

HACAP

Manual para la

Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto



Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Dirección Provincial de Salud de Tungurahua



MANUAL PARA LA HUMANIZACIÓN Y ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO (HACAP)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (MSP)
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA (DPST)

FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI)

PROYECTO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (QAP)
AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (USAID)

Marzo de 2007

PREPARADO POR

Daniel González G.

EQUIPO TÉCNICO QUE GENERÓ LA METODOLOGÍA

Jorge Hermida C.

Daniel González G.

Martha López Ángel

María de Lourdes Freire L.

Virginia Gómez de la Torre

EDICIÓN DEL DOCUMENTO

Jorge Hermida C.

Cristina Puig Borràs

María Faget Montero

FOTOGRAFÍAS

Steven A. Harvey

Daniel González G.

María de Lourdes Freire L.

EQUIPO DE FACILITADORES QUE PARTICIPARON EN LOS TALLERES HACAP

Dirección Provincial de Salud de Tungurahua (DPST-Ministerio de Salud Pública, Ecuador)

Dra. María de Lourdes Freire Lalama

Family Care International (FCI – Ecuador)

Dra. Martha López Ángel, Mtr. Daniel González Guzmán

Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP – Ecuador)

Dr. Jorge Hermida C., Dr. Steven A. Harvey, Dr. Patricio Ayabaca

Las organizaciones sin fines de lucro pueden reproducir el contenido de esta publicación, siempre que no sea con propósitos comerciales. Las instituciones generadoras de este documento agradecen recibir reconocimiento y copia del material reproducido.

El apoyo de Family Care International se enmarca en la Iniciativa por la Atención Calificada del Parto, financiada por la Fundación Bill and Melinda Gates.

El Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo el Contrato Número GPH-C-00-02-00004-00. QAP es administrado por University Research Co., LLC (URC), con sede en Bethesda, Maryland, EE.UU.

CITA RECOMENDADA:

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.

CONTENIDO

Prólogo	1
Presentación	3
¿A quién está dirigido este manual?	4
Contenidos y usos	4
1. Antecedentes	
Mortalidad materna: Un reto pendiente de salud pública	5
Estrategias regionales para la reducción de la mortalidad materna	8
Mejora de la salud materna en el Ecuador	11
La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en Ecuador	12
El Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial	13
El Modelo de las Tres Demoras	15
2. La humanización y adecuación cultural de la atención del parto	
Objetivo	17
Resultados esperados	17
Marco conceptual para la adecuación cultural de la atención del parto	18
Metodología	24
3. Desarrollo de las actividades participativas	
Reuniones de Acercamiento	27
Taller 1: Recuperación del conocimiento y experiencia de los actores	31
Guía de Trabajo: Prácticas en la atención del parto	33
Guía de Trabajo: Identificación de diferencias (brechas) entre las expectativas	37
Taller 2: Propuestas de Intervención para modificar la Atención del Parto.	40
Guía de Trabajo: Identificación de brechas culturales prioritarias	41
Guía de Trabajo: Elaboración de propuestas de intervención	48
Guía de Trabajo: Desarrollar indicadores para la medición	50
Guía de Trabajo: Planificar la aplicación de la encuesta de satisfacción	51
Guía de Trabajo: Programar un ciclo rápido	54

Taller 3: Seguimiento y ajuste de los ciclos rápidos	56
Guía de Trabajo: Ajustar un ciclo rápido	58
Metodología para elaborar encuestas de satisfacción	61
Encuesta de satisfacción (variable trato)	63
Encuesta de satisfacción de usuarias (ejemplo 2)	65
Próximos pasos	70
Referencias bibliográficas	71
Notas	73

Prólogo

La Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, con un gran compromiso para hacer de la maternidad y el parto eventos seguros para todas las mujeres, se ha involucrado muy activamente desde 2004 en el proceso de mejora continua de la calidad de atención y ha trabajado en la implementación del Sistema de Cuidados Obstétricos Esenciales (SICOE) en la provincia. Dicho sistema constituye una estrategia operativa para reducir la mortalidad materna, y se articula en cuatro componentes:

1. Capacitación clínica en Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales.
2. Mejora continua de la calidad de atención en los servicios de salud.
3. Humanización y adecuación cultural de los servicios de atención del parto a las necesidades y requerimientos de las usuarias.
4. Acciones a nivel comunitario para aumentar la demanda de y el acceso a servicios de salud.

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

Gracias al esfuerzo y la colaboración de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International Ecuador (FCI-Ecuador) y el Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP), se ha conseguido diseñar, validar y aplicar una metodología que permite operativizar este proceso de humanización y adaptación de los servicios. La experiencia ha tenido lugar durante el 2005 en tres áreas de salud de la

provincia: Hospital Cantonal de Píllaro, Hospital Cantonal de Pelileo y Centro de Salud N° 2 de Ambato.

La propuesta metodológica empleada fue ampliamente participativa y ha logrado sentar en una mesa de diálogo en igualdad de condiciones a mujeres indígenas y mestizas usuarias de los servicios de salud; parteras y promotores tradicionales de salud; profesionales y trabajadores de la salud pública, así como representantes de los gobiernos locales y de organizaciones de mujeres. El intercambio de experiencias, conocimientos y propuestas ha sido riquísimo, así como fundamental para tender un puente entre culturas diferentes que conviven a diario: la de las comunidades y la de los servicios de salud.

Los actores se reunieron y dialogaron a lo largo de 2005 en el marco de cuatro talleres realizados en: Píllaro (febrero), Ambato (mayo), Patate (julio) y Baños (agosto). En estos talleres los actores conformaron equipos de adecuación de la atención del parto, y desarrollaron propuestas de ciclos rápidos y progresivos de cambio que han permitido a los servicios de salud hacer adaptaciones concretas en la atención del parto para responder mejor a las necesidades y expectativas culturales de las mujeres embarazadas y de sus familias.

La libertad para escoger la posición para dar a luz; el buen trato en la atención y una buena información y comunicación antes, durante y después del parto han sido los cambios que las mujeres han priorizado y en los que nuestro personal de salud está trabajando para lograr un servicio no sólo de calidad sino también respetuoso y cálido.

Esta experiencia es apenas un primer paso, y somos conscientes del largo camino que debemos recorrer para lograr una adecuación cultural total de la atención

del parto en Ecuador. Los próximos pasos de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua serán la planificación de nuevos “ciclos rápidos de cambio”, la incorporación de indicadores de adecuación cultural, y su medición periódica para dar seguimiento al progreso de nuestras unidades de Salud. Con todo ello, esperamos en un futuro cercano brindar en todas nuestras unidades y a todas las mujeres de nuestra provincia la atención que ellas quieren y merecen.

Tungurahua se siente orgullosa de esta iniciativa, y desde aquí queremos invitar y animar a las Direcciones de Salud de otras provincias ecuatorianas a recorrer este camino, esperando que todas las reflexiones, vivencias y experiencias recogidas en este manual les sirvan para ello.

*Dirección Provincial de Salud de Tungurahua
Ministerio de Salud Pública del Ecuador*

Presentación

Ningún otro indicador muestra tan claramente como la mortalidad materna las terribles inequidades que enfrentan las mujeres en América Latina y el Caribe. La mayor parte de las muertes maternas serían prevenibles, si las mujeres tuvieran acceso a cuidados calificados durante su embarazo y su parto. Sin embargo, persisten enormes barreras económicas, geográficas y culturales que limitan este acceso, a pesar de los esfuerzos y programas gubernamentales para garantizar una maternidad segura.

La Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, con el apoyo de Family Care International (FCI) y el Proyecto Garantía de Calidad (QAP), ha desarrollado una experiencia piloto de humanización y adecuación cultural de los servicios de salud de atención del parto, como estrategia para reducir las barreras culturales que impiden el acceso a la atención calificada durante el parto. La iniciativa se encuadra dentro de la estrategia de reducción de la mortalidad y morbilidad materna recomendada y promovida por el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe.

Esta publicación pone a disposición de los y las trabajadoras de salud la metodología aplicada en este proceso piloto, que aspira a humanizar el proceso del parto y nacimiento de manera de que responda a las expectativas de las mujeres; sobretodo, a las expectativas de aquellas mujeres que presentan complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

De esta manera podremos encontrar el equilibrio entre la práctica médico-científica para prevenir y manejar las complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres, y el respeto, la tolerancia y la sensibilidad, para encontrarse como profesionales de la salud con la mujer indígena, mestiza y/o campesina en labor de parto.

Como todo proceso, éste no termina con esta publicación, la misma es sólo el primer paso de un trabajo incesante para construir puentes y consensos entre culturas, visiones y percepciones que deben poder comunicarse y lograr acuerdos, algo imprescindible cuando se habla de calidad y de calidez en los servicios.

Family Care International (FCI)
Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP)

¿A quién está dirigido este manual?

El presente manual sirve a todas aquellas personas que trabajan en el ámbito de la salud materna e infantil y que desean mejorar la calidad de los servicios de atención obstétrica, reduciendo las barreras culturales a la atención calificada del parto mediante un proceso participativo que atienda y responda a las diversidades culturales de la población.

Las herramientas metodológicas que se presentan aquí pueden ser usadas por coordinadores/as y técnicos/as de programas y proyectos de salud materna, médicos/as, obstetras, obstetrices, enfermeros/as y/o promotores/as comunitarios de salud para conocer la experiencia de adecuación cultural de la atención al parto y así poder replicarla en sus contextos.

Contenidos y usos

El manual está dividido en tres partes. La primera parte aborda el problema de la mortalidad materna como un reto pendiente de la salud pública global y regional, y presenta las estrategias que el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe propone para la efectiva reducción de la morbi-mortalidad maternas. Asimismo presenta la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia de Ecuador, que procura eliminar las barreras económicas al acceso de muchas mujeres a cuidados obstétricos esenciales y a la atención calificada del parto.

La segunda parte presenta los elementos conceptuales en que se fundamenta la metodología de humanización y adecuación cultural de la atención del parto.

Y finalmente, la tercera parte presenta una metodología para llevar a cabo el proceso de adecuación de los servicios. Se trata de actividades participativas (llamadas también talleres de rediseño de la atención del parto) que permiten identificar las brechas culturales entre los servicios de salud y las usuarias, y definir e implementar los cambios necesarios para poder brindar una atención de calidad, respetuosa y sensible a las necesidades de todas las mujeres.

Mortalidad materna: Un reto pendiente de salud pública

Hacer el 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).

