. Salaverry Oswaldo. Interculturalidad en Salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 80-93.
40. Museo de Medicina "Dr. Eduardo Estrella". Colección de piezas arqueológicas. Donación del Dr. Antonio Crespo Burgos y Dr. Santiago Antunez.
41. Guía de aprendizaje colectivo para organizaciones y comunidades. Módulo de Historia y Cosmovisión Indígena. Escuela Intercultural de Gobierno y Políticas Públicas Programa de Formación de Líderes Indígenas (EIGPP). Bolivia. Fondo Indígena. 2007: 29-67.
42. Anuario indigenista. Instituto indigenista Interamericano. México. 1969. Pg 8- 23.
43. Salaverry Oswaldo. Interculturalidad en Salud. La nueva Frontera de la Medicina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 6-7.
44. González Guzmán, Daniel. 2007. Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito, Ecuador.

45. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural (N.T. N° 033-MINSA/DGSP-V.01) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud, 2005.
46. Arguello M. Silvia y Sanhueza A. Ricardo. La Medicina Tradicional ecuatoriana. Quito 1966, vol 33, pags 35-37, 106-107.
47. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, SaKala C. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto. Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software LTD.
48. Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Segunda Reunión de la Salud Intercultural. INFORME DE LA REUNIÓN. Ecuador. 2009: 9.
49. Dialogo bicantonal por la educacion. Cayambe y Pedro Moncayo. Mirada Territorial. Ecuador. 2008: 37-42.
50. Atención Humanizada del Parto y Nacimiento. Por un parto amoroso, libre, consciente y seguro. Nueve lunas. Instituto Nacional de las mujeres. Mexico. Revisión Cochrane traducida de la Biblioteca Cochrane Plus - ISSN 1745-999. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.
51. La posición tradicional de atención del parto (parto vertical), en los servicios de salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Mexico. 2007: 20-54.
52. Bernardo Amaila. Parir como diosas: recuperando el parto vertical. Suplemento triple jornada México No 69. 2004: 23-34.

53. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud. Plan de Acción. Art. 1, 44, 84. 2006 – 2008.
54. Lema Josefina. Manual de la medicina de los pueblos kichwas del Ecuador. Quito. nov 1999: 23-41.
55. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). VI Censo de Población y V de Vivienda. Año 2001.
56. Ibacache J, Chureo F, Mc.Fall S, Quidel J. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe-Pelale. Organización Panamericana de la Salud; 2001: 32-45.
57. Guía de aprendizaje colectivo para organizaciones y comunidades. Módulo de Historia y Cosmovisión Indígena. Escuela Intercultural de Gobierno y Políticas Públicas Programa de Formación de Líderes Indígenas (EIGPP). Bolivia. 2007. Pg 7-32.
58. Dr. Estrella Eduardo. Medicina Aborigen. La práctica médica aborigen de la Sierra Ecuatoriana. Editorial Época. 1977: 34 – 57.