

# Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado



**Ministerio de Salud Pública**

Sistema Nacional de Salud



Proceso de Normatización de SNS

Sub-comisión de Prestaciones del SNS

Componente Normativo Materno Neonatal

Subproceso de salud Intercultural

Agosto del 2008

# Autoridades MSP

Dra. Caroline Chang Campos  
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Ernesto Torres Terán  
SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Carlos Velasco Enríquez  
SUBSECRETARIO PARA LA EXTENSIÓN DE LA  
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes  
SUBSECRETARIO REGIÓN COSTA INSULAR

Dra. Carmen Laspina Arellano  
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dra. Bernarda Salas Moreira  
DIRECTORA NACIONAL DEL PROCESO  
DE NORMATIZACIÓN DEL SNS

Dr. Fernando Calderón  
DIRECTOR DEL SUBPROCESO  
DE MEDICINA INTERCULTURAL

# Autoridades CONASA

Dra. Caroline Chang C.  
Ministra de Salud Pública  
Presidenta del Directorio del CONASA

Ec. Jeannette Sánchez  
Ministra de Inclusión Económica y Social

Ec. Ramiro González  
Presidente Consejo Directivo del IESS

Dr. Guido Terán Mogro  
Delegado Director General del IESS

Dra. Carmen Laspina  
Directora General de Salud

Dr. Marco Álvarez  
Delegado AFEME

Dr. Iván Tinillo  
Representante de los Gremios Profesionales

Dr. Paolo Marangoni  
Representante de la Honorable Junta  
de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Carlos Arreaga  
Representante de SOLCA

CPNV/CSM Av. Dr. Luis Maldonado Arteaga  
Representante de la Fuerza Pública

Ing. Jaime Guevara Blaschke  
Presidente de CONCOPE

Sr. Jonny Terán  
Presidente de AME

Dr. Alfredo Barrero  
Representante de Entidades de Salud  
Privadas con fines de lucro

Dr. Nelson Oviedo  
Representante de Entidades de Salud  
Privadas sin fines de lucro

Ab. Marianela Rodríguez  
Representante Gremios de los  
Trabajadores

Dr. Jorge Luis Prosperi  
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Dra. Mercedes Borrero  
Representante UNFPA en el Ecuador

Ing. Cristian Munduate  
Representante UNICEF - Ecuador

Dr. Hugo Noboa  
Director Ejecutivo CONASA

# Elaborado por:

## EDITORES

- Lic. Sofía Pozo
- Dra. Genny Fuentes
- Dra. Lilián Calderón

## COLABORADORES EN LA EDICIÓN

- Lic. Daniel Gonzalez
- Dra. Cristina Rodriguez
- Dr. Eduardo Yépez

## PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Sr. Ramón Agual  
**Dirigente COMICH-FOIGAG**  
Msc. Dra. María del Carmen Andrade  
**Consultora UNICEF**  
Dra. Gianmino Andre  
**Hospital Provincial de Ambato**  
Dra. Grannina Arroba  
**Hospital Provincial de Ambato**  
Dr. Fernando Astudillo  
**AFEME**  
Lcda. Mercedes Ayala  
**Escuela Nacional de Enfermería**  
Sra. Magdalena Aysabucha  
**Dirigente ECUARUNARI**  
Lic. Elvia Bautista  
**Colaboradora -ECUARUNARI**  
Obs. Eréndira Betancourt  
**Dirección de Salud Provincial de Pichincha**  
Sr. Ramiro Bonilla  
**Subproceso de Salud Intercultural del MSP**  
Sr. Mario Bustos  
**Técnico- PANAI -ECUARUNARI**  
Srta. Delia Caguana  
**Dirigente COMICH**  
Dr. Fernando Calderón  
**Director del subproceso de Medicina Intercultural del MSP**  
Obst. Susana Cañar  
**Docente Escuela de Obstetricia de la UCE**

Dr. Oswaldo Cárdenas  
**Hospital Vicente Corral Moscoso - Cuenca**  
Sr. Emilio Catan  
**Patronato San José Unidad Norte**  
Obs. Msc. Ximena Cevallos  
**Directora Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador.**  
Sra. Blanca Chancoso  
**Coordinadora E. Dolores Cacuango**  
Lic. Guillermo Churuchumbi  
**Coodinador-PANAI**  
Prof. Lourdes Conteron  
**DINEIB**  
Dra. Patricia Coral  
**Area 3 Ministerio de Salud Pública**  
Wilson Córdova  
**Delegado FICI**  
Dr. Marcelo Dávalos  
**Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora**  
Lic. Georgina de la Cruz  
**Técnica- Subproceso de Salud Intercultural MSP**  
Ecom. Ana Delgado  
**Oficial - UNICEF**  
Lic. Mercedes de la Torre  
**Miembro de Equipo de Salud de la Mujer MSP**  
Dra. Susana Dueñas  
**Hospital San Luis de Otavalo**  
Antrop. Corinne Duhalde  
**Consultora Salud Intercultural MSP**

Lcda. Sara Durán  
Hospital Provincial General de Loja  
Sr. José Farinango  
JAMBI HUASI  
Sr. Alfonso Farinango  
JAMBI HUASI  
Lic. Matilde Farinango  
Subproceso de Salud Intercultural del MSP  
Dra. Lorena Gómez  
Miembro Equipo Salud de la Mujer MSP  
Sr. Luis Guaillas Guaillas  
Yachak  
Sra. Josefa Guerrero  
Partera FICI  
Sra. Rosa Guerrero  
Partera FICI  
Dr. César Hermida  
UNFPA Consultor  
Dra. Magdalia Hermosa  
Hospital San Luis de Otavalo  
Dra. María Jácome  
Maternidad Gratuita y atención a la Infancia  
Sta. Sonia Jinde  
Colaboradora ECUARUNARI  
Sra. Josefina Lema  
Dirigente salud FICI  
Sra. Tamia Lema  
Colaboradora FICI  
Dr. Francisco López  
Clínica Privada Quito  
Dr. Raúl Mideros  
Consutor Subproceso de Medicina Intercultural  
Apayka Montalvísa  
Delegado FICI  
Dr. Rolando Montesinos  
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora  
Dr. Enrique Moreta  
Seguro Social Campesino  
Dr. Walter Moya  
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito  
Lic. Mercedes Muenala  
DPS Imbabura Salud Intercultural  
Dr. Hugo Noboa  
Director Ejecutivo del Consejo Nacional de Salud  
Lic. Verónica Ñacato  
DPS Pichincha Intercultural  
Dra. Inés Ortega  
Centro Coordinador de Salud Comunitaria UCE  
Sr. Agustín Punina  
Dirigente de Salud CONAIE

Lic. Isabel Puyol  
Relacahupar  
Obs. Maira Quillupan  
Hospital de Machachi  
Dra. Lily Rodríguez  
Consultora UNFPA  
Dra. Rosa Romero  
Centro Coordinador de Salud Comunitaria UCE  
Dra. Bernarda Salas  
Directora del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud  
Dr. Galo Sánchez  
Proyecto Salud de Altura  
Sr. Cristian Santander  
Comité de usuarios del Area 3 Quito  
Obs. Msc. Cecilia Tapia  
Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador  
Sra. Martha Tapia  
Comité de Usuarías de la Zona Norte de Quito  
Sra. Luisa Tenesaca  
Partera COMICHIC-FOIGAG  
Dr. José Terán  
Hospital San Luis de Otavalo  
Lic. Daniel Tigre  
Dirigente de Salud ECUARUNARI  
Dr. Telmo Velasco  
Area Salud 2 Colta  
Lic. Julia Venegas  
DPS Cotopaxi Salud Intercultural  
Dra. Letty Viteri  
Subproceso de Salud Intercultural del MSP  
Sra. María Gamás  
Partera



## Ministerio de Salud Pública

No. 0000000474

### LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

#### CONSIDERANDO:

- QUE;** la Constitución Política de la República dispone: "Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia".
- QUE;** el Art. 43 de la Carta Magna prescribe que: " Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social".
- QUE;** el Art. 44 *ibidem* 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 promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley".
- QUE;** el Art. 45 *ibid* dispone que: "El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa".
- QUE;** el Art. 47 de la Constitución Política de la República, establece que: "En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas...".
- QUE;** el Art. 48 de la norma suprema señala: "Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos prevalecerán sobre los de los demás".



0000000474

## *Ministerio de Salud Pública*

**QUE;** El Art. 6, numeral 2 de la Ley Orgánica de Salud establece como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública "Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud" y en el numeral 6 "Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera";

**QUE;** El Código de la Niñez y Adolescencia establece en el Capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia, Art. 25: "El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2500 gramos";

**QUE;** El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007-2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir en 25% la mortalidad de la niñez, reducir en 25% la mortalidad infantil, reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, reducir en 30% la mortalidad materna, reducir en 25% el embarazo adolescente, y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud;

**QUE;** Con Acuerdo Ministerial No. 0000253 de 11 de agosto del 2005, se declara al Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional;

**QUE;** Con Memorando No. SNS- 10-503-2008 del 14 de agosto de 2008, la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, solicita la elaboración del Presente Acuerdo Ministerial y la derogatoria del Acuerdo Ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005; y,

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

### **ACUERDA:**

**Art.1.-** Declarar al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud.





0000000474

## Ministerio de Salud Pública

**Art.2.-** Aprobar y autorizar la publicación de Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la Norma y Protocolos de Salud Sexual y reproductiva que lo sustentan:

- 1.- Normas y Protocolos de Atención Materna.
- 2.- Normas y Protocolos de Atención Neonatal.
- 3.- Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal.
- 4.- Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.


**Art.3.-** Disponer la difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados en los artículos precedentes para que sean aplicados obligatoriamente en todas las Unidades Operativas del Sector Salud tanto públicas como privadas.