Mientras estos objetivos no se alcancen, cada minuto, en alguna parte del mundo, una mujer muere por complicaciones del embarazo o el parto, alcanzando unas 530.000 muertes anuales por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio; alrededor de 50 millones de mujeres experimentan una complicación seria durante el embarazo o el parto. El más de medio millón de defunciones supone una razón mundial de 400 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo en conjunto, la cifra es de 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados ocurren 27 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos¹

Cada año, de un estimado de 120 millones de embarazos que ocurren en el mundo: *

- Más de medio millón de mujeres mueren como consecuencia de complicaciones durante el embarazo o el parto; el 99% de ellas en países en desarrollo;
- Más de 50 millones de mujeres sufren enfermedades o discapacidades serias relacionadas con el embarazo; y
- Por lo menos 1,2 millones de recién nacidos mueren por complicaciones durante el parto.

**La Atención Calificada Durante el Parto. Un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos (FCI)*

“La mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada, y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales, son pobres, y por encima de todo, mujeres.”

*Dr. Halfdan Thomas Mahler
Discurso inaugural en la Conferencia de Maternidad sin Riesgo,
Nairobi, 1987.*

(Safe Motherhood). Ningún otro indicador de salud muestra tan claramente como la mortalidad materna las crudas discrepancias entre los países de altos y bajos ingresos. Discrepancias que tienen que ver con las desiguales condiciones de salud y de vida de distintas poblaciones, así como de la cobertura y la calidad de los servicios de atención a la mujer en edad fértil. Más aun si se tiene en cuenta que los datos oficiales de muertes maternas frecuentemente no revelan la verdadera magnitud del problema ya que persiste un elevado subregistro de datos.

La muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (independientemente de la duración y el sitio del embarazo) debida a cualquier causa relacionada con el embarazo o su atención, o agravada por el embarazo. No incluye muerte por causas accidentales o incidentales.²

A nivel global, entre el 11% y el 17% de las defunciones maternas se producen durante el parto, y entre el 50% y el 71% durante el puerperio. Aproximadamente el 45% de las defunciones maternas puerperales se producen durante las primeras 24 horas después del parto, y más de las dos terceras partes durante la primera semana.

La causa más frecuente de muerte materna es la hemorragia severa. De no tratarse, la hemorragia puerperal puede llegar a matar a una mujer sana en dos horas. La

Algunos derechos humanos relacionados con la maternidad segura

- **El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad.** Para garantizar estos derechos, los gobiernos deben asegurar el acceso a la atención a la salud durante el embarazo, parto y puerperio, y hacer efectivo el derecho a todas las parejas a decidir el número y espaciamiento de sus hijos.
- **El derecho a la información y la educación en salud,** incluyendo la salud reproductiva y la planificación familiar.
- **El derecho a la equidad y a la no discriminación.** Los servicios de salud deben de prestarse a quien los necesite, sin distinción de edad, sexo, raza, estado civil, clase o condición socioeconómica, condiciones de salud o afecciones preexistentes.

segunda causa directa de mortalidad más corriente es la sepsis; y la tercera el aborto realizado en condiciones de riesgo.

Así mismo, cada año mueren en el mundo 1,2 millones de recién nacidos/as por complicaciones durante el parto (OMS, 2002) y se calcula que cada año más de un millón de niños que sobreviven tras sufrir asfixia durante el parto desarrollan parálisis cerebral, dificultades de aprendizaje u otras discapacidades. Casi tres cuartas partes de las muertes neonatales y de las discapacidades se podrían evitar si las mujeres tuvieran un buen estado físico y recibieran atención oportuna durante el embarazo, el parto y el puerperio.

América Latina y el Caribe³ es una región geográfica tan diversa como dispar, caracterizada por la heterogeneidad social, económica, territorial y cultural, tanto a nivel sub-regional como dentro de cada país. Las condiciones de salud de cada población, así como la capacidad de dar respuesta a sus necesidades y demandas colectivas, varían substancialmente a lo largo del continente y de cada país. Un elemento común a toda la región sin embargo, es el hecho que las mujeres acusan con mayor severidad esta inequidad. En este contexto, la mortalidad materna sigue constituyendo un grave problema de salud pública y sobre todo una cuestión de derechos humanos. Toda mujer tiene el derecho fundamental a un embarazo y parto seguro: el derecho a una maternidad segura.

A pesar de ello, persisten inequidades inadmisibles en los resultados de salud materna en América Latina y el Caribe. El embarazo, el parto y el puerperio siguen

siendo procesos altamente riesgosos para las mujeres indígenas u originarias, las mujeres más pobres, con menos años de escolarización y que residen en áreas rurales. La discriminación por razones de género, culturales, étnicas, económicas y territoriales, constituye una barrera al acceso a servicios de salud y a la atención calificada del embarazo y el parto.

Así, en Latinoamérica cada año mueren aproximadamente 23.000 mujeres a causa de com-

plicaciones derivadas del embarazo y el parto lo que, a modo de ejemplo, significó en el año 2000 una razón de mortalidad materna regional de aproximadamente 190 por cada 100.000 nacidos vivos.

Además de ser injusta, cada muerte materna conlleva graves repercusiones emocionales, sociales y económicas para la familia y toda la comunidad. La pérdida de la madre reduce las posibilidades de supervivencia de su recién nacido, disminuye el desempeño escolar de los hijos e hijas sobrevivientes, y supone una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares y comunitarios.

Al igual que a nivel mundial, las causas de mortalidad materna en la región divergen entre los distintos países y también dentro de cada país. Las causas obstétricas directas principales son la hemorragia, el aborto realizado en condiciones de riesgo, el parto obstruido, la eclampsia, y la sepsis puerperal. Como ya se ha mencionado anteriormente, el subregistro aún importante de las defunciones maternas impide conocer la verdadera dimensión de este problema, y además impide el diagnóstico de todas sus causas así como un abordaje del mismo basado en datos reales totalmente confiables.

En el Ecuador, cada año ocurren aproximadamente 350.000 embarazos, de los cuales 300.000 llegan a término. El capítulo 3.2 de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos describe la actual situación de la salud materna en el país:

(...) La razón de mortalidad materna es alta, con razones que van desde 92 x 100.000 nacidos vivos para el periodo 1993/2000 a 74,3 x 100.000 nacidos vivos para el año 2001. Las fuentes oficiales preparan información ajustada, tanto por certificación médica de la muerte materna, como aquella debida a los egresos hospitalarios y se propone completarla con la Encuesta ENDEMAIN (2004) (...).

En las muertes con certificación, la mayoría de ellas se debieron a toxemia y eclampsia, seguidas por las debidas a hemorragias, mientras en los egresos hospitalarios las primeras causas fueron relacionadas con las complicaciones del trabajo del parto y del embarazo, seguidas por las hemorragias y el aborto.

La mayoría de muertes maternas se producen en los servicios de salud, lo que exige priorizar el mejoramiento de la calidad de éstos así como estudiar las razones para la falta de reconocimiento de los signos de alarma, las demoras en la toma de decisiones y las dificultades de acceso a los hospitales.

Datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo⁴ (INEC) basados en el Anuario de Estadísticas Vitales (sección de registro de fallecimientos), indican que en el año 2001 se registraron 97 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el país. Esto supuso un total de 187 muertes en un año. Dado que el sistema

del Anuario de Estadísticas Vitales registra sólo la causa básica de muerte, puede asumirse que una cantidad importante de muertes maternas no fueron registradas como tales. Además, se carece de los datos necesarios para un análisis exhaustivo de las condiciones particulares en que se da cada muerte materna y sus causas y por lo tanto se ve mermada la capacidad de responder a las mismas.

Buscando mejorar esta limitación, la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública viene realizando un gran esfuerzo desde el año 2001 para incluir la notificación y el registro obligatorio de muertes maternas en el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica, introduciendo la mortalidad materna en el Sistema de Notificación de Enfermedades Transmisibles de Obligada Notificación. Gracias a ello, el país dispondrá en breve de datos detallados sobre la mortalidad materna de 2001 a 2005. Por el momento, este registro ha identificado las principales causas de mortalidad materna en los años 2002 y 2003 en el Ecuador: la hemorragia, seguida de la eclampsia, la sepsis posparto y el aborto realizado en condiciones de riesgo (o aborto séptico).

Para el año 2004, el informe *Indicadores Básicos de Salud – Ecuador 2005* (MSP, INEC, OPS, UNFPA, UNICEF, PNUD y UNIFEM) proporciona los siguientes datos sobre las causas de mortalidad materna:⁵

Principales Causas de Muerte Materna - Ecuador 2004
AGRUPACIÓN EN LA LISTA DETALLADA DE LA CIE-10

No.	CÓDIGOS CIE-10	CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA	NÚMERO	ODM	
				TASA ¹	%
	000-099	TOTAL DE DEFUNCIONES MATERNAS	129	76.4	100.0
1	010-016	EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	54	32.0	41.9
2	060-075	COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO	26	15.4	20.2
3	030-048	ATENCIÓN MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y LA CAVIDAD AMNIÓTICA Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO	25	14.8	19.4
4	000-008	EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO	11	6.5	8.5
5	085-092	COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL PUERPERIO	4	2.4	3.1
6	095-099	OTRAS AFECCIONES OBSTÉTRICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PRTE	9	5.3	7.0
Total de nacidos vivos² = 168,893					

Fuente: INEC

¹ Tasa por 100,000 nacidos vivos registrados

² Dato provisional que será corregido con los nacimientos ocurridos en el año 2004, que se inscriban en el año 2005

Fuente: *Indicadores Básicos de Salud - Ecuador 2005*, disponible en <http://www.msp.gov.ec/>

Al desagregar los datos nacionales, se observa que las mujeres pertenecientes a los pueblos indígenas y originarios son las que tienen mayor probabilidad de morir por causas vinculadas al embarazo y el parto, y que la mayor parte de muertes maternas se producen en las provincias con mayor población pobre, rural, indígena y afro-descendiente.

En este sentido, la tasa de cobertura de parto institucional según segmentos poblacionales es un dato muy revelador: la cobertura nacional es del 80%, mientras que entre las mujeres indígenas sólo el 34% de los partos son atendidos en unidades de salud; el 65% restante dan a luz en sus hogares.

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 este 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:

- **Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos** (aprobada el 6 de abril de 2005 por Decreto Ejecutivo N° 2717)
- **Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos** (en proceso de articulación).
- **Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna** a partir del cual cada provincia elaborará su plan local para implementar este plan nacional (aprobado en agosto de 2005).

El marco político actual y los mecanismos desarrollados por la LMGAI, el Ministerio de Salud Pública y la Unidad Ejecutora de la Ley para su eficiente aplicación, están logrando superar las barreras económicas a los servicios de atención materna en Ecuador, contribuyendo así a articular los derechos de salud reproductiva de todas mujeres.

Estrategias regionales para la reducción de la mortalidad materna

Retos regionales para lograr la atención calificada de todos los partos

En América Latina y el Caribe en conjunto, el 79% de los nacimientos son atendidos por personal médico. Sin embargo, esta tasa aparentemente alta de cobertura de atención institucional del parto oculta importantes inequidades, tanto dentro de cada país como a nivel regional. Las estadísticas muestran que en todos los países las tasas de mortalidad materna son mucho más elevadas entre mujeres pobres, de mayor edad, indígenas, que habitan en zonas rurales y tienen menos años de escolarización.

En junio de 2003 el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna⁵ convocó en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, una Consulta Técnica Regional para analizar la brecha al acceso de las mujeres a **atención calificada del parto**, y desarrollar estrategias para abordarlas.

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

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

Algunos de los retos específicos que identificaron las delegaciones nacionales que participaron en la Consulta Técnica Regional sobre la atención calificada del parto fueron las siguientes:

- Las mujeres indígenas tienen menor acceso a atención sanitaria de calidad, debido a razones geográficas y económicas, pero sobre todo debido a la discriminación por razón de género, de etnia y cultural, ya que los servicios de salud no satisfacen sus necesidades ni expectativas.
- Los profesionales de salud calificados son asignados de manera desigual dentro del territorio, y a menudo escasean en las comunidades rurales, donde tampoco se cuenta con los adecuados equipamientos e insumos.
- Es necesario reconocer el rol de las parteras tradicionales o empíricas, y repensar y articular su incorporación a los sistemas de salud. Históricamente muchos programas de reducción de la mortalidad materna se han centrado en la capacitación en atención del parto de parteras tradicionales o empíricas; pero sin un esfuerzo por integrarlas al sistema de salud, se ha demostrado que esta estrategia no contribuye drásticamente a reducir el número de muertes maternas.
- Debe promoverse la figura de la partera profesional, creando oportunidades para su capacitación e integración como cuadro en el sector público de salud.

A lo largo de la región, las barreras culturales, las actitudes poco respetuosas y la limitada habilidad comunicativa de muchos proveedores de salud limitan el acceso de las mujeres a la atención calificada. Las mujeres, especialmente las mujeres indígenas, rechazan el tratamiento que reciben en los hospitales, que perciben a menudo como irrespetuoso e insensible, cuando no ofensivo.

En varios países de la región andina se están realizando esfuerzos para superar estas barreras, implementando pequeños cambios en los servicios para hacerlos más acogedores y culturalmente más apropiados para las mujeres. Algunos ejemplos de estos cambios son:

- calentar los líquidos antes de usarlos para lavar a las mujeres;
- instalar iluminación cálida y calentar las salas de parto;

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

Basado en Reducción de la Mortalidad Materna, Declaración Conjunta OMS/UNFPA/Unicef/Banco Mundial. Ginebra: OMS, 1999.

- dar a las mujeres batas con aberturas en la parte posterior para que no estén completamente desnudas al parir;
- permitir parir en posición vertical;
- ampliar el horario de las clínicas;
- permitir que los familiares y las parteras tradicionales o empíricas acompañen a la mujer durante el trabajo de parto y el parto;
- devolver a las mujeres las placentas, para que puedan enterrarlas.

De la Consulta Técnica surgió la recomendación y el compromiso de desarrollar un esfuerzo conjunto para sistematizar y compartir a nivel regional las intervenciones exitosas de adecuación cultural de los servicios de parto; promover la construcción de indicadores de adecuación cultural de los servicios de salud materna para monitorear y medir el impacto de estos esfuerzos; e impulsar la colaboración entre el sector público, la sociedad civil y las agencias de cooperación internacional, para avanzar en la elaboración y aplicación de políticas públicas y normativas que apoyen la maternidad segura en América Latina y el Caribe.

El Consenso Estratégico Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas en América Latina y el Caribe

En el año 2004 el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe aunó esfuerzos al más alto nivel, con el fin de definir, divulgar y apoyar la implementación de un conjunto de estrategias costo-efectivas y basadas en la evidencia, para la reducción de la mortalidad materna. Los organismos miembros de este Grupo de Trabajo analizaron las lecciones aprendidas de los programas de reducción de mortalidad materna aplicados en ALC en las décadas pasadas, y en base a ello definieron cinco áreas prioritarias de acción para los siguientes 15 años.

Estas estrategias se recogen en el documento *Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe* que recomienda:

- Asegurar que toda mujer tenga acceso a atención calificada durante su embarazo, parto y posparto. Esto se refiere a que toda mujer embarazada y su bebé reciban los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud o el hospital. Para que esto ocurra, los proveedores de salud (médicos/as, parteras profesionales y/o enfermeros/as) deben tener las destrezas necesarias; contar con el apoyo de un sistema de salud eficiente, con políticas, normas y regulaciones claras que les respalden; con la administración adecuada de suministros, equipamientos e infraestructuras; y con el apoyo de un eficiente sistema de comunicación, referencia y transporte.
- Garantizar que todas las mujeres, de todas las zonas del país, tengan acceso a Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) para poder detectar y tratar riesgos antes de que se conviertan en serias amenazas a la salud o la vida de la mujer o el bebé (por ejemplo, anemia, pre-eclampsia, o parto prolongado) y para tener acceso a tratamiento adecuado en caso de presentar complicaciones obstétricas. La provisión de

Cuidados Obstétricos Esenciales no precisa médicos ni equipamientos altamente especializados, y todo centro de salud puede y debe ofrecer COE básicos para salvar la vida de la mujer en caso de producirse emergencias obstétricas.

- Asegurar que todas las personas tengan acceso a información y consejería sobre métodos de planificación familiar, y a los propios métodos, a fin de que las mujeres y las parejas puedan decidir de manera responsable e informada sobre el número de hijos que desea tener, y prevenir embarazos no deseados.

Así mismo, el Grupo de Trabajo Interagencial define las siguientes áreas de acción prioritarias:

- Impulsar los esfuerzos nacionales y municipales de mejora de la salud materna, haciendo énfasis en la articulación de legislaciones que aseguren el respeto a los derechos sexuales y reproductivos con una perspectiva de género y generacional y promoviendo la descentralización municipal;
- Promover la prestación de servicios de salud materna integrales por parte de personal calificado;
- Promover la participación comunitaria y la demanda de servicios de salud de calidad mediante la creación de comités locales de maternidad segura;
- Construir alianzas entre diversos sectores (salud, economía, educación) y también entre diferentes niveles sanitarios y;
- Financiar los servicios de salud materna para asegurar su sostenibilidad financiera y económica.

Muchas de estas acciones son relevantes para el caso del Ecuador y ya están siendo incorporadas en los mecanismos de aplicación de la LMGAI y en las estrategias de mejora de la calidad de atención. Sin embargo, deben fortalecerse las estructuras institucionales y desarrollarse las habilidades para un seguimiento adecuado de las iniciativas emprendidas.

Mejora de la salud materna en el Ecuador

En términos de acceso a la maternidad segura el Ecuador no es una excepción en la región. Entre las causas subyacentes al elevado número de muertes maternas que todavía se producen en el país, destacan:

1. La falta de conocimiento de las señales de peligro de una emergencia obstétrica por parte de las mujeres y de sus familias;
2. La falta de acceso a atención calificada durante el parto, y;
3. La insuficiente calidad de los cuidados obstétricos brindados en las unidades de salud.

En muchas zonas del Ecuador, especialmente en las rurales, persisten serias desventajas con respecto al acceso a atención calificada durante el embarazo y parto y a cuidados obstétricos básicos y de emergencia (los que pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte). A las barreras geográficas o económicas, se suma la pobre calidad de la atención brindada, sobre todo por la falta de sensibilidad hacia los aspectos culturales. A continuación se describen algunas debilidades del sistema en relación a la maternidad segura.

Deficiencias de las redes de referencia

Muchos centros de salud no disponen de mecanismos de referencia, o éstos son ineficaces pues no cuentan con transporte de emergencia entre los centros de salud y los hospitales de distrito y de segundo nivel, o no funcionan como un sistema con diferentes niveles de complejidad interconectados.

Bajo uso de prácticas médicas basadas en la evidencia

La deficiente calidad de los servicios tiene que ver tanto con los contenidos de la atención como con los procesos reales involucrados en su aplicación. Muchas intervenciones clínicas sustentadas en la medicina basada en la evidencia, tales como el uso rutinario del partograma o el manejo activo de la tercera etapa del parto, tardaron en ser incluidas dentro de las pautas nacionales, y con frecuencia no son implementadas consistentemente en los centros médicos.

Por otra parte, algunas prácticas que no son beneficiosas o que son incluso perjudiciales para la mujer siguen siendo usadas ampliamente en centros de partos. Ejemplos de esto son la práctica de la episiotomía de rutina, el uso excesivo de oxitocina para la inducción del parto, o la realización de cesáreas sin una clara indicación.

Falta de pericia del personal de salud

El personal que atiende el parto, en muchas ocasiones estudiantes internos, a menudo no tiene la suficiente preparación para reconocer a tiempo las emergencias obstétricas, y carecen de las capacidades necesarias para manejarlas adecuadamente. Esto se suma a la falta de suministros médicos lo cual constituye otra barrera para brindar una atención de calidad.

Barreras culturales

En muchos casos en que un centro médico es accesible geográficamente, brinda atención calificada y además cuenta con los suministros necesarios, muchas veces los servicios resultan aún inaceptables para gran parte de las mujeres y sus familias, ya sea porque éstas sienten que no son tratadas con respeto o porque los servicios no tienen en cuenta sus valores y tradiciones culturales. Cuando los centros de salud de manera reiterada fallan en brindar una atención adecuada, las mujeres se vuelven renuentes a acudir a los servicios de salud, ya sea centros u hospitales y, en consecuencia, los usan menos.

Esto explica parcialmente porque sólo el 30.1% de las mujeres indígenas del Ecuador reciben atención institucional del parto mientras que la gran mayoría de ellas aún tienen partos domiciliarios.⁶

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en Ecuador

Como parte de los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, el Ecuador promulgó ese mismo año la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI). El objetivo de esta Ley es contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil, mejorar el acceso de mujeres y niños a una atención en salud de calidad y fortalecer la participación en los procesos de toma de decisión y el control de la calidad de los servicios. La LMGYAI estimuló la expansión de la cobertura de la atención calificada del parto, y contribuyó a consolidar la concepción sobre la salud y la calidad de atención como un derecho ciudadano. Entre sus aspectos innovadores destacan:

- a) la separación de las funciones de financiamiento y de pago de la atención en salud;
- b) la descentralización de la gestión de los fondos hacia los municipios con veeduría a cargo de

Comités de Gestión Locales y multisectoriales (incluyendo los gobiernos locales);

- c) la creación de Comités de Usuarios para monitorear la aplicación de la Ley; y
- d) la creación de un mecanismo para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es de aplicación obligatoria en el sistema público de salud e incluye las siguientes prestaciones: control prenatal, parto, cesárea, emergencias obstétricas, detección oportuna del cáncer ginecológico, planificación familiar, atención a los recién nacidos/as normales y con patologías, transfusiones sanguíneas y paquetes globulares, atención de enfermedades de transmisión sexual (excepto Sida) y atención a niños/as menores de cinco años en las enfermedades prevalentes de la infancia.⁷

De esta manera la LMGYAI, procura fortalecer la maternidad sin riesgo en el Ecuador, sentando las bases para brindar una atención calificada. Los mecanismos empleados por la ley se han convertido en herramientas importantes para mejorar la cobertura de la atención y la calidad de los servicios a lo largo de todo el país.

El Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial⁸

El Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE) es una estrategia operativa para reducir la mortalidad materna que integra una red de servicios de salud articulados a nivel comunitario, aptos para brindar cuidados obstétricos esenciales (COE).

La atención del cuidado obstétrico se hace en dos niveles: COE Básico y COE Completo.⁹ Los centros de COE Básico, que deben ser accesibles a todas las mujeres, incluyen maternidades con asistencia calificada del parto, los suministros necesarios y la capacidad de manejo inicial y transportar rápidamente a una mujer con complicaciones a un centro de COE Completo en caso necesario.

- Los servicios clave que un centro de COE Básico ofrece son:
- Tratamiento inicial del embarazo con problemas (por ejemplo: anemia, diabetes);
- Tratamiento médico inicial de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (por ejemplo hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia) y su referencia inmediata en caso necesario;
- Procedimientos manuales (retirar la placenta, reparar desgarros o episiotomía);
- Vigilar el progreso de la labor (incluyendo el uso del partograma); y
- Atención neonatal básica.

El **COE Completo o Integral** incluye todos los servicios COE básicos, más las intervenciones quirúrgicas, la anestesia y la transfusión sanguínea. También brinda las intervenciones necesarias para los embarazos de alto riesgo y las complicaciones del parto.

Para brindar esta atención obstétrica esencial el sistema se vale de los siguientes componentes:¹⁰

La red de servicios de salud para cada SICOE, se establecen según los siguientes parámetros:* (Población de referencia: 500.000 personas)

- 1 establecimiento que ofrezca Cuidado Obstétrico Esencial Completo /Integral.
- 4 establecimientos que ofrezcan Cuidados Obstétricos Esenciales Básicos.

**Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services, New York, UNICEF, OMS, UNFPA, octubre de 1997.*

1. Capacitación clínica en Cuidado Obstétrico y Neonatal Básico

En este componente el SICOE desarrolla un sistema de capacitación clínica que asegure que tanto en los cuidados obstétricos esenciales Básicos como Completos se cuente con personal de salud capacitado y en cantidad suficiente para la atención de pacientes obstétricas. Entre otros, el componente:

- establece un centro de capacitación continua en COE que tenga como base al Hospital de Referencia COE Completo / Integral;
- establece una currícula de capacitación y/o actualización en COE, manejo y destrezas para complicaciones obstétricas.

2. Mejora Continua de la Calidad

Se fundamenta en el cumplimiento de estándares y protocolos sustentados en la medicina basada en evidencia que aseguren la calidad para el manejo clínico y los procedimientos manuales del embarazo, parto, puerperio normal de los y las recién nacidos/as y de las mujeres con complicaciones. A través de la medición periódica de indicadores, equipos de Mejora Continua, integrados por personal de las Unidades de Salud, identifican brechas en la calidad de la atención y ponen en práctica intervenciones rápidas para mejorar progresivamente los procesos COE.

3. Humanización y/o adecuación cultural de los servicios a las necesidades y requerimientos de las usuarias y sus familiares

En este componente se desarrollan acciones participativas para modificar la práctica obstétrica de la atención del parto en los COE Básicos y Completos, de modo que respondan culturalmente a las necesidades de las usuarias. Este componente permite superar algunos de los elementos que impiden a las mujeres embarazadas llegar a los servicios de salud para la atención de su embarazo y parto, promoviendo así la atención calificada del parto.

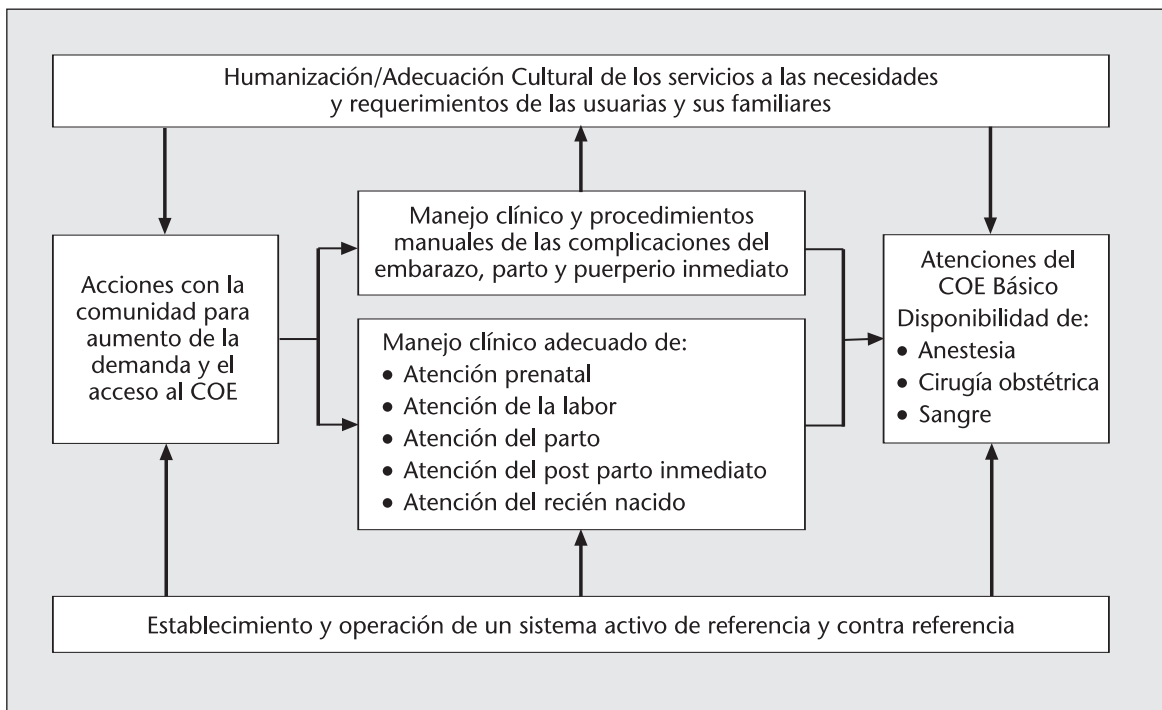
4. Acciones comunitarias para el aumento de la demanda y el acceso al SICOE

Este componente incluyen el desarrollo de actividades participativas a nivel comunitario orientadas a que las familias y la comunidad puedan identificar oportunamente las señales de peligro durante el embarazo,

parto, posparto y en el recién nacido, para así poder buscar tratamiento de urgencia con la debida antelación. Se promueve el trabajo coordinado entre personal comunitario y personal institucional de salud para la realización de planes comunitarios de acceso a servicios de emergencia y la conformación de fondos comunitarios de emergencia. Entre otras acciones, se apoya a las organizaciones y actores locales para fortalecer la capacidad de toma de decisiones en lo referente a la salud comunitaria desde un enfoque de derechos.

El siguiente modelo gráfico (figura 1) presenta esquemáticamente los componentes de los Cuidados Obstétricos Esenciales Básicos y Completos; como las líneas, componentes y flujos de interacción que el modelo procura implantar en cada uno de los SICOE.

Figura 1. Los Componentes del SICOE



El Modelo de las Tres Demoras

Este enfoque está basado en varias premisas: 1) una proporción de mujeres embarazadas desarrollará complicaciones obstétricas; 2) la mayor parte de estas complicaciones no pueden ser prevenidas o evitadas; y 3) por lo tanto las mujeres que sufren de complicaciones necesitan Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo.

Si bien los servicios de COE son necesarios si se quiere reducir la mortalidad materna y neonatal, pueden que no sean suficientes. Incluso cuando los servicios están funcionando bien, las mujeres con complicaciones obstétricas enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlas. Algunas son económicas –falta de dinero para pagar el transporte o los servicios–, otras son geográficas –distancias largas y vías en mal estado–, y otras son culturales. Estas barreras y sus consecuencias pueden agruparse un modelo llamado “Las Tres Demoras”: la primera demora ocurre en tomar la decisión de buscar ayuda; la segunda demora en llegar a la instalación de tratamiento; y la tercera demora ocurre en recibir el tratamiento adecuado en los servicios de salud.

La primera demora: Tomar la decisión de buscar ayuda

La decisión de buscar ayuda es el primer paso para que una mujer con una complicación reciba COE. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores. Primero, que la mujer, su familia o acompañantes sepan reconocer que tiene una complicación que amenaza su vida. También deben saber a donde acudir. Puede ser que las personas sepan que necesitan ayuda, pero escogen no ir a un hospital porque saben que no hay médicos con habilidades obstétricas. Los factores culturales pueden jugar un papel importante en cuanto a tomar la decisión de buscar ayuda. Por ejemplo, en lugares donde el estoicismo es valorado, y las mujeres son respetadas si sufren en silencio, los miembros de la

familia tienen dificultades para identificar un parto prolongado. El estatus de la mujer y la autonomía también afecta la decisión de buscar ayuda. Por ejemplo, en algunas comunidades nadie lleva una mujer al hospital sin permiso del esposo. Además, las características culturales de la forma como se atiende el parto en las Unidades de salud muchas veces son diferentes o hasta opuestas a la cultura y tradiciones de la población.

La distancia a la instalación de salud, disponibilidad y eficiencia del transporte, y costo de la atención a la salud y transporte influyen todas en la toma de decisión de la persona en buscar ayuda. Además, la reputación de la instalación puede jugar un papel clave. Puede que las personas no busquen ayuda médica rápida o en absoluto si creen que los servicios son de mala calidad.

La segunda demora: Llegar a la Unidad de salud para recibir tratamiento

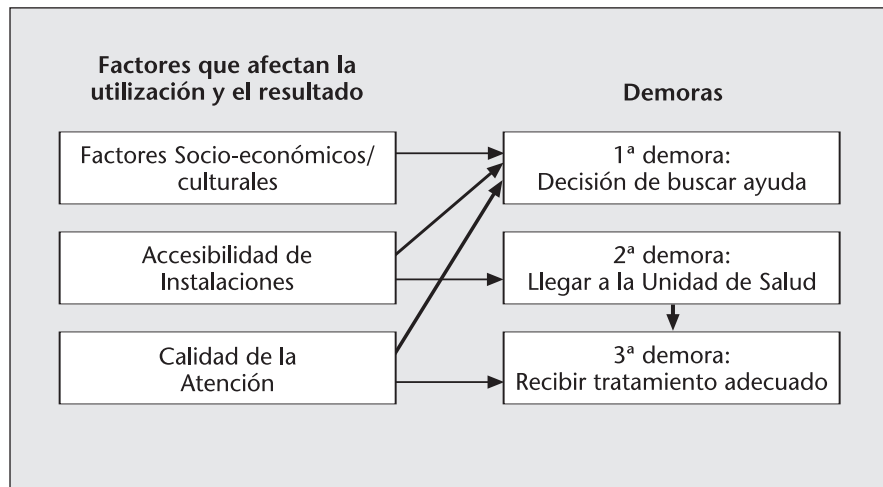
Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la Unidad donde están disponibles los COE. La accesibilidad a las instalaciones de salud por lo tanto influenciará la demora en este paso. La accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte, y el costo. La accesibilidad también es una función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud. Por ejemplo, la distancia a un COE en funcionamiento aumenta si el personal en el centro de salud no puede ofrecer servicios COE básicos.