**Art.4.-** Son responsables del seguimiento y evaluación del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la norma de salud sexual y derechos reproductivos que lo integran, las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud CONASA, en los ámbitos de su competencia.

**Art. 5.-** Derogase expresamente el Acuerdo Ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005.

**Art.6.-** De la ejecución, del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense a las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública.

**DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO A 20 AGO. 2008**

  
Caroline Chang Campos  
**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**





2	Autoridades MSP
3	Autoridades CONASA
4	Elaborado por:
6	Acuerdo Ministerial
10	Presentación
11	I. Introducción
12	1. Antecedentes
	1.1 Contextualización
	1.2 Objetivo General
	1.3 Objetivos específicos
	1.4 Base Legal
26	2. Marco Conceptual
	2.1. Cultura, etnocentrismo e interculturalidad
	2.2. Adecuación cultural de la atención del parto
38	3. Ambito de Acción
	3.1. Niveles
	3.2. Rol de los agentes sociales
	3.3. Componente de organización
	3.4. Componente de provisión
42	4. Normativa de Atención Culturalmente Adecuada del Parto
44	Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado
59	Anexos

# Presentación

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

Uno de cada cinco embarazos y una de cada diez muertes maternas ocurren en adolescentes. Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento. La mayoría de las mujeres y recién nacidos que fallecen son indígenas o afroecuatorianos, pobres o provenientes de áreas rurales. Siete provincias y once cantones acumulan la mayor parte de los casos.

El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la Revolución Ciudadana, asume el compromiso de cambiar ésta situación, de mejorar la calidad y esperanza de vida de la población y de reducir la muerte materna en un 30% y la mortalidad neonatal en un 35%, en sintonía con diversos acuerdos y metas regionales de los cuales somos signatarios.

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública 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 intercultural. Con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia hemos implementado nuevos mecanismos de asignación y gestión local de recursos financieros, así como importantes procesos de participación y veedurías ciudadanas que nos permiten asegurar que tenemos el conocimiento estratégico y la voluntad política para cambiar radicalmente esta inequidad e injusticia social.

Los documentos que ahora presentamos desde el Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, y la Subcomisión de Prestaciones, en cumplimiento con las Políticas y Plan de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, reflejan ese andar y aprender colectivo del país.

Las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal incluida la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y el Manual de Estándares e Indicadores para mejorar la calidad de atención materno neonatal, elaborados en el marco del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, son producto de un trabajo participativo intra e interinstitucional de decenas de profesionales de la salud, que han aportado con mucha sensibilidad, gran profesionalismo y profunda ética, bajo la conducción y rectoría del MSP y del amplio consenso promovido desde el Consejo Nacional de Salud.

Reconocemos que las políticas, planes, programas, normas y protocolos son un paso importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, pero no son suficientes. Tenemos que fortalecer la vigilancia y control de su cumplimiento en las instituciones que conforman el sector salud, pero sobre todo crear el compromiso y la satisfacción en los profesionales y trabajadores de la salud para basar nuestras intervenciones en las mejores prácticas científicas y humanas, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros para todas y todos.

El camino continúa, la revolución sanitaria avanza y con el compromiso colectivo estamos convencidos que podremos lograr las metas propuestas.

**Dra. Caroline Chang Campos**  
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

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, proporciona al personal de las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud un instrumento técnico y normativo que permita mejorar la atención del parto y posparto de la mujer embarazada y del recién nacido; así como también resolver los riesgos y patologías que podrían presentarse durante este período, adaptando 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.

Diversas experiencias e investigaciones realizadas en el país, en poblaciones indígenas y afroecuatorianas, demuestran marcadas diferencias entre la atención del parto en las unidades de salud y las expectativas que tienen las usuarias de acuerdo a sus necesidades socioculturales, lo que en ciertos casos puede constituir una barrera para que las mujeres acudan en búsqueda de atención a las unidades de salud.

El reconocimiento de la condición plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnica del país, obliga a buscar mecanismos de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales de las diferentes comunidades del país.

La atención del parto culturalmente adecuado involucra la atención de la madre y del recién nacido y pretende incorporar en su práctica, no sólo

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.

La presente guía plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido, a fin de que la atención en salud contemple normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, que sean aplicados por el personal de salud de los niveles I y II de atención de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, y que permitan satisfacer a un mayor número de usuarias/os, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas y afroecuatorianas donde las barreras de acceso elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil.

Bajo este antecedente la Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud y el Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural en consenso con los miembros del Sistema Nacional de Salud, conformaron una comisión multidisciplinaria de expertos médicos, obstetrices, *wachachik / pakarichik mama y tayta*<sup>1</sup>, antropólogos, usuarias; académicos, personal de los servicios, organizaciones de base y organismos de cooperación, con quienes se llegó a consensuar criterios para construir esta guía de atención del parto con un enfoque de interculturalidad, género, derechos y equidad, a fin de contribuir a mejorar la calidad y la cobertura de la atención materno – infantil en el país.

<sup>1</sup> *wachachik mama y tayta*: partera o partero



# Antecedentes



“La Constitución de 1998 reconoce a nuestro país como multiétnico y pluricultural, acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional (Art. 1, 44, 84); garantiza también el

desarrollo de otras prácticas relacionadas con medicina alternativa para la atención de la salud de la población, por ésta razón se deben buscar mecanismos de articulación y coordinación entre el sistema ciudadano, comunitario, nacionalidades y pueblos, e institucional”.<sup>2</sup>

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

Como parte del Plan Nacional de Reducción de la muerte materna y neonatal, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha venido implementando, desde el año 2002, diversas estrategias de mejoramiento continuo de la calidad tales como: capacitación del personal de salud para mejorar la atención del embarazo, parto y postparto, así como del manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido; cumplimiento

de estándares de calidad de atención basados en la evidencia; vigilancia epidemiológica e investigación de la muerte materna, y monitoreo de la calidad de la atención y satisfacción del usuario mediante acciones que permitan mejorar la calidad percibida e indicadores que permitan medir periódicamente los resultados.<sup>3</sup>

Inicialmente los esfuerzos de mejoramiento de la calidad se enfocaron en aspectos clínicos de la atención, para dar paso desde finales del 2003<sup>4</sup> a la adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades y expectativas de la comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales; debido a la asimetría e inequidad de los datos oficiales a nivel nacional tanto en las tasas de muerte materna y neonatal como en los indicadores de acceso y calidad de los servicios obstétricos y neonatales.

La última encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 2004)<sup>5</sup> muestra

2 Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud. 2006 – 2008. Plan de Acción. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

3 Hermida, J., Robalino M.E., Vaca L., Ayabaca P., Romero P., y Vieira L. 2005. Expansión e Institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador. Informe LACRSS No. 65. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad, Pág. 3.

4 Steven A. Harvey, Genny Fuentes Ayala and Paula Hermida Bermeo. El parto no es película: Reframing authoritative knowledge about childbirth in Ecuador. Draft for 104th Annual Meeting of the American Anthropological Association. November 30–December 4, 2005, Pág. 1.

5 Ordoñez J, Stupp P, Monteith D, et al. ENDEMAIN 2004 (Encuesta demográfica y de salud materna e infantil): Informe Final. Quito: CEPAR, 2005

que el 78.5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en un establecimiento de salud, sin embargo, un análisis minucioso de los datos demuestra cómo este alto porcentaje de partos institucionales a nivel nacional enmascara diferencias regionales y étnicas significativas.

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

Adicionalmente, el 65% de las mujeres que se autoidentifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios.

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

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

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

FUENTE: ENDEMAIN 2004<sup>6</sup>



Es necesario tener en cuenta que muchas de las razones por las que las mujeres prefieren dar a luz en la casa antes que en un establecimiento de salud, están relacionadas

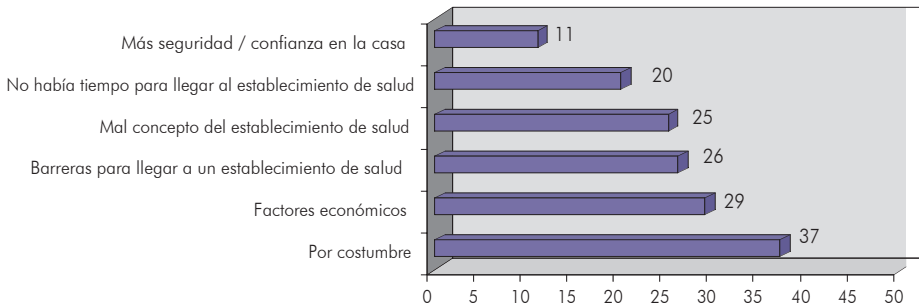
con un complejo conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas culturales.

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

6 Op. cit., Referencia en Internet: [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/informe/calidad/cal1.htm](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/calidad/cal1.htm)

Gráfico No. 1

Razones por las cuales decidió dar a luz en la casa



FUENTE: ENDEMAIN 2004<sup>7</sup>



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

Existen varias razones que pueden explicar por qué algunas mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Entre ellas están la distancia, dificultades de transporte, los costos monetarios y de oportunidad asociados a la atención institucional, así como la falta de reconocimiento de las señales de peligro asociadas a complicaciones obstétricas que pueden poner en riesgo la vida de las pacientes. Algunas mujeres entrevistadas también han mencionado procedimientos médicos, tales como el baño

(muchas veces en agua fría), la rasura del pubis, la aplicación de enemas, la realización de tactos vaginales o de episiotomías, como factores que han desalentado la elección de partos institucionales.