La tercera: Demora en recibir el tratamiento adecuado en los servicios de salud

Muchas mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de la primera y segunda demoras. La calidad de los Cuidados Obstétricos Esenciales depende de factores como el personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros, y las condiciones de la Unidad. Sin embargo, una Unidad puede tener todo su personal y suministros requeridos, y aún así brindar un mal servicio, si el contenido de los servicios que brinda no está basado en la

evidencia, o si el personal no ejecuta los procedimientos de manera correcta, o ambas cosas. Todos estos elementos se incluyen en lo que llamamos calidad clínica de la atención.

Figura 2. El Modelo de las Tres Demoras



2. LA HUMANIZACIÓN Y ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

Objetivo

El objetivo de la humanización y adecuación de la atención del parto es modificar la práctica obstétrica de la atención del parto en los COE Básicos y Completos, de modo que responda culturalmente a las necesidades de sus usuarias.

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

Resultados esperados

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

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

- **Identificar las características** que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones culturales de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos;
- **Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal** de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales;
- **Modificar las prácticas inocuas** o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas.¹¹ Este modelo propone:
 - Eliminar:
 - la práctica rutinaria de la episiotomía;
 - la práctica rutinaria de la rasura del vello púbico;
 - la práctica rutinaria de la aplicación de enema.
 - Facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto.
 - Permitir:
 - la participación y/o la compañía de la pareja o un familiar durante el trabajo de parto y posparto
 - escoger la posición del parto
 - la participación de la partera tradicional durante el trabajo de parto y posparto,
 - Promover:
 - el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre- hijo/a
 - la lactancia precoz y sin restricciones
 - Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural local;
 - Otros cambios en los servicios que sean identificados por los actores del proceso

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

Marco conceptual para la adecuación cultural de la atención del parto¹²

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

Sin embargo, *la cultura* vista ya no desde su uso común, sino desde una perspectiva antropológica, se refiere a “todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como producto histórico (...) Desde este punto de vista, **no hay grupo humano que carezca de**

¿QUE ES EL ETNOCENTRISMO?

*Entendiendo de las diferencias humanas**

“En todo el mundo las personas son etnocéntricas. Esto quiere decir que tienden a ver las cosas desde el punto de vista de sus propios patrones culturales, valoran lo que han sido educados a valorar, y ven el significado de la vida en sus propios fines definidos culturalmente.

Pero el etnocentrismo es más que solamente los prejuicios en la percepción y el conocimiento; es también la práctica de juzgar a las otras culturas con las normas de la propia. La mayoría de los pueblos en el mundo suelen considerar a las gentes de otras culturas como inferiores.

Aunque todos los pueblos son etnocéntricos, la etnocentridad de las sociedades occidentales ha tenido mayores consecuencias que la de las sociedades pequeñas menos avanzadas tecnológicamente y geográficamente más aisladas. Las circunstancias históricas que condujeron a la difusión de la civilización occidental nos han dado una fuerte creencia en su rectitud y superioridad.

Hemos estado en la posición de imponer nuestras creencias y prácticas a otros pueblos porque nuestra superior tecnología militar y nuestra tecnología industrial han proporcionado una abundancia de bienes de consumo que otra gente aprende rápidamente a desear. Esto nos ha llevado a creer que nuestros valores e instituciones sociales son también superiores”.

* *Adaptado de Serena Nanda, Antropología Cultural. Adaptaciones Socioculturales, Quito, Ecuador, 1994.*

cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.”¹³

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

Además, dada la importancia y el riesgo que representan el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento. Sin embargo, debido a las múltiples circunstancias históricas que han llevado a la difusión de la civilización occidental, el sistema biomédico moderno se introdujo en las sociedades del nuevo mundo de manera permanente, llegando a oficializarse en casi todos los contextos socioculturales, sin mayor respeto ni observancia de los sistemas tradicionales de cuidado de la salud materna, que subsisten en forma marginada las más de las veces.

En contextos multiculturales, el sistema biomédico moderno ha sido incapaz de articularse con la medicina indígena. Ello se explica en parte porque los gobiernos no han podido orientar eficazmente sus planes de desarrollo hacia las poblaciones indígenas, las cuales han sido históricamente marginadas, social y culturalmente. Las visiones etnocéntricas de los grupos que por siglos se han instalado en las esferas de poder ha contribuido inmensamente a esta invisibilización de otras culturas y cosmovisiones.

En este sentido, el etnocentrismo impide construir puentes entre las culturas, aún más cuando del etnocentrismo al racismo hay un corto paso; entonces, 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, 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 dominación sobre otros sistemas de cuidado de la salud.¹⁴

“Para las poblaciones indígenas andinas la salud no sólo implica el bienestar físico sino también el bienestar del alma. La enfermedad está relacionada con la voluntad divina e involucra no sólo a una persona sino a la comunidad, al medio ambiente y cualquier otro agente exterior.

Por lo tanto, se debe curar respetando esta lógica; el curandero, yachag o partera es un intermediario de Dios; su ocupación es designada por el mismo Dios, y él sólo está en capacidad de realizar su voluntad. El uso de productos animales, vegetales o minerales no tiene en si mismo un poder intrínseco sino que está acompañado de procedimientos mágicos y es la voluntad divina lo que le dota de su poder curativo”.

Tomado de: Buitrón Myriam, “La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachik mamakunapak sumak yachaycuna”, en Buitrón Myriam, et, al, La sabiduría y arte de las parteras, Venecia, Circolo culturale Menocchio, 2002, Pág. 33.

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 las y los usuarias/os en la definición de sus necesidades de salud, así como en los medios adecuados para satisfacerlas, en el rescate de su medicina tradicional y en la resolución de problemas, a través de un diálogo horizontal con los servicios de salud institucionales.¹⁵

Por lo tanto, el elemento más importante de la interculturalidad es el diálogo, puesto que éste promueve el conocimiento mutuo de las distintas culturas, aceptando sus diferencias como algo positivo y enriquecedor del entorno social. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que los procesos que buscan promover cambios mediante un diálogo intercultural requieren que los grupos involucrados estén en igualdad de condiciones para abogar por sus propios puntos de vista, basados en su capacidad organizativa, siendo éste un factor determinante en dicho proceso.

Tendiendo puentes entre las culturas: hacia un enfoque intercultural de la salud

En el Ecuador, así como en el resto de América Latina, la diversidad sociocultural comprende varias matrices de cultura entre las cuales la indígena, la blanca-mestiza, y la negra son las más importantes. No obstante, esta diversidad se multiplica aun más gracias a todas las mixturas posibles entre los distintos sectores sociales.

Cuando se conocen los valores culturales de estos distintos grupos étnicos se puede explicar porqué el sistema biomédico occidental no satisface sus necesidades. Según la antropóloga Margaret Clark, un factor decisivo es la falta de reconocimiento hacia el sistema de 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 rechaza la creencia del “mal de ojo” por considerarla irrelevante no tiene posibilidades de ser respetado por la gente que cree en ello.¹⁶

Y es que a diferencia del sistema biomédico, que define las causas y el tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los sistemas médicos indígenas o populares generalmente contemplan aspectos socioculturales; religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holista que integra el cuerpo y el espíritu.

Es así como las expectativas culturales de distintas comunidades étnicas sobre cómo debe ser atendida la salud entran en contradicción con las concepciones y procedimientos médicos occidentales.

Además, dentro de los diferentes grupos étnicos, los agentes tradicionales de la salud (curanderos, hierbateros, comadronas, fregadores, etc.) son gente que, aparte de hablar el mismo idioma, están dispuestos a pasar tiempo con el paciente y, por lo general no cobran altos honorarios, reforzando de esta manera, relaciones de afecto y solidaridad al interior de la comunidad.

Por el contrario, dada la orientación “eficientista” del sistema biomédico, el personal de salud occidental no dispone de mucho tiempo para sus pacientes. Además, el médico no habla su mismo idioma, y el lenguaje médico puede resultar poco comprensible para las usuarias de los servicios de salud. Todo ello 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.¹⁷

Reconocer las diferencias culturales en la atención de la salud es un aspecto muy positivo, aunque no suficiente: es necesario entender las concepciones y valores profundos que están en la base de dichas diferencias. A continuación se revisan algunas de las concepciones culturales indígenas andinas alrededor del embarazo y el parto.

La atención tradicional del parto entre las comunidades indígenas andinas

1. El Principio humoral, la etnobotánica y la etnomedicina

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

*“Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaren este equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el principio de oposición, es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente”.*¹⁸

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina tradicional, una de las críticas fundamentales de las parteras y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud tiene que ver precisamente con ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y la exposición al frío. Otra crítica se refiere a la “práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz en una sala fría. (...) ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto.”¹⁹

Además de tener en cuenta el principio humoral, la medicina tradicional se caracteriza por un amplio y especializado uso de plantas con propiedades medicinales. Algunas de las “agüitas” que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y

“...para el lecho, lugar donde nacerá el guagua, 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”

Tenesaca, Elvira, Hábitos, creencias y costumbres de la comadrona indígena de Zumbahua en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, Quito, PUCE Facultad de Enfermería, 1990, Pág. 57.

frío. Sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento. Tal es el caso de algunas infusiones que son cuidadosamente administradas por las parteras para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior.²⁰

Por otra parte, ciertas plantas parecen tener una eficacia simbólica,²¹ como es el caso del agua de pescado, agua de linaza o el agua de melloco, que debe ingerir la parturienta “para que ayude a resbalar el feto”.²²

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

2. La práctica de las parteras

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

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

Durante el embarazo “acomoda” con sus manos al niño en el vientre de la madre para que tenga una posición normal,²³ o “mantea” a la parturienta con el mismo propósito. El manteo es una maniobra delicada que consiste en sacudir a la madre, quien se encuentra recostada sobre una manta o poncho: “aconsejan que sea sobre el poncho del esposo ya que esto transmite la fuerza del hombre a la mujer”.²⁴ Otras veces, la comadrona visita a la embarazada para atender ciertas molestias atribuidas generalmente al frío. Para tratar estas molestias, la partera frota el vientre de la madre con manteca (grasa) caliente de algún animal.²⁵ Igualmente, en las visitas a la embarazada, la comadrona “ofrece consejos sobre los problemas del embarazo, predice el sexo del bebé y da remedios caseros para la ‘debilidad’, las náuseas del embarazo, y la amenaza de aborto”.²⁶

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

3. El parto

En las comunidades indígenas del Ecuador toda la familia colabora en el parto, ya sea en las tareas de preparación de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, o en otras tareas. Sin embargo, durante el proceso del parto, generalmente asisten el esposo, la mamá, y/o la suegra de la parturienta: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con guaguas, la mamá y hasta los amigos; hay otras que sólo la mamá o sólo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte”.²⁷ De cualquier manera, el ambiente de familiaridad se mantiene pues, incluso aquellas mujeres que prefieren permanecer sólo con la comadrona en el momento del parto, disponen de familiares a su alrededor quienes están pendientes de la labor de parto y que las asisten inmediatamente luego del alumbramiento.

Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas de la comadrona. “Este acontecimiento pierde valor y

sentido en la soledad del hospital. El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los 'otros' ajenos a su cotidianidad, quienes dominan la situación".²⁸

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

Es importante recalcar que la presencia de familiares y de la partera durante el parto tradicional está ligada a una forma de trato que se brinda a la parturienta, pues son ellos quienes se encargan de darle ánimos, así como de consolarla en los momentos más difíciles.

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

"(...) pero ellos no tratan como a un cristiano, dicen: 'estas indias feas que vienen apestando, vayan a bañar primero', en ese sangrando hacen bañar en agua fría, eso no debe de ser, haber esas cosas, discriminación en hospitales, como cristiano deben atender... a veces en hospitales preguntan: '¿cuántos hijos tiene?', dicen: 'cinco, o cuatro, o seis', 'cha 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".²⁹

La realidad testifica que el maltrato que reciben las usuarias indígenas en algunos centros de salud pública aumenta las brechas culturales y fortalece las fronteras étnicas. Evidentemente el "maltrato", la "mala cara" a

las usuarias y a sus familiares, ocasiona que las mujeres embarazadas no quieran regresar a dichos centros para la atención del parto.

En el parto tradicional se respeta la posición que preferiera adoptar la madre durante la labor de parto. La posición fisiológica más adoptada por ser confortable para la madre es la de cuclillas:

"La parturienta se coloca en cuclillas, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras él permanece sentado en una silla, sosteniéndola de los hombros y hablándole al oído para darle apoyo. La partera se coloca de rodillas por detrás de la parturienta y atiende el parto desde esa posición".³⁰

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 gateo, etc.

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

"Por mi parte, mi hija mismo dijo que, unas amigas le habían 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 mí, y por no bajar a Ambato había ya estado pasando los dolores (sobreparto)".³¹

Durante la labor de parto "la partera ayuda a la madre dando masajes en el vientre, la cintura y la cadera, de arriba hacia abajo, para apresurar las contracciones y facilitar la salida del niño"³² En cada contracción, la comadrona le hace arrodillar "y le hace cobijar hasta la cintura, mientras ella le aplasta la rabadilla para que se abra el hueso y se le facilite el parto. Una vez que desaparece la contracción, la hace parar y solicita que se pasee dentro de la casa".³³

Cuando nace el niño, la comadrona lo recibe y limpia inmediatamente la cara, nariz, ojos y oídos con un lienzo limpio y lo hace cobijar a un lado de la madre

quien permanece en la misma posición pujando para expulsar la placenta.

En la cosmovisión andina existe la tendencia cultural a personificar la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta, que en algunas comunidades se realiza “al igual que con una persona”. Si no se realizan estos ritos existe el peligro de que la placenta pueda causar alguna enfermedad a la madre o al recién nacido “esto se inscribe en la lógica andina de que la placenta continúa siendo parte de la madre e influye en su estado”.³⁴

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

Luego de la expulsión de la placenta, “la partera amarra la cabeza de la madre y faja alrededor de la cintura para que ‘no le suba la sangre a la cabeza’ y no tenga una recaída o infección”.³⁵ De inmediato la atención se dirige exclusivamente al recién nacido, y, al igual que con el cuidado de la madre, los procedimientos que realiza la comadrona para el cuidado del recién nacido, también expresan un profundo simbolismo.

Así por ejemplo ocurre con el corte del cordón umbilical. Después de nacer el guagua, y cuando el cordón umbilical ha dejado de latir, la comadrona lo corta con la hoja seca del sigse, con cuchillo, o también con tijeras. Si el recién nacido es varón, el corte es más

largo de una cuarta, según la costumbre, “para que en el futuro tenga el pene más largo”, y si es mujer el tamaño del corte es mas o menos de quince centímetros “para que la vagina tenga la misma dimensión al momento del parto y así pueda tener fácilmente los hijos”.³⁶ Posteriormente se obtura, amarrando el cordón con un hilo rojo de lana de borrego ya que le atribuyen propiedades cicatrizantes, “rojo, porque el rojo es bueno, con otro color no sana breve, puede irritarse, para que no sangre se lo ata con hilo rojo”, además con la sangre del cordón pintan las mejillas del recién nacido para que sea “blanquito y coloradito”.³⁷

Terminada su labor con la madre y el niño, antes de retirarse, la partera generalmente es invitada a comer con la familia, además recibe como agradecimiento o pago varios productos agrícolas: “Sacos de papas, cebada, trigo, maíz, huevos, gallinas, de acuerdo a las posibilidades de la familia de la madre, ‘lo que tenga la voluntad de regalar’, o incluso recibe dinero”,³⁸ mientras la partera indica cuáles deben ser los cuidados que deben darse a la madre, y se compromete a visitar al siguiente día a la madre y al bebé.

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

Metodología

Identificación de actores: ¿Quiénes intervienen?, ¿Cómo intervienen?

Como hemos visto, el proceso de humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) es un componente del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE)³⁹, y se desarrolla como parte de la estrategia para la mejora continua de la calidad en la atención materno-infantil. Como tal, debe involucrar a todos los actores que intervienen en la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, a saber:

- Usuaris de los hospitales y centros de salud en los que se atienden partos (preferentemente que estén organizadas en Comités de Usuaris, de acuerdo a la Ley);
- Proveedores tradicionales de atención del parto (parteras, promotores/as de salud);
- Personal de salud (Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad), y;
- Representantes de los Gobiernos Locales.

El enfoque metodológico que aquí se presenta consiste en una serie de intervenciones, cada una con sus objetivos específicos, que garantizan la valoración y recuperación de los conocimientos y de la experiencia de cada uno de los actores involucrados en un diálogo horizontal y plural, donde todos participan en igualdad de condiciones, y donde las propuestas de cambio son generadas por consenso.

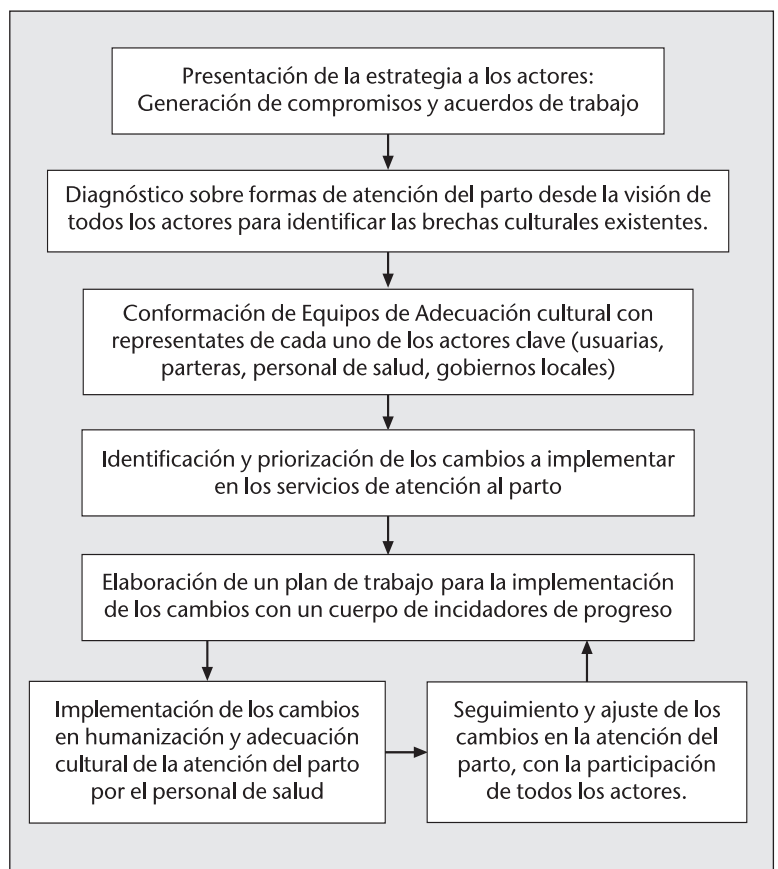
Las metodologías particulares para cada actividad son muy participativas, propiciando la intervención efectiva, la comunicación, la comprensión, el respeto y el compromiso de todos los participantes. Para que la estrategia sea eficiente, el diálogo debe ser fluido para así garantizar que se tienen en cuenta las expectativas, las necesidades, las capacidades y los compromisos de cada sector durante todo el proceso.

Además, para fortalecer el dialogo intercultural, esta metodología participativa propone la conformación de equipos de trabajo para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP), con representantes de todos los

sectores o actores clave. Estos equipos, que en adelante llamaremos “Equipos de Adecuación Cultural”, se reunirán en varias actividades de trabajo a lo largo de los talleres de rediseño, y tendrán responsabilidades específicas en el diagnóstico, el diseño y el seguimiento del proceso de adecuación de la atención del parto. Sin embargo, la puesta en práctica de los cambios propuestos mediante el dialogo intercultural será responsabilidad del personal de salud participante, con el apoyo y seguimiento de los demás actores.

La importancia de esta propuesta metodológica radica en cuanto es un mecanismo práctico para fomentar la participación ciudadana y reunir en un mismo plano a diferentes actores como personal de salud, parteras tradicionales, usuarias y a representantes de los gobiernos locales para discutir cómo debería darse la atención del parto, y ponerla en ejecución. Además es una propuesta de contenido muy democrático, pues plantea que la decisión de cómo se debe atender a las pacientes no pertenece solamente a los médicos, sino a un conjunto de actores de la sociedad local.

La ruta crítica de la aplicación de las intervenciones propuestas se describe así:



Planificación de las actividades participativas

1. Reunión de presentación

Al inicio se tendrán una serie de reuniones de presentación del componente HACAP con las autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud Pública en el ámbito local (cantonal o provincial), especialmente a aquellos cuyo quehacer esté relacionado con la atención materna. El objetivo de estas presentaciones es sensibilizar a estas autoridades sobre la situación de la atención al parto y la necesidad de desarrollar esta estrategia de adecuación cultural de manera de generar el compromiso del sistema de salud de apoyar su implementación.