Si bien los factores culturales no son la única razón por la que las mujeres y sus familias escogen no dar a luz en un establecimiento de salud y no buscan atención profesional ante complicaciones obstétricas, un corpus significativo de literatura científica demuestra que los factores culturales juegan un rol clave en ésta decisión. Las pacientes y sus familias pueden obviar a los establecimientos públicos cercanos de bajo costo o gratuitos y elegir pagar más para recibir tratamiento en un establecimiento privado alejado, donde perciben que la calidad de la atención es mejor. Estos dos hechos están relacionados puesto que la sensibilidad cultural y las características de la atención interpersonal son componentes importantes de la calidad para muchas usuarias<sup>8</sup>.

7 Op. cit., Referencia en Internet: [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/informe/calidad/cal1.htm](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/calidad/cal1.htm)

8 Harvey, A. Steven y Jorge Hermida, Propuesta de Investigación Operativa: "Efecto de la adaptación cultural de la atención obstétrica sobre la satisfacción de las usuarias en cuanto a la labor de parto y el parto, y sobre la demanda



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



El aspecto más comúnmente mencionado por las usuarias en diferentes escenarios es el **trato interpersonal** deficiente de los prestadores de salud. Esto incluye numerosos

comportamientos y actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia de los médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio; falta de habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la paciente; falta de privacidad; no brindar confianza a la paciente al no atender sus inquietudes y no informarle adecuadamente, el tiempo de espera para ser atendida, el no tener personal de salud pendiente de su progreso, hasta manifestaciones más explícitas de maltrato verbal y físico, trato excluyente y asimétrico, por lo tanto irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio.

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

el mantenerse arropada con su propio vestuario durante esta etapa, el contar con una luz tenue y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales para la madre, e inclusive la posibilidad de acceder a la placenta para poder incinerarla o enterrarla según la costumbre local.

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

## 1.1 Contextualización (Experiencias en Salud Intercultural)

### a) Salud Intercultural en el MSP

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

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

---

de partos institucionales en el Ecuador”, QAP-USAID, Quito, 2006.

## b) Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichwas de Sucumbios (FONAKISE)

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

Su principal trabajo es el fortalecimiento del Subsistema de Salud de la medicina indígena a nivel preventivo y curativo, realizando brigadas de salud que llegan a las comunidades por 2 veces al año, integrando a los promotores de salud, quienes constituyen el nexo con las comunidades y determinan y coordinan los lugares que se deben visitar, para que la gente reciba a los profesionales de salud.

## c) Adecuación Cultural del Hospital de Puyo

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



Debido a las altas tasas poblacionales de indígenas y a las demandas multiculturales de los usuarios tales como: la insatisfacción con la prestación del servicio de salud, la insuficiente adecuación cultural del albergue, la desvalorización de la medicina ancestral, el difícil acceso a los servicios de salud en determinadas comunidades selváticas y la mal nutrición

de la población, se implementaron estrategias que permitan la adecuación cultural del hospital.

Sus principales estrategias son:

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

## d) Jambi Huasi de Otavalo

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

El Jambi Huasi (Casa de Salud) es un espacio donde un paciente puede escoger si desea la medicina formal o la ancestral, y donde los prestadores de salud de los dos tipos de aten-

ción le orientan de acuerdo al caso. Se trata de un sistema mixto de salud, que comparte un mismo espacio físico, donde la persona tiene la posibilidad de elegir un tipo de atención médica. Existe una red de transferencias entre los dos tipos de atención, en condiciones de mutuo respeto e igualdad, y donde se ha creado un ambiente de confianza entre médico-paciente por encontrarse con su propia gente.

*Los objetivos de esta casa de salud son:*

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

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

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

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

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

El éxito de ésta casa de salud se basa fundamentalmente en el hecho de que la planificación, programación, ejecución y administración de la salud es manejada por profesionales Kichwas de la zona<sup>9</sup>.

#### **e) Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP)**

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

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

<sup>9</sup> Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga. "Política Inter-cultural en Salud y Derechos Sexuales". Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito.

El objetivo de la experiencia piloto en Tungurahua fue probar la factibilidad y aceptación de la metodología diseñada. Todos los participantes, incluyendo a los trabajadores de la salud, biomédica, los agentes tradicionales de atención del parto, y las representantes de la comunidad, consideraron el enfoque como exitoso. En efecto, esta propuesta logró algo inédito: sentar en la mesa del diálogo a todos estos actores en igualdad de condiciones, cada uno aportando desde su sabiduría y realidad aquello que consideraban más importante para que las mujeres acudan con confianza a los servicios de salud.



Como resultado de este proceso de diálogo intercultural, los equipos de las unidades de salud programaron e implementaron algunos cambios puntuales dirigidos a la adecuación

cultural de la atención del parto. Ejemplos de las adecuaciones culturales incluyen la atención del parto en posición vertical; permitir que un miembro de la familia acompañe a la parturienta durante el trabajo de parto; elaboración de “Diez Mandamientos” para el buen trato al paciente; y permitir que las familias traigan comidas tradicionales apropiadas al establecimiento de salud.

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

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

#### f) Hospital Andino Alternativo Chimborazo

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

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

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

Una minga por la salud emprendieron las organizaciones e instituciones de Otavalo, para acercar los servicios de salud a la población, especialmente en lo referente a la salud materno infantil. El Hospital "San Luis" de Otavalo, unidad de Referencia de la red de servicios de salud del MSP, el Gobierno Municipal de Otavalo, Jambi Huasi (Casa de Salud) y la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, con el apoyo financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), vienen trabajando en una propuesta de construcción de un "modelo intercultural de salud".



Con la finalidad de sustentar la propuesta y canalizar las necesidades identificadas, con el apoyo y coordinación de (UNFPA) y el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) se efectúa

una investigación a través de una encuesta dirigida a las mujeres indígenas usuarias de los servicios de salud y al personal de salud del Hospital San Luis de Otavalo, arrojando como resultado que el 82% de personal de salud cree que existe barreras culturales para

que las mujeres indígenas acudan al Hospital, que el 98% del personal de salud considera importante incorporar el enfoque intercultural en los servicios de salud reproductiva, así mismo todo el personal estaría a favor de que en el hospital de Otavalo se introduzcan cambios respetando la cosmovisión de las mujeres indígenas, el 59% de usuarias manifestaron que la posición ginecológica durante el parto era incomoda, y que conocían otra posición para dar a luz, de las cuales sobresale principalmente la posición arrodillada (75%). Sobre la opinión en cuanto a las parteras el personal de salud en un 55% cree que pueden ser de apoyo en la atención.

La sala de parto vertical en las instalaciones del Hospital fue inaugurada en el mes de abril 2008, en respuesta a las necesidades y demandas de la mujer y personal de salud. Las adecuaciones se han dado en la infraestructura, ambiente acogedor y abrigado, el acompañamiento durante la atención del parto por un familiar o la partera, la vestimenta cómoda, de color que respete su intimidad y pudor, las bebidas con hierbas medicinales de la localidad. En cuanto a la posición la paciente escoge sea ésta sentada, de rodillas o acostada, se respeta además la decisión de la paciente sobre la disposición final de la placenta.

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

Mejorar el acceso de las mujeres del cantón Otavalo especialmente del sector rural a los servicios de salud, y lograr la implementación del nuevo modelo de la atención del parto con adecuación intercultural a fin de mejorar la calidad de atención e institucionalizar la atención del parto y con ello disminuir la morbimortalidad infantil.

Dar un servicio de calidad y calidez respetan-

do la cosmovisión indígena, garantizada con el acompañamiento que realiza la partera cuando la paciente lo solicite.

## 1.2 Objetivo General

Mejorar la calidad de atención de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, regional y local, adecuando los servicios de salud a la diversidad cultural de la población, de manera que se pueda incidir en la disminución de los índices de mortalidad materna y neonatal, fomentando la atención del parto con adecuación intercultural en los niveles de atención I y II de la red prestadora de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS).

## 1.3 Objetivos específicos

- Garantizar que el nuevo modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria tenga enfoque intercultural.
- Garantizar que el personal de atención en salud del SNS acepte y aplique la presente guía.
- Promover la participación y el consentimiento informado de las usuarias en todos los procesos de atención médica institucional durante el embarazo y todas las fases del trabajo de parto.
- Promover la participación comunitaria en los procesos de adecuación cultural de la atención del parto en las unidades de atención del SNS, de acuerdo a la realidad local.
- Institucionalizar la atención del parto culturalmente adecuado en los servicios de salud pública y privada para mejorar la calidad y calidez de la atención materno-neonatal.

- Reconocer la existencia de la sabiduría de la medicina tradicional, propendiendo a la revalorización y fortalecimiento de sus conocimientos, actitudes y prácticas dentro de las unidades de salud del MSP.

## 1.4 Base Legal

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

El Ecuador está comprometido con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y firmemente dispuesto a



alcanzar el objetivo 5 de reducir en tres cuartos para el año 2015 las tasas de mortalidad materna del año 1990. Para cumplir con éste objetivo y con los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, el país ha desplegado un marco jurídico legal que crea un entorno habilitante para la reducción de la mortalidad materna. En este sentido, además de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, (LMGAI) aprobada en 1994, y modificada subsecuentemente, el país cuenta ahora con las siguientes herramientas:

- **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010.**
- **Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos** (aprobada el 6 de abril de 2005 por Decreto Ejecutivo N° 2717).
- **Plan de acción de la Política de Salud y derechos sexuales y Reproductivos.**

- **Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos**
- **Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal** a partir del cual cada provincia elaborará su plan local para implementar este plan nacional que constituye el pilar fundamental dentro del Plan Nacional de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- **Agenda Mínima por los Derechos de la Niñez y Adolescencia Indígena del Ecuador.**

“Hacer del embarazo y el parto procesos seguros para todas las mujeres es un objetivo incluido tanto en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), como en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)”.<sup>10</sup>

#### (a) **Derechos de las usuarias**

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

*“La suscripción de varios documentos internacionales, la participación del país en foros internacionales y la influencia que han ejercido los movimientos de la mujer, la niñez y la juventud, han permitido algunas conquistas importantes tanto a nivel legis-*

*lativo como en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos”*<sup>11</sup>

Otros convenios internacionales, como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 y La Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, también contribuyeron a delinear los derechos reproductivos de las personas, especialmente de las mujeres, así

como mecanismos para superar la mortalidad materna. Adicionalmente, el Ecuador suscribió en el año 2000, el acuerdo para cumplir los compromisos



planteados en la Cumbre del Milenio, entre los cuales se encuentran mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en la infancia.

Por otra parte, la Constitución de la República del Ecuador de 1998 incorporó por primera vez los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el compromiso estatal de promover la salud sexual y reproductiva<sup>12</sup>. De igual manera, se definió por primera vez al Ecuador como un país multiétnico y pluricultural, y se sentó el marco legal que ampara la práctica de la medicina tradicional. La Constitución de la República menciona en su Art. 44 que:

10 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, Pág. 24.

11 Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM), “Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador”, Quito, 2003, Pág. 31.

12 CLADEM, Op. Cit., Pág. 32



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

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

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

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

- Sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella”.

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

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

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

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

A más de señalar el acceso a la salud reproductiva como un derecho humano y ciudadano, el Estado ha asumido también la obligación de brindar servicios de salud de calidad, con calidez humana, y respetuosos de la diversidad cultural de las usuarias. Así, la “Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” decretada en el 2005, establece entre sus fundamentos y lineamientos estratégicos, la reforma del sector salud para el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva y la humanización de los servicios de salud, que incluye:

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



CULTURA

Below the word 'CULTURA', there are seven small, simple line drawings corresponding to the letters: a swirl, two circles, a square with a notch, three slanted lines, a circle with a dot, a triangle, and a circle with a dot.

# Marco Conceptual

## 2.1. Cultura, etnocentrismo e interculturalidad



En la vida diaria comúnmente usamos el término cultura para referirnos al nivel de instrucción de las personas, al grado de conocimientos que pueden tener, o a ciertos comporta-

mientos que consideramos ideales en nuestra sociedad. De igual forma, cuando comparamos a un país con otro, utilizamos el término cultura como sinónimo de civilización, entendiendo ésta como desarrollo científico, tecnológico, e incluso artístico.

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

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

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

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

13 Benítez, Lilyan y Alicia Garcés, Culturas Ecuatorianas. Ayer y Hoy, Quito, Abya-Yala, 1994, Pág. 8

14 Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga. “Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales”. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito. 1998, Pág. 7.

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

El etnocentrismo es la tendencia a juzgar a las personas de otras culturas desde el punto de vista de nuestros propios patrones culturales, a pensar que nuestras costumbres son mejores, que nuestra cultura es superior a las otras, y por tanto considerar a las personas de otras culturas como seres inferiores, menos civilizados, y en algunos casos hasta menos humanos<sup>15</sup>.

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

En el ámbito de la salud, además la interculturalidad es una toma de posición con el objeto de



promover el diálogo cultural entre diferentes grupos, en un marco de respeto e igualdad tendiendo hacia la inclusión, la simetría, la equidad. Además el principio de interculturalidad implica, en primera instancia, un cuestionamiento del modelo social y cultural desde

el cual se ejerce la medicina occidental, caracterizada por una tendencia hacia la exclusión de otros saberes en salud.

Este cuestionamiento a la forma de hacer medicina, implica también un llamado hacia una democratización de la salud, es decir, el fortalecimiento de la participación de los usuarios en la definición de sus necesidades de salud, en los medios adecuados para satisfacerlas, en la visibilización de su saberes y sabidurías para la resolución de problemas a través de un diálogo de doble vía con los servicios de salud institucionales<sup>16</sup>.

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

## 2.2. Adecuación cultural de la atención del parto

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

<sup>15</sup> Serena Nanda, *Antropología Cultural*. Adaptaciones Socioculturales, Quito, Abya-Yala, 1994, Pág. 18

<sup>16</sup> Junge, Patricia, "Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica", ponencia: IV Congreso Chileno de Antropología, Noviembre 2001, Universidad de Chile, en: [http://www.minkowska.com/article.php?id\\_article=1222](http://www.minkowska.com/article.php?id_article=1222)

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

Según la antropóloga Margaret Clark, en estos contextos multiculturales un factor decisivo es la falta de reconocimiento hacia las creencias sobre las causas y curaciones de algunas enfermedades por parte de los médicos del sistema de salud occidental. Así por ejemplo, un médico que rechace la creencia del “mal de ojo” por considerarla irrelevante no tiene posibilidades de ser respetado por la gente que cree en ello<sup>17</sup>.

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

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

17 Clark, Margaret, *Health in the Mexican American Culture*. Berkeley: University of California, 1970, obra referida en: Nanda, Serena, Op. Cit., Pág. 25

Por el contrario, ante la gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y falta de recursos humanos, el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además, el médico no habla su mismo idioma, el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Todo ello, junto con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado<sup>18</sup>.

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



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

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

18 Serena Nanda Op. Cit. Pág. 25.



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

- Identificar las características culturales locales que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos;
- Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales;
- Modificar las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas<sup>19</sup>, tales como:
  - Eliminar la práctica rutinaria de: episiotomía, rasura del vello púbico y aplicación de enema.
  - Facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto.
  - Permitir el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera durante el trabajo de parto y posparto.
  - Permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto.
  - Garantizar el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre- hijo/a así

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

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



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

<sup>19</sup> Para ampliar este tema sobre formas de cuidado beneficiosas y formas de cuidado efectivas o perjudiciales, se recomienda revisar el Boletín Novedades CLAP N° 17, Diciembre 1998.

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

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

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

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

*“...pero ellos no nos tratan como a un humano, dicen: ‘estas indias feas que vienen apestando, vayan a bañar primero’, en ese sangrado hacen bañar en agua fría, eso no debe de ser, haber esas cosas, discriminación en hospitales, como humano deben atender... a veces en hospitales preguntan: ‘¿cuántos hijos tiene?’, dicen: ‘cuatro, cinco, o seis’, ‘Pucha estas como puerkas tienen, hay que operar bien, la ligadura hay que hacer’, .... a veces dicen: ‘tienen que cuidar’, pero, ¿cómo deben de*

*cuidar?, entonces a veces dicen: ‘ojalá por ahí, a los maridos hay que hacer poner, siquiera papel de bolo, para que cuiden’, eso no debe ser así, hay discriminación en hospitales.”<sup>21</sup>*

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



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

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

20 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, Pág. 22.

21 Testimonio de María Concepción Acos, Dirigente de mujeres indígenas, Mujeres Indígenas de Tungurahua (MIT). “1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Pillaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (mimeografiado)

Evidentemente este grave problema, que responde a construcciones étnico-raciales y coloniales arraigadas en la sociedad ecuatoriana, demanda procesos de cambio cultural de largo alcance facilitados, entre otros mecanismos, por una reformulación del sistema educativo en materia intercultural como propone la CONAIE en su documento de políticas de salud intercultural.<sup>22</sup>

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

### b) El acompañamiento durante la atención del parto

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

El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los “otros” ajenos a su cotidianidad, quienes dominan la situación”<sup>23</sup>.

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



*“Es necesario romper el esquema, prácticamente hermético de los hospitales, en cuanto a lo que se refiere a la restricción en las visitas a las madres que han dado a luz. Debería flexibilizarse la política de visitas en los hospitales. Por ejemplo, viene el esposo, se enteró la noche que está trabajando fuera, viene a visitarle, y a veces no puede pasar”<sup>24</sup>.*

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con wawas, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les

22 Cfr. Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga. “Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales”. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito. 1998. Pág. 18

23 María Cristina Chiriguini, María Elina Vitello y Nélida Luna,

“Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen”, ponencia del Cuarto Congreso Chileno Antropología, noviembre 2001, Universidad de Chile, en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1208.html>

24 Testimonio de Viviana Naranjo, Personal de Salud, Hospital de Pillaro, “1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Pillaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (mimeografiado)

hacen esperar aparte”<sup>25</sup>. Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la mujer quien, en cualquier caso, recibe continuamente el apoyo psicológico de la partera o del partero.

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

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

### c) Posición del parto

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

*“Por mi parte, mi hija mismo dijo que, unas amigas había dicho: ‘no irá a hospital, porque en hospital como a una vaca, amarrando los pies así de lado y lado, hacen dar a luz’, y*

*eso también, no me ha avisado a mi, y por no bajar a Ambato había ya estado pasando los dolores (sobreparto)”<sup>27</sup>.*

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



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

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

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

25 Testimonio de María Cristina Tígsi, comadrona de la comunidad Chauzán Totorillas, Guamote Prov. de Chimborazo, en: Buitrón Myriam, Op. cit., Pág. 42.

26 Comité de usuarias de la LMGYAI de la zona Norte de Quito. “Veeduría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora”, 2007.

27 Testimonio de María Rosa Palomo, Partera de la comunidad Aspatuk Alto – Santa Rosa, Prov. Tungurahua

28 Descripción del sociodrama del parto atendido por una partera, “1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Pillaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (mimeografiado)

evidencia científica las ventajas del parto vertical<sup>29</sup> para la parturienta y el bebé, como son:

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

frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales (Mendez Bauer, 1975);

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

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

Tradicionalmente se ha considerado a la postura vertical para el parto como característica de culturas menos "civilizadas", sin embargo, la evidencia científica respalda de forma concluyente su idoneidad.

29 Tomado de Pronsato Santandreu, 2000; 55 -56.

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

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

#### d) Abrigo / vestimenta



Un elemento importante de la medicina ancestral de las comunidades indígenas de los Andes ecuatorianos, aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo, es el principio humoral.