2. Reuniones de acercamiento

A continuación se llevarán a cabo reuniones con cada uno de los grupos de actores en cada una de las Unidades Operativas de Salud en las que se les explicará el componente de HACAP. Además se realizará un breve diagnóstico o sondeo, sobre las brechas culturales que cada grupo de actor puede percibir. Se espera en estas reuniones asimismo generar el compromiso del grupo para participar, recoger sus puntos de vista y criterios de participación. Las reuniones se llevan a cabo por separado con los diferentes grupos de actores.

3. Talleres de rediseño de la atención del parto con enfoque intercultural

Luego de que se han desarrollado las reuniones de acercamiento con cada uno de los grupos de actores, se procederá a la realización de una serie de talleres con la participación de todos los actores involucrados. Estos talleres se llaman “talleres de rediseño” del proceso de atención del parto, e implican la recuperación de los saberes y las necesidades de las comunidades y las usuarias y su incorporación a la atención del parto dentro del sistema de salud.

La metodología propuesta contempla la realización de por lo menos tres talleres participativos, cada uno de los cuales constituyen pasos de un proceso. Éste debe continuar con el compromiso de todos los actores de implementar los cambios acordados y darles seguimiento con el apoyo de las autoridades locales de salud.

Los talleres se desarrollan de la siguiente manera:

- **El primer taller** tiene como propósito realizar un diagnóstico colectivo sobre las distintas formas de atención del parto, esto es: desde los servicios de salud, desde las mujeres y sus familias y desde los agentes tradicionales de salud (comadronas, parteros/as y promotores/as), para identificar las brechas culturales y las expectativas que las mujeres usuarias tienen en relación a la atención del parto en los servicios de salud.
- Una vez que se han identificado las expectativas y las brechas culturales, **el segundo taller** tiene como propósito elaborar propuestas de intervención para modificar la atención institucional del parto de manera que responda a los requerimientos culturales de las usuarias. Siguiendo la metodología de los “ciclos rápidos”, se elabora un Plan de Trabajo que contemple una ruta crítica de los cambios necesarios. Además se elaboran indicadores que sirven para medir los avances a lo largo del proceso.
- **El tercer taller** tiene como propósito hacer una revisión participativa del progreso de los “ciclos rápidos” de adecuación cultural de la atención del parto. En este taller, se exponen y discuten las dificultades y los logros en el proceso, para saber qué ajustes deben hacerse en los ciclos planteados, o si debiesen plantearse nuevos ciclos de cambio con el aporte colectivo. Además, con la finalidad de evaluar el progreso en el proceso de rediseño de la atención del parto, se miden los indicadores desarrollados en el segundo taller.

Es recomendable que los talleres se efectúen trimestralmente, pues entre cada taller es necesario llevar a cabo por lo menos dos reuniones de socialización, ajuste y monitoreo del proceso de rediseño de la atención del parto.

Reuniones entre talleres

Dado que no suele ser posible contar con la asistencia a los talleres de todo el personal de salud de las unidades, estas reuniones intermedias son muy importantes para socializar, e incluso replicar si fuera necesario, las principales experiencias y actividades desarrolladas en los talleres con el resto del personal de las unidades de salud (médicos, obstetras, enfermeras, auxiliares,

personal administrativo y de apoyo, etc.) a manera de expansión e institucionalización del enfoque intercultural de HACAP en toda la unidad de salud.

Como es evidente, los objetivos específicos de estas reuniones intermedias dependerán de las actividades que los Equipos se hayan propuesto en los talleres.

Algunas veces será necesario que a estas reuniones acudan todos los miembros del Equipo de Adecuación Cultural para dar apoyo y seguimiento a las actividades y compromisos adquiridos por los actores involucrados. Y otras veces, de acuerdo al nivel de aceptación o resistencias al cambio que puedan existir, estas reuniones deberán realizarse por separado con los diferentes grupos de actores.

Así, por ejemplo, quizás sea necesario realizar una reunión solo con el personal de salud para debatir las implicancias técnicas de la adecuación de la atención del parto, o para fortalecer el compromiso con los cambios que se necesita implementar. Y otras veces será necesario realizar una reunión con las usuarias y parteras comunitarias para reflexionar sobre la importancia de la veeduría social en este proceso, y así vigilar que se efectúen los cambios en los servicios de salud.

Sin embargo es recomendable que, en la medida de lo posible, estas sean reuniones conjuntas, pues estos espacios suelen ser momentos idóneos para estrechar las relaciones interculturales, de respeto y amistad entre los diferentes actores, especialmente entre las parteras, promotores comunitarios de salud y los médicos, enfermeras, auxiliares y demás trabajadores de las unidades de salud, en un aprendizaje mutuo de ambas culturas y de sus sistemas médicos, mediante el diálogo

permanente, o quizás simplemente compartiendo un almuerzo comunitario.

A diferencia de los talleres, que están programados para trabajar durante todo un día, las reuniones intermedias deben ser cortas y pueden durar alrededor de 2 horas. Algunas veces se deberán realizar estas reuniones en un espacio idóneo al interior de las unidades de salud, mientras que otras veces se pueden planificar reuniones en la comunidad, en la casa comunal, en la sede parroquial, etc.

Coordinación y apoyo técnico

Para llevar a cabo las actividades participativas contempladas en la metodología HACAP es necesario contar con el apoyo de un Equipo Técnico que se encargue de facilitar los Talleres, los trabajos de grupos y las reuniones, así como de documentar y sistematizar cada paso del proceso de humanización y adecuación cultural de atención del parto.

Dada la naturaleza de este enfoque intercultural, es recomendable que el equipo técnico sea de carácter interdisciplinario, es decir que pueda contar con profesionales tanto de las ciencias de la salud (salubristas, médicos, obstetras), como de las ciencias sociales (antropólogos). Sin embargo, el trabajo del equipo técnico, poco a poco debe volverse menos imprescindible a medida que los actores locales se vayan empoderando y apropiando del enfoque intercultural y de la propuesta metodológica aquí presentada.

3. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARTICIPATIVAS

Reuniones de acercamiento

Reuniones de acercamiento con usuarias

Objetivo

Lograr el interés y compromiso de participación de usuarias de los servicios de salud en la implementación de la estrategia de humanización y adecuación cultural de la atención del parto.

Tiempo:

 1 hora y media

Contenido:

1. Iniciaremos la sesión, agradeciendo su presencia y participación y explicaremos el objetivo e importancia de la actividad.
2. Realizaremos una dinámica de presentación para motivar la integración e interrelación de los participantes.
3. Realizaremos un breve diagnóstico entre las usuarias en relación a cómo es la atención del parto en la casa, como ven ellas la atención en los servicios de salud, y cómo les gustaría que fuese en el futuro. Para ello podemos promover una lluvia de ideas entre las participantes o hacer preguntas generadoras para la discusión. Estas preguntas pueden ser:
 - ¿Por qué, se quedan las mujeres a dar a luz en casa?
 - ¿Cuáles son los factores positivos del parto en casa?
 - ¿Hay alguna desventaja al dar a luz en la casa?
 - ¿Cómo es la atención de las parteras?
 - ¿Cómo les parece que es la atención del parto en los establecimientos de salud?
4. El/la facilitador/a ordenará las ideas y dará lectura a los aportes de los participantes, en relación a cómo perciben el proceso de adecuación cultural de los servicios y la implementación de la estrategia intercultural.
5. Luego se debe hacer una presentación corta, explicando brevemente en qué consiste la estrategia intercultural, qué se quiere lograr, quiénes van a participar, etc.



6. Haremos una ronda de 2 preguntas clave, las cuales pueden estar listas en un papelógrafo:
 - ¿Cuál es su opinión sobre la implementación de esta estrategia intercultural?
 - ¿Le gustaría participar en este proceso?
7. Recogeremos las opiniones y haremos un resumen de los aportes, definiendo el compromiso de las usuarias para tenerlos en cuenta cuando iniciemos el proceso de implementación del enfoque intercultural mediante los tres talleres de rediseño de la atención del parto.
8. Se finaliza la sesión, proponiendo la firma de un Acta de Reunión con los datos de contacto de los participantes. Antes de despedirnos, agradeceremos nuevamente la participación de todos y reiteraremos la importancia de los compromisos asumidos y de la coordinación permanente entre el personal de salud y los participantes para la implementación de la estrategia intercultural.



Reuniones de acercamiento con parteras, brigadistas o promotores de salud

Objetivo:

Lograr el interés y compromiso de participación de parteras, y brigadistas o promotores comunitarios de salud en la implementación de la estrategia de humanización y adecuación cultural de la atención del parto.

Tiempo:

 1 hora y media

Contenido:

1. Iniciaremos la sesión, agradeciendo su presencia y participación y explicaremos el objetivo e importancia de la actividad.
2. Realizaremos una dinámica de presentación para motivar la integración e interrelación de los participantes.
3. Realizaremos un breve diagnóstico entre los participantes en relación a cómo es la atención del parto en la casa, como es la atención en los servicios de salud, y cómo les gustaría que fuese en el futuro. Para ello podemos promover una lluvia de ideas entre las participantes o hacer preguntas generadoras para la discusión. Estas preguntas pueden ser:
 - ¿En qué consiste el trabajo de parteras en la comunidad? ¿En que momentos del parto y del embarazo intervienen? ¿Qué tan menudo ven a sus pacientes?
 - ¿Cuáles son las cosas más importantes que hay que hacer o tener en cuenta cuando se está atendiendo un parto en la casa?
 - ¿Qué hacen las parteras para que la madre tenga un buen parto?
 - ¿En qué se diferencia la atención del parto hecha por las parteras de la comunidad de la atención de los médicos en los establecimientos de salud?
 - ¿Qué es lo que las parteras de la comunidad hacen cuando hay problemas en el parto?
 - ¿Cómo es el trabajo que las parteras con el personal de salud: se refieren pacientes al hospital? Hay capacitaciones? ¿Cómo es el trato entre parteras y médicos?