Este principio sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto:

*“Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaren éste equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el “principio de oposición” es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente”<sup>31</sup>.*

30 Al respecto léase la obra del Dr. Osvaldo Cárdenas: “Atención del parto en posición vertical materna”, FUNDACYT-BID. s/a, s/l, Cuenca-Ecuador.

31 Foster, George M., “On the Origin of Humoral Medicine

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

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

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

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

in Latin America”, Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol.1, N° 4 (Dec., 1987), Pág. 355. (traducción nuestra)

32 Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita, Op. Cit., Pág. 64

33 Tenesaca, Elvira, Hábitos, creencias y costumbres de la comadrona indígena de Zumbahua en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Tesis de Grado, Facultad de Enfermería, 1990, Pág. 57.

y que esto les ocasiona vergüenza. Por ello, su expectativa es que se les permita mantener su propia ropa durante la atención del parto, pues “tienen vergüenza que les desnuden”.

No les gustaría tener que sacarse toda la ropa, la bata que se les proporcione podría ser de franela para estar abrigadas.

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

### e) Alimentación

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

Algunas de las infusiones que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío, sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros

finés 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.<sup>34</sup> Por otra parte, ciertas plantas tienen una eficacia natural y simbólica<sup>35</sup>, como en el caso del agua de linaza, o el agua de melloco, que ingieren algunas parturientas “para que ayude a resbalar el feto y / o la placenta”<sup>36</sup>.

Comúnmente, los miembros de las comunidades indígenas y afroecuatorianos conocen el principio humoral así como las propiedades curativas de ciertas plantas, sin embargo, el saber de las propiedades específicas de las plantas y hierbas medicinales que deberán usarse para encontrar el equilibrio, lo poseen especialmente los sabios del subsistema de salud ancestral indígena, afroecuatorianos y otras culturas.

En éste sentido, se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto y el post parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto. Sin embargo, el personal de salud debe evitar la administración de aguas

34 Testimonios vertidos en el sociodrama de la atención del parto en casa, “1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Pillaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (mimeografiado)

35 Según Lévi-Strauss, la “eficacia simbólica” implica la creencia de que el símbolo (en este caso, el agua de melloco) representa un hecho palpable (la propiedad de hacer resbalar el feto); esta creencia tiene mayor significado en cuanto también es compartida por los demás miembros de su sociedad. Lévi-Strauss, Claude, *Antropología Estructural*, Barcelona, Edit. Paidós, 1987, Pág. 211 y ss. No obstante, debido a la escasez de estudios etnobotánicos y fitoquímicos que demuestren las propiedades de algunas de las plantas que se utilizan en la atención del parto, resulta difícil determinar si las mismas tienen un real efecto físico, o si su eficacia es meramente simbólico-ritual.

36 Testimonio de Luis Alfredo Ashqui, Partero y Promotor de Salud de la Dirección Provincial de Salud Indígena de Tungurahua.

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

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

## f) Información



El personal de salud que presta el servicio de atención del parto, en los niveles I y II, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales

acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento.

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

## g) Entrega de la placenta

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

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

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

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

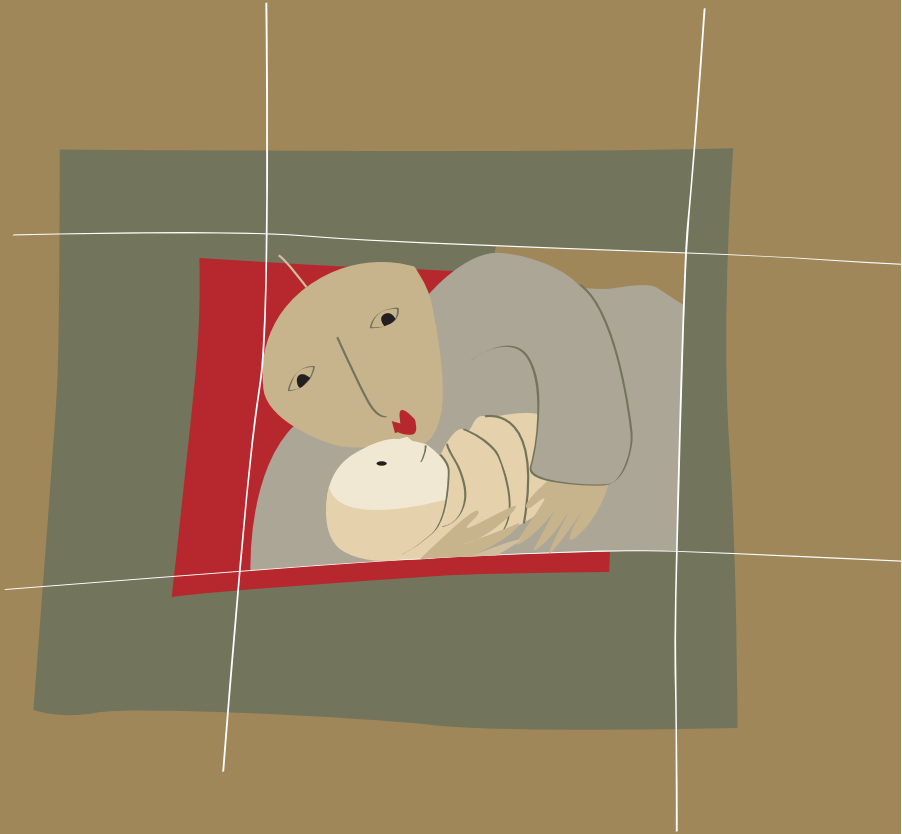
37 Ibid., Pág. 76

38 Buitrón Myriam, Ídem.

39 Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita, Op. Cit., Pág. 76

40 Testimonios vertidos en el “1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Pillaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (mimeografiado)





# Ambito de Acción

## 3.1. Niveles

Esta normativa para la atención del parto culturalmente adecuado es de aplicación nacional en establecimientos de salud públicos y privados de I y II nivel, tanto en el área urbana como rural.

## 3.2. Rol de los agentes sociales

La atención del parto no institucional está dada principalmente por parteras, parteros y por familiares de las pacientes, quienes de una manera empírica y ancestral han adquirido conocimientos y han realizado esta práctica de atención.

La atención de un parto domiciliario se caracteriza por la confianza y la seguridad que le brinda a la paciente el estar en su propio entorno y con personas que no ejercen presión y que le brindan un trato lleno de afecto y consideración. Además, este tipo de atención responde a las necesidades culturales y creencias propias de la mujer, la familia y la comunidad.

Sin embargo, la práctica de estos prestadores de servicios tradicionales no ha sido legitimada por las autoridades del MSP y provoca criterios encontrados en lo que a su aceptación se refiere, por lo que, el rol que se les atribuye dentro

del Sistema Nacional de Salud, aún no se encuentra definido y es un tema no resuelto.

Existen varias propuestas planteadas por las parteras en diversos talleres de HACAP, y manifestada de forma más explícita en un Foro de Parteras durante un Taller HACAP desarrollado en Riobamba en Julio 2007. En éste foro cerca de 20 parteras de cuatro provincias propusieron una mayor participación en los establecimientos de salud. Según las propias parteras, el rol que podrían desempeñar se establecería bajo los siguientes parámetros:

- La partera puede ayudar a las usuarias indígenas y afroecuatorianas brindándoles apoyo psicológico para que tengan más confianza en el momento de la atención del parto institucional, “para darle ánimos”, sobre todo en el caso de las primigestas, pues “en el primer parto no se sabe nada”. Incluso en estos casos la presencia de la partera o partero puede ayudar a agilitar el parto.
- La partera o partero puede ayudar para que la parturienta no sufra por el problema del idioma, pues muchas usuarias indígenas solo hablan Kichwa o no hablan muy bien el español. En estos casos, la partera o partero incluso puede hacer las veces de traductora entre el personal de salud, la usuaria y sus familiares.



- La presencia institucionalizada de la partera o partero también puede ayudar a evitar el maltrato del personal hacia las usuarias, “para ver que no les estén hablando”,

(que el personal de salud no insulte u ofenda de alguna forma a las pacientes).

- La partera o partero puede brindar compañía a las parturientas que no tengan familiares que les acompañen. Además “a veces las auxiliares no están solo con un paciente, sino con varios al mismo tiempo, y en eso también podría ayudar la partera o partero”.
- Algunas parteras o parteros incluso han propuesto la posibilidad de adecuar un espacio en los establecimientos de salud donde ellas puedan atender a usuarias indígenas, y puedan tener experiencias de los dos saberes médicos. Además contemplan la posibilidad de cumplir turnos institucionales rotativos entre parteras o parteros de diferentes comunidades, que se las acredite por medio de un carnet de identificación, y que sean remuneradas por éste trabajo.

Estas propuestas señalan la necesidad de no perder de vista la trascendente función médica, social y cultural, que históricamente han cumplido y cumplen todavía las comadronas en las comunidades indígenas. Se evidencia también la demanda por un reconocimiento oficial de la importancia de su trabajo, y una demanda de participación institucionalizada de las parteras o parteros comunitarias en los procesos de Adecuación Cultural del parto.

Esto denota que la demanda es hacia la intervención de las parteras o parteros en la atención del parto si la parturienta toma ésta opción, con acompañamiento por el profesional de salud.

Esto cuando se definan los roles de las parteras y parteros en el SNS.

### 3.3. Componente de organización

Este componente consiste en la aplicación de un conjunto de acciones que permita adaptar los servicios de salud para ofertar prestaciones de calidad con calidez.

#### a) Recurso Humano

Los profesionales de la salud deberán contar con capacidades y competitividades técnicas, además de reunir un conjunto de habilidades y destrezas para la atención obstétrica y neonatal.

*El equipo de salud estará conformado por:*

- Médico General
- Obstetrix
- Enfermera
- Partera o partero certificada por el MSP

#### b) Recursos materiales (insumos, equipos, medicamentos):

- Equipo completo de la atención del parto
- Catgut
- Tensiómetro
- Estetoscopio
- Equipo de recepción y reanimación neonatal
- Balanza pediátrica
- Lámpara de cuello de ganso
- Soporte para suero

- 2 sillas
- Estanterías para guardar medicamentos
- Fuentes de calor (Calefactores)
- Taburete
- Cama
- Argolla de metal instalada en el techo
- Soga gruesa de 5 metros
- Una Colchoneta
- Campos para la colchoneta
- Recipiente de acero inoxidable
- Fundas de agua caliente
- Botas o medias de tela
- Campos para la recepción del recién nacido
- Batas o ropa adecuada de algodón para la parturienta
- Medicamentos para el parto
- Estantería para plantas medicinales propias de la zona
- Utensillos para la preparación de aguas medicinales
- Recipientes de cortopunzantes
- Incubadoras

### 3.4. Componente de provisión

Comprende el conjunto de atenciones y cuidados que el personal de salud, la familia y la comunidad brindan a la parturienta, durante el trabajo de parto, parto, post parto y al recién nacido.

#### a) Elaboración del plan de parto

Debe ser realizado entre el Equipo Básico de Atención de Salud (EBAS), la embarazada, la familia y la comunidad durante el embarazo, en donde se define:

1. Acompañamiento
2. Transporte
3. Organización familiar
4. Atención del parto

5. Corte del cordón umbilical

6. Entrega de placenta

#### b) Recepción de la gestante y su acompañante:

Brindar una cálida bienvenida que revele una predisposición de acoger, respetar las particularidades culturales y circunstancias personales y familiares.



Se solicitará el carné materno el mismo que se adjuntará a la historia clínica de la paciente.

La paciente podrá conservar sus propias ropas, con la recomendación de que estén limpias, u ofrecerle la ropa adecuada de la unidad.

# Normativa de Atención Culturalmente Adecuada del Parto

El primer contacto entre el personal de salud y la paciente es de suma importancia, ya que determinará la confianza y colaboración de la paciente y sus acompañantes en las diferentes etapas del parto durante su permanencia en la institución.

1. Recibir a la paciente de forma respetuosa y cordial, evitar emplear palabras que le resulten difíciles de comprender.
2. Establezca una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente.
3. Evalúe a la paciente, realice el interrogatorio inicial determinando los factores de riesgo para establecer el nivel de atención que requiere la misma.
4. Explique en forma sencilla los procedimientos que se realizarán y haga conocer, a la paciente y sus acompañantes, el área física en donde se atenderá el parto.
5. Escuche atentamente y responda las inquietudes de la paciente y sus acompañantes en forma sencilla, evite emplear términos técnicos.
6. Permita que la partera, partero y/o su acompañante intervengan en la preparación de la paciente, que la ropa que se acostumbra a usar en la comunidad para este evento, sea usada por la paciente.
7. Asegúrese de que la medicación, instrumental e insumos médicos que requerirá para la atención del parto estén listos para ser utilizados en su momento.
8. No imponga una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad.
9. Permita que la paciente ingiera bebidas medicinales según la costumbre de la comunidad, solo si su efecto conocido no es perjudicial para la madre o el niño. En caso de no conocer sus efectos, dialogue con la partera o partero para presentar otras alternativas.
10. Cumpla el protocolo de atención detallado en la guía durante las diferentes etapas del parto.
11. Debe promover el apego emocional y la lactancia precoz entre la madre y el bebé.
12. Antes de dar el alta médica, proporcione asesoramiento anticonceptivo de ser posible con la participación de la pareja y la mediación de la partera cuando exista rechazo de parte de la pareja.

13. Al dar el alta, informe a la paciente de los signos de alarma del puerperio que requieren atención médica inmediata.
14. Recomiende el aseo de las manos, y corte de las uñas de la madre antes de la lactancia a fin de evitar enfermedades diarreicas en el infante.
15. Indique a la paciente que debe acudir al control postparto luego de una semana.



# Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado

Se utilizará la Hoja de Partograma del CLAP-OPS/OMS que se encuentra en el reverso de la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 (Anexo 1) para controlar, registrar y evaluar el progreso de la labor de parto.

<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO</b> (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	<b>NIVEL</b>		
<b>ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA PARA ATENCIÓN DEL PARTO</b>	I	II	III
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 <b>(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)</b> , 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 camión 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.	X	X	
<b>DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES</b>	I	II	III
1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explíquela (también a la persona que le apoya, sea ésta su familiar o su partera) de manera clara y con términos no técnicos, lo que va a realizar. Considere y respete las prácticas habituales de la comunidad a la que pertenecen en lo relacionado a la atención del parto, escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de comprender.	X	X	



2. Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo. Adapte el ambiente en lo posible a los requerimientos de la gestante.	X	X	
3. Si la paciente no se realizó controles prenatales previos, explíquelo como será el proceso del parto para disminuir el temor a lo desconocido sobre todo en pacientes nulíparas. En lo posible, hágale conocer las instalaciones físicas en donde será atendida y al personal que le prestará asistencia.			
4. Asegure el acompañamiento de la pareja, familiar, partera o partero en todas las instancias de la labor de parto.	X	X	
5. Recauda la información de la paciente si no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal, no olvidar que la partera o partero podría aportar información adicional.	X	X	
6. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar a la paciente si ha tenido contracciones (no necesariamente acompañadas de dolor, las primeras contracciones pueden ser indoloras), pérdida de líquido a través de la vagina, eliminación de tapón mucoso o sangrado genital.</li> <li>• Averiguar si ha tomado aguas medicinales o naturales para apurar el parto.</li> </ul>	X	X	
7. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal. Explicar a la paciente en lo que consiste el examen y obtener su consentimiento antes de tomar la muestra sanguínea).	X	X	
8. Identifique factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente (parto pretermino, rotura de membranas de más de 12 horas, fiebre, hemorragias o patologías del alumbramiento en embarazos anteriores, signos de sufrimiento fetal o alteraciones del estado materno).	X	X	
9. Realice una evaluación clínica inicial identificando signos de alarma que determinen el nivel de atención de la paciente, éste examen debe incluir: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura, siempre explicando a la paciente lo que se va a realizar y solicitando apoyo a la familia y partera o partero para el consentimiento de la paciente.	X	X	
10. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.	X	X	

11. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.	X	X	
12. Ausculte la frecuencia cardiaca fetal durante un minuto con cualquier método (el de elección es la auscultación intermitente) y durante un minuto completo inmediatamente después de una contracción uterina.	X	X	
13. Control y Registro de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos.	X	X	
14. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel. <b>SÓLO CUANDO SOSPECHE QUE LA PACIENTE DEBE ESTAR YA EN FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO (SOBRE CINCO CENTÍMETROS DE DILATACIÓN) PARA GRAFICAR CURVA DE ALERTA DEL PARTOGRAMA O CUANDO SOSPECHE POR CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO EXTERNO UNA POSIBLE DISTOCIA.</b> Anticipe a la paciente y acompañantes el procedimiento y su utilidad, solicite consentimiento.	X	X	
15. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia a fin de evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dilatación cervical.</li> <li>▪ Borramiento cervical.</li> <li>▪ Consistencia del cuello.</li> <li>▪ Posición del cuello.</li> <li>▪ Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. (Ver <b>Anexo 2</b> de Índice de Bishop).</li> <li>▪ Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea.</li> <li>▪ Coloración del líquido amniótico.</li> <li>▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. (Ver <b>Anexo 3</b> de valoración pélvica): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal.</li> <li>▪ Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto (Protocolo de manejo del parto distócico y protocolo de manejo de cesárea, en normativa de MSP).</li> </ul> </li> </ul>	X	X	
16. Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal (TV) cuando sea estrictamente necesario (OMS), intentar espaciarlo, habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma.	X	X	

<p>17. Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados para limitar los exámenes excesivos, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TV #.1 (20:34 Horas) dilatación 5 cm., borramiento 60%, etc.</li> <li>▪ TV #.2 (24:30 Horas) dilatación 9 cm., borramiento 100%, etc.</li> </ul>	X	X	
18. Realice el TV antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar.	X	X	
19. Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente.	X	X	
20. Si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envíe con el personal médico y su acompañante (familiar o partera) la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	
21. 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.	X	X	
22. <b>NO REALICE ENEMA EVACUANTE</b> por que no es beneficioso, NO previene las infecciones perinatales, es incómodo y puede lesionar el intestino. Sugiera a la paciente que evacúe espontáneamente la vejiga y que elimine la deposición, para evitar que esto suceda durante el parto.	X	X	
23. <b>NO RASURE EL VELLO PÚBICO solo si la paciente o la partera lo solicita por las características de la práctica comunitaria de atención (NO RASURE RUTINARIAMENTE EL ÁREA GENITAL).</b>	X	X	
24. Recomiende a la paciente que se realice un aseo perineal con agua hervida o de hierbas que utiliza la comunidad, explicándole que es para disminuir el riesgo de infecciones.			
25. <b>NO MANTENGA EL AYUNO (NPO) DURANTE LA LABOR DE PARTO.</b> 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.	X	X	
26. <b>NO COLOQUE VENOCLISIS RUTINARIA,</b> valore la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto, si es necesario.	X	X	

<p><b>27. PERMITA LA LIBERTAD DE MOVIMIENTOS.</b> La paciente puede asumir cualquier posición cómoda para ella y cambiar de posición cuantas veces lo desee.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>PRECAUCIÓN:</b> por prolapso de cordón en presentación móvil y membranas rotas se debe mantener la posición supina.</li> </ul>	X	X	
<p><b>28.</b> Permita que la paciente reciba masajes de su familiar o partera según las prácticas de la comunidad.</p>	X	X	
<p>EVALUACIÓN DE LA LABOR DE PARTO Y PARTO NORMAL</p>	<b>NIVEL</b>		
<p><b>29.</b> El Partograma (ANEXO 1) debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal hasta el momento del parto</p>	X	X	
<p><b>30.</b> En el segmento inferior de la hoja de partograma (recuadro 1 del anexo 1) haga el primer control y registro de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tensión arterial.</b> Mínimo cada hora durante toda la labor de parto.</li> <li>▪ <b>Actividad uterina.</b> Frecuencia, duración e intensidad durante 10 minutos cada 30 minutos – 60 minutos.</li> <li>▪ <b>Frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente.</b> Cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo.</li> </ul>	X	X	
<p><b>31.</b> En la cuadrícula principal del partograma controle y grafique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>La curva de alerta de dilatación cervical:</b> Escoja en el extremo superior izquierdo del partograma (recuadro 2 del anexo 1) los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas (p10) dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas. Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cm. de dilatación cervical.</li> <li>▪ <b>La curva real de dilatación cervical:</b> registre con un punto que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el TV los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto. Una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores.</li> <li>▪ <b>La curva de descenso de la presentación fetal.</b> Confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las Estaciones de DeLee o los Planos de Hodge cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma (recuadro 3 del anexo 1).</li> </ul>	X	X	

<p><b>32.</b> Los hallazgos que sugieren un <b>progreso insatisfactorio</b> en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente;</li> <li>▪ Tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta);</li> <li>▪ Cuello uterino mal adosado a la presentación fetal.</li> <li>▪ No descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo.</li> </ul> <p>El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado con compromiso materno y fetal.</p>	X	X	
---	---	---	--

<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO NORMAL: EXPULSIVO.</b></p> <p style="text-align: center;">(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)</p> <p>La progresión adecuada de la dilatación en el partograma permite generar la expectativa de espera para la segunda etapa de la labor de parto.</p>	<b>NIVEL</b>		
	<b>PREPARATIVOS</b>	<b>I</b>	<b>II</b>
<p>1. 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 amniorrhexis y episiotomía.</p>	X	X	
<p>2. Permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé la mayor fuerza para la expulsión del feto. <b>El personal de salud que atiende el parto deberá <u>adecuarse</u> a la posición elegida.</b> Las posiciones que puede adoptar la paciente son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Posición de cuclillas: variedad anterior.</li> <li>b. Posición de cuclillas: variedad posterior.</li> <li>c. Posición de rodillas.</li> <li>d. Posición sentada.</li> <li>e. Posición semi sentada.</li> <li>f. Posición cogida de la soga.</li> <li>g. Posición pies y manos (4 puntos de apoyo).</li> <li>h. Posición de Pie (<b>ANEXO 4</b>).</li> </ul> <p>○ la posición que adopte la parturienta de acuerdo a la cultura.</p>	X	X	

3. Si el cuello del útero está totalmente dilatado se debe preparar todo el entorno y equipo para la atención del parto.	X	X	
4. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) que es lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	
5. 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.	X	X	
6. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilice a la paciente, el personal de salud coordinará la atención del parto, pero se adaptará a la posición elegida por la paciente.	X	X	
7. Realice un lavado perineal con agua tibia o si fuese costumbre de la comunidad con agua de hierbas medicinales y repetirlo si fuese necesario.	X	X	
8. Asegúrese de que los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención del parto y del recién nacido estén completos y esterilizados.	X		
9. Acondicione o verifique que el área donde se atenderá el parto cuente con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calor producido por calefactores, estufas o chimeneas (tomando en cuenta las regiones del país y condiciones de la unidad operativa).</li> <li>• Camilla o silla adecuada para el parto vertical.</li> <li>• Soporte (soga o cuerda) debidamente asegurada (viga o argolla).</li> <li>• Una colchoneta o estera en el piso, cubierta con campos sobre los cuáles nacerá el bebé.</li> <li>• Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesa acondicionada.</li> </ul>	X	X	
10. Verifique las condiciones de limpieza e higiene del lugar, lávese las manos con agua limpia y jabón desinfectante antes de colocarse los guantes, si es necesario por la posición elegida se pueden colocar botas de tela o medias, a fin de evitar que contamine con los pies el campo que cubrirá la colchoneta en donde se atenderá el parto.	X	X	

EXPULSIÓN DE LA CABEZA	NIVEL		
1. Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé, permita que la partera o partero tradicional dé las orientaciones sobre como realizar el jadeo si ella lo acepta.	X	X	
2. Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada.	X	X	
3. Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo, mejor con un paño estéril de ser posible, a medida que la cabeza del bebé se expulsa.	X	X	
<p>4. <b>Valore la necesidad de realizar EPISIOTOMÍA SELECTIVA.</b>  <b>NO REALICE EPISIOTOMÍA RUTINARIA a todas las mujeres.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria.</b></li> <li>▪ <b>La episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal.</b></li> </ul> <p>Registre en Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS.  MSP – HCU. Form. # 051</p>	X	X	
5. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.	X	X	
6. aspire la boca y luego la nariz del bebé <b>sólo</b> si tiene líquido amniótico meconial.	X	X	
7. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. <b>NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.</b>	X	X	
8. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.	X	X	
9. Sólo si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.	X	X	

FINALIZACIÓN DEL PARTO, INICIO DEL NACIMIENTO	NIVEL		
1. Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.	X	X	
2. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.	X	X	
3. Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.	X	X	
4. Si la posición adoptada por la embarazada es vertical, la cabeza se desprenderá sola recibiéndole con una mano y con la otra recibir el cuerpo del niño, de lo contrario o si es otra posición mueva suavemente hacia la región anal la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.	X	X	
5. Lleve la cabeza del bebé hacia la región anterior para extraer el hombro posterior.	X	X	
6. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.	X	X	
7. Coloque al bebé <b>SIEMPRE</b> sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar (si la condición y posición de la madre lo permite), mientras, seque al bebé por completo y evalúe las condiciones del recién nacido (puede requerir atención urgente). <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.</li> </ul>	X	X	
8. Pince y corte el cordón umbilical <b>cuando ha dejado de latir</b> , permita cortar el cordón umbilical a la partera o al partero tradicional, y al familiar, según las prácticas de la comunidad. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NO EXISTE APURO.</li> <li>▪ NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL.</li> <li>▪ El tamaño al que se realice el corte del cordón será consultado al acompañante según las costumbres locales.</li> </ul> Registre en Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	
9. Si las condiciones de la madre y del RN lo permiten inicie la lactancia materna. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	



PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: ALUMBRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.	X	X	
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. ADMINISTRACIÓN DE UTEROTÓNICO.	NIVEL		
2. Administre oxitocina 10 unidades IM. Registre en Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	
No administre oxitocina IV ni en bolo ni por la vía intravenosa; se requiere mayor volumen de líquido y el tiempo de acción es tardío en relación a la vía IM.	X	X	
Si no dispone de oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada <b>porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.</b>	X	X	
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL.	NIVEL		
3. La paciente generalmente en éste momento se encuentra ya recostada, si es así: acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.	X	X	
4. Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, establezca el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical.	X	X	
5. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).	X	X	
6. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contra-tracción sobre el útero.	X	X	
7. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.	X	X	

8. Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.	X	X	
9. Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra-tracción para evitar la inversión uterina.	X	X	
10. De ser necesario utilizar técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres de la comunidad.			
11. Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen.	X	X	
12. Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente, conjuntamente con la partera o partero tradicional.	X	X	
13. 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).	X	X	
14. Una vez que ha sido expulsada la placenta realizar el aseo vulvo perineal con agua medicinal tibia respetando las costumbres de la zona.	X	X	
<b>MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: MASAJE UTERINO.</b>	<b>NIVEL</b>		
15. Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.	X	X	
16. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.	X	X	
17. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.	X	X	
18. Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros. Registre en Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP– HCU. Form. # 051	X	X	
19. En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda. Si en su unidad no dispone de anestesiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior. (Ver referencia y contrarreferencia).	X	X	

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO				NIVEL			
1.	Después de ligar el cordón umbilical el pediatra-neonatólogo o personal de salud que cumpla la función de atender al recién nacido seguirá secando al bebé. Realizará apego precoz e iniciará de ser posible lactancia materna.			X	X		
2.	Simultáneamente, verificará que exista una adecuada entrada de aire así como el tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca y color cada 30 segundos.			X	X		
3.	La conducta será de observación si el bebé está en buenas condiciones, con color rosado, respiración rítmica y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm.			X	X		
4.	Si el bebé presenta meconio pero está vigoroso, con llanto fuerte y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm, sólo requerirá de aspiración.			X	X		
5.	El recién nacido necesitará <b>reanimación si</b> : presenta <b>cianosis generalizada, ausencia de respiración o llanto débil, frecuencia cardíaca menor de 100 lpm, presencia de meconio pesado</b> (Ver Capítulo "Reanimación del Recién Nacido de Alto Riesgo").			X	X		
6.	Identifique y realice la valoración de APGAR al primer y al quinto minutos de vida, cuidando el calor que se debe proporcionar al bebé.			X	X		
VALORACIÓN DEL APGAR							
	PUNTAJE PARCIAL	0	1				2
	Frecuencia cardíaca	No hay	Lenta, menos de 100				100 o más
	Esfuerzo respiratorio	No hay, no respira	Llanto débil, respira mal				Llanto vigoroso
	Tono muscular	Flácido	Algo de flexión de las extremidades				Movimientos activos, buena flexión
	Irritabilidad o respuesta a la manipulación	No reacciona	Mueca, succión o algo de movimiento ante el estímulo				Tos o estornudo, llanto, reacciona defendiéndose
	Color de la piel	Cianótica o pálido	Pies o manos cianóticas	Completamente rosado			
El puntaje final de Apgar se obtiene de la suma de los valores parciales							

<p><b>(0, 1 ó 2) asignados a cada uno de los 5 signos descritos</b></p> <p><b>Interpretación</b></p> <p>De 0-3 = <b>severamente deprimido</b></p> <p>De 4-6 = <b>moderadamente deprimido</b></p> <p>≥7 = <b>bienestar</b></p> <p>El puntaje bajo al minuto indica la condición en ese momento, mientras que a los 5 minutos es útil como indicador de la efectividad de las maniobras de reanimación. En dependencia de su puntuación se manejará de acuerdo a la norma de atención neonatológica.</p>			
7. Se registrará adecuadamente todas las acciones efectuadas en la Historia Clínica Perinatal y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.	X	X	
8. Se pesará y medirá al recién nacido, se permitirá que sea vestido con ropa limpia traída por los familiares.	X	X	
<b>TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO</b>	<b>NIVEL</b>		
9. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	
10. Lávese las manos minuciosamente.	X	X	
11. Permitir la participación de los familiares, partera o partero según las costumbres de la comunidad. Procurar que la ropa que utilizará el recién nacido esté limpia. <b>NO OLVIDE FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO.</b>	X	X	
12. Trate de interactuar con los acompañantes de la paciente, respete las prácticas inofensivas de la paciente y los acompañantes sobre ella y el bebé, de ser necesario dirigir sutilmente las prácticas que podrían ir en contra de la evidencia en lo referente al cuidado neonatal.	X	X	
13. Promover en la madre y la comunidad el manejo del niño manteniendo el aseo de las manos, principalmente durante la lactancia. Recuerde que su persuasión puede ser de mucha importancia en la prevención de enfermedades diarreicas de los recién nacidos e infantes.	X	X	
14. <b>Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051</b>	X	X	
15. En el puerperio debe permitir que la paciente sea fajada si es una costumbre de la comunidad.	X	X	

16. En lo relacionado a la dieta permitir que los familiares lleven la alimentación que acostumbran a dar en su comunidad.	X	X	
17. Durante la estadía postparto se orientará sobre lactancia materna y se dará conserjería de planificación familiar.	X	X	
18. Si la paciente adopta un método anticonceptivo este será entregado o colocado según el caso previo al alta (anticoncepción post-evento obstétrico).	X	X	
19. Se dará el Alta entre 24 a 48 horas del parto según evolución del caso. Previo al alta se indicarán los signos de alarma a observarse tanto en la madre como en el recién nacido.	X	X	
20. Se enviará con la paciente la Hoja de contrarreferencia para ser entregada en su subcentro de salud para los controles subsecuentes.	X	X	
21. Independientemente se enviará una copia de la contrarreferencia con el mensajero (o con quien cumpla sus funciones) de la unidad donde se realizó el parto al sub centro de salud para los controles subsecuentes.	X	X	
22. El jefe de obstetricia donde se realizó el parto se comunicará personalmente con el Director del subcentro de salud (vía telefónica) para informar del alta y condición de la paciente.	X	X	

## ANEXO 2 | HISTORIA CLÍNICA PERINATAL | CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU | Form. # 051. (REVERSO)

**VERT.**

**PARIDAD:** TODAS | MULTIPARAS | NULLIPARAS

**MEMBRANAS:** INTE | INTE | ROTAS | ROTAS

0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
0:15	0:25	1:00	1:30	1:25
2:15	2:30	3:15	2:30	

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas p.p.)

**INICIA LA CURVA DE ALERTA**

**LÍNEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA**

**HORA DE REGISTRO**

**HORA REAL**

**REFERENCIAS**

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

PLANDOS DE HODGE Y VARIACIÓN DE POSICIÓN

DILATACIÓN CERVICAL

ROTURA ESPONTÁNEA MEMB. (REM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN

Fuerza: + + Saceropúsculo: SP

Debíl: + + Contracciones: S

No lo presiste: + + Uterino: + +

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL (Observación precesoz):

Dure tipo II (Descontracción tardío) \_\_\_\_\_ II

(Descontracción variable) \_\_\_\_\_ V

Micometrio \_\_\_\_\_ M

POSICIÓN MATERNA: LD, LI, Dorso, Siempra, Parada o Caminando, PS

\*SCHWARZ R. DIAZ AG  
NIETO F. CLAP

**PARTOGRAMA**

MATERNO: NOMBRES

APellido PATRNERNO: \_\_\_\_\_

APellido MATERNO: \_\_\_\_\_

DATA: MES: \_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

DIATACIÓN CERVICAL (cm)

10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

100 IV - #4  
120  
130 III - 0  
140  
150  
160 II - 2  
170  
180 Hodge  
190 I - 4  
De Lett

F.C.F.

HORA: a b c d e f g h i j k l m n o p

POSICIÓN MATERNA  
TENSION ARTERIAL  
PULSO MATERNO  
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL  
DURACIÓN CONTRACCIONES  
FREC. CONTRACCIONES  
DOLOR Localiz. Intns.  
BORRORRAMEO %

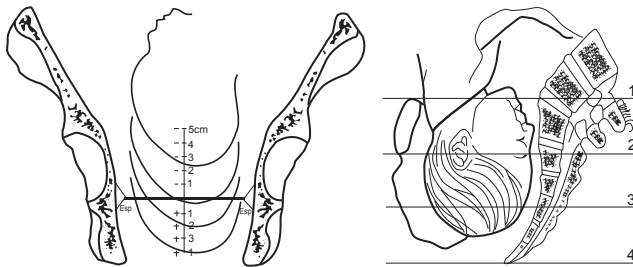
TOMADO DE TECNOLOGÍAS PERINATALES - CLAP - OPS - MSP

## ANEXO 2 | ÍNDICE DE BISHOP

PUNTUACIÓN		0	1	2	3
PARÁMETRO	DILATACIÓN	0-1 cm	2-3 cm	4-5 cm	>5 cm
	BORRAMIENTO	0-30%	40-50%	60-70%	>70%
	POSICIÓN	POSTERIOR	CENTRAL	ANTERIOR	
	CONSISTENCIA	FIRME O DURA	INTERMEDIA O REBLANDECIDA	BLANDA O SUAVE	
	ALTURA DE LA PRESENTACIÓN	ESTACIONES DE DE LEE			
	-3	-2	-1, 0	+1, +2	
	PLANOS DE HODGE				
	MÓVIL - I	II	III	IV	

Durante el examen vaginal valore la altura de la presentación y su descenso, usando las Estaciones de DeLee (expresadas en centímetros +o- desde el punto de referencia 0 correspon-

diente a las espinas ciáticas) o por los Planos de Hodge según el nivel de la presentación fetal en relación con las espinas ciáticas de la pelvis de la madre.



**Estaciones de De Lee.**

**Planos de Hodge.**

ÍNDICE DE BISHOP DESFAVORABLE: Igual o menor a 6.

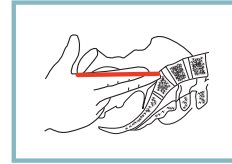
ÍNDICE DE BISHOP FAVORABLE: Mayor a 6.

SEGÚN RESULTADO PROCEDA A VIGILANCIA DE LA DILATACIÓN Y BORRAMIENTO O A DECIDIR MADURACIÓN CERVICAL, INDUCCIÓN O CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.

Durante el examen vaginal valore los diámetros de referencia de la pelvis femenina normal para un parto vaginal. Una reducción notoria en uno o más diámetros plantea la posibilidad de distocia (Ver Distocias).

**ESTRECHO SUPERIOR**

Introduzca los dedos índice y medio en dirección al promontorio (unión de la quinta vértebra lumbar con la primera sacra) para valorar el diámetro conjugado obstétrico.  
DIÁMETRO MÍNIMO: 10,5 cm.

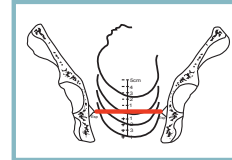
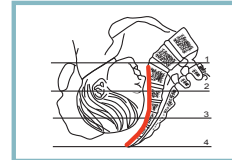


**ESTRECHO MEDIO**

Descienda sus dedos por la cara anterior del sacro para confirmar su concavidad.

Al llegar al nivel de las espinas laterales lateralice sus dedos para valorar la prominencia de las espinas isquiáticas y el diámetro interespinoso.

DIÁMETRO MÍNIMO: 10 cm.

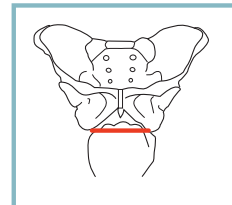
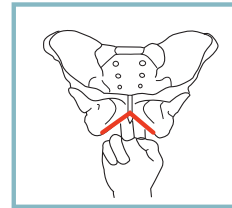
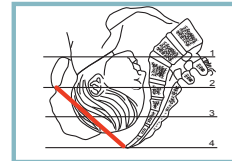


**ESTRECHO INFERIOR O DE SALIDA**

Descienda los dedos hasta la región de la prominencia sacrocoxígea para valorar su prominencia o capacidad de retropulsión.

Al salir de la vagina con sus dos dedos lateralizados valore el ángulo subpúbico.  
ÁNGULO NORMAL: 90 A 100°

Con el puño cerrado presione contra el periné a nivel de las tuberosidades isquiáticas.  
DIÁMETRO MÍNIMO: 8 cm.





ANEXO 4 | POSICIONES EN EL PERIODO EXPULSIVO

TIPO DE POSICIÓN	POSICIÓN DE LA PACIENTE	POSICIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	ACTIVIDAD DEL ACOMPAÑANTE
Cucullillas-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 cucullillas 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>
Cucullillas-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>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Sentada y semisentada</b></p>	<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>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Cogida de la soga</b></p>	<p>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.</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>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>De manos y pies</b></p>	<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>