- ¿Qué cambios creen ustedes que se deberían realizar en los establecimientos de salud para que más mujeres prefieran ir a dar a luz en lugar de quedarse en casa?
4. El/la facilitador/a ordenará las ideas y dará lectura a los aportes de los participantes, en relación a cómo perciben el proceso de adecuación cultural de los servicios y la implementación de la estrategia intercultural.
 5. Luego se debe hacer una presentación corta, explicando brevemente en qué consiste la estrategia intercultural, qué se quiere lograr, quiénes van a participar, etc.
 6. Haremos una ronda de 2 preguntas clave, las cuales pueden estar listas en un papelógrafo:
 - ¿Cuál es su opinión sobre la implementación de esta estrategia intercultural?
 - ¿Le gustaría participar en este proceso?
 7. Recogeremos las opiniones y haremos un resumen de los aportes, definiendo el compromiso de los participantes para tenerlos en cuenta cuando iniciemos el proceso de implementación del enfoque intercultural mediante los tres talleres de rediseño de la atención del parto.
 8. Se finaliza la sesión, proponiendo la firma de un Acta de Reunión con los datos de contacto de los participantes. Antes de despedirnos, agradeceremos nuevamente la participación de todos y reiteraremos la importancia de los compromisos asumidos y de la coordinación permanente entre el personal de salud y los participantes de la comunidad para la implementación de la estrategia intercultural.

Reuniones de acercamiento con personal de salud

Objetivo:

Lograr el interés y compromiso de participación del personal de los servicios de salud en la implementación de la estrategia de humanización y adecuación cultural de la atención del parto.



Tiempo:

🕒 1 hora y media

Contenido:

1. Iniciaremos la sesión, agradeciendo su presencia y participación y explicaremos el objetivo e importancia de la actividad.
2. Realizaremos una dinámica de presentación para motivar la integración e interrelación de los participantes.
3. Realizaremos un breve diagnóstico entre el personal de salud en relación a cómo es la atención del parto en los servicios de salud, y cuales son las barreras o brechas culturales que hacen que las mujeres no acudan a las unidades de salud. Para ello podemos promover una lluvia de ideas entre las participantes o hacer preguntas generadoras para la discusión. Estas preguntas pueden ser:
 - ¿Por qué, se quedan las mujeres a dar a luz en casa?
 - ¿Cómo es la atención de las parteras?
 - ¿Qué entienden ustedes por adecuación cultural de los servicios de salud?
 - ¿Cuáles considera que serían los cambios que se deben realizar para adecuar culturalmente los servicios de salud de la atención del parto?
 - Las usuarias han manifestado que es necesario cambiar algunas cosas de la forma como se atiende el parto, ¿Qué opinan ustedes al respecto?



- ¿Creen que es posible la realización de estos cambios?, cuáles serían más fáciles y cuáles más difíciles?

4. El/la facilitador/a ordenará las ideas y dará lectura a los aportes de los participantes, en relación a cómo perciben el proceso de adecuación cultural de los servicios y la implementación de la estrategia intercultural.
5. Luego se debe hacer una presentación corta, explicando brevemente en qué consiste la estrategia intercultural, qué se quiere lograr, quiénes van a participar, etc.

6. Haremos una ronda de 2 preguntas clave, las cuales pueden estar listas en un papelógrafo:
 - ¿Cuál es su opinión sobre la implementación de esta estrategia intercultural?
 - ¿Le gustaría participar en este proceso?
7. Recogeremos las opiniones y haremos un resumen de los aportes, definiendo el compromiso de las usuarias para tenerlos en cuenta cuando iniciemos el proceso de implementación del enfoque intercultural mediante los tres talleres de rediseño de la atención del parto.
8. Se finaliza la sesión, proponiendo la firma de un Acta de Reunión con los datos de contacto de los participantes. Antes de despedirnos, agradeceremos nuevamente la participación de todos y reiteraremos la importancia de los compromisos asumidos y de la coordinación permanente entre el personal de salud y los participantes para la implementación de la estrategia intercultural.

Notas

TALLER N°1: Recuperación del conocimiento y experiencia de los actores

Objetivos:

1. Identificar las brechas culturales entre las expectativas de las mujeres usuarias en la atención del parto y la atención ofrecida por los servicios de salud
2. Crear una voluntad de acercamiento entre los actores del proceso y disminuir las resistencias a colaborar entre los mismos a través de una experiencia personal

Objetivos específicos:

1. Transmitir bases conceptuales del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE) para disminución de la mortalidad materna y del componente de la adecuación cultural de los servicios de salud para la atención del parto.
2. Identificar la importancia de la adecuación cultural de los servicios de salud para incrementar la demanda y la utilización de los servicios de salud para la atención institucional del parto.
3. Compartir las prácticas de la atención del parto desde las diferentes perspectivas culturales de:
 - Mujeres embarazadas y sus familiares
 - Parteras tradicionales y promotores/as de salud
 - Servicios de salud que atienden partos
4. Identificar las brechas culturales que existen para acercar la atención del parto en los hospitales a las expectativas de las mujeres usuarias y no usuarias de los servicios
5. Conformar los Equipos de Adecuación Cultural que trabajaran conjuntamente a partir de este taller en las actividades participativas (los equipos podrían modificarse más tarde, pero su núcleo básico se conformará en el taller).



Participantes:

1. Personal de salud (Equipos de Mejora Continua de Calidad)
2. Mujeres usuarias de los servicios de salud, preferiblemente que provengan de Comités de Usuarías u otra organización similar.
3. Parteras/os tradicionales y/o promotores/as de salud
4. Representantes de los gobiernos locales

Contenidos

¿Por qué estamos aquí?

 10 minutos

Luego de dar la bienvenida a los participantes, realice una breve introducción sobre las razones por las que se desarrolla esta iniciativa y el método que la caracteriza. Describa brevemente, los objetivos, la metodología y el formato del taller: actividades, horarios, almuerzo, etc. Discuta y defina acuerdos de convivencia tales como el respeto de horarios, de turnos para intervenir, oír las opiniones de todos, etc.



Para conocernos

🕒 20 - 30 minutos

Antes de iniciar el taller, realice una dinámica para que todos los participantes se conozcan. Puede repartir tarjetas gemelas con sencillos dibujos (una casa, un árbol, un libro, etc.) para que los participantes busquen a la persona con la tarjeta gemela y puedan conocerse brevemente (5 minutos). Cada persona debe escribir su nombre en la tarjeta y colocárselo en la solapa. Finalmente cada uno debe presentar a su pareja ante los demás participantes.

Exposición SICOE – HACAP

🕒 1 hora

Exponga de forma sencilla la estrategia del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial para disminución de la Mortalidad Materna (SICOE). Puede usar

elementos visuales (PowerPoint, papelógrafo, pizarra, etc.) para describir los componentes del SICOE y su interrelación.

Al identificar la importancia de la adecuación cultural de los servicios de atención del parto, se puede motivar a los participantes a contar brevemente sus experiencias con la forma de atención de los servicios de salud.

Estos testimonios robustecen el argumento de la exposición, ya que muestran claramente las brechas culturales existentes.

Para exponer las bases conceptuales del componente de la humanización - adecuación cultural de los servicios de salud para la atención del parto (HACAP), debe tener en cuenta responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué entendemos por diferencias socioculturales?
- ¿Qué es etnocentrismo?
- ¿Qué es interculturalidad?
- ¿Cómo construir un puente entre las culturas?

Receso - Café

🕒 15 minutos

Trabajo de Grupos N° 1: Prácticas en la atención del parto

🕒 45 minutos

Los participantes deben reunirse y formar tres grupos de la siguiente manera:

- Mujeres embarazadas y familiares
- Parteras tradicionales y promotores/as de salud
- Personal de salud

Cada uno de estos grupos deberá dialogar sobre las distintas prácticas de atención del parto de acuerdo a su experiencia, y tomando en cuenta los aspectos propuestos en la siguiente guía de trabajo.

Consejos para facilitar

Una excelente metáfora es la del puente que se quiere construir entre dos lugares separados por un abismo. Se puede dibujar a la comunidad a un lado y en el otro extremo al servicio de salud, el puente que se irá construyendo desde ambos lados, representa el diálogo intercultural.

GUÍA DE TRABAJO

Prácticas en la atención del parto

Lea cuidadosamente esta guía.

Objetivo:

Describir la manera en que se brinda actualmente la atención del parto

Metodología:

1. Nombre un/a conductor/a que guíe el trabajo de grupo.
1. Nombre un/a secretario/a relator/a que apunte lo que se dice, haga un resumen y luego presente en la plenaria.
2. Designe los roles a ser representados por las participantes durante el socio drama.
3. Para discutir sobre atención al parto, tome en cuenta las siguientes pautas:
 - a. Cómo se hace la atención del parto actualmente en cuanto a:
 - Ambiente: luz, temperatura, limpieza – esterilidad, otros
 - Aseo de la mamá: baño, rasura, enema, otros
 - Abrigo – ropa
 - Alimentación o comida (antes de dar a luz, durante el parto y después de dar a luz)
 - Posición de la mamá para dar a luz
 - Acompañamiento (quién está a su lado para dar a luz)
 - Información – comunicación que le dan
 - Trato que le dan a la mamá
 - b. Inmediatamente después de dar a luz:
 - Cómo es la entrega del recién nacido/a a su mamá
 - Qué se hace con la placenta
 - c. Cualquier otra cosa que considere importante



Notas

Para hacer este trabajo de grupo los participantes tienen 45 minutos, luego se hará la presentación en un sociodrama en la plenaria y por escrito. Para organizar sus respuestas pueden apoyarse de la siguiente matriz.

La atención del parto atendido por: _____, se realiza de la siguiente manera:

Ambiente: luz, temperatura, limpieza – esterilidad, otros.

Aseo de la mamá: baño, rasura, enema, otros.

Abrigo o ropa.

Alimentación o comida: antes de dar a luz, durante el parto y después de dar a luz.

Posición de la mamá para dar a luz.

Acompañamiento: quien está a su lado para dar a luz.

Información y comunicación que recibe.

Trato que le dan a la mamá cuando va a dar a luz

Cómo es la entrega del recién nacido/a a su mamá

Qué se hace con la placenta

Cualquier otra cosa que considere importante

Sociodramas

🕒 30 minutos

Posteriormente, cada grupo deberá representar mediante un sociodrama las distintas prácticas de atención del parto de acuerdo a su experiencia y a la discusión previa, mientras el/la relator/a del grupo explica cada detalle al resto de participantes.

Las representaciones teatralizadas, además de producir un ambiente ameno y evidenciar claramente las brechas culturales, propician una mayor confianza para el diálogo, pues cada uno comparte sus experiencias y aprende de las de los demás.

Parto atendido por Familiares



Parto atendido por Partera



Parto atendido por Personal de Salud



Presentación plenaria

🕒 45 minutos

El objetivo de la plenaria es que los participantes expongan sus opiniones, comenten lo que les llamó la atención y lo que han aprendido acerca de las distintas formas de atender el parto, representadas en los tres sociodramas. El facilitador(a) debe promover activamente que los participantes pregunten sin temor a los grupos, acerca de cualquier aspecto que le haya llamado la atención. Los comentarios de cada uno de los participantes generan un interesante diálogo sobre las diferencias en los procedimientos de atención del parto entre el sistema biomédico occidental y el sistema de salud indígena o tradicional.

Almuerzo

🕒 45 minutos

Conformación de los Equipos de Adecuación Cultural


🕒 10 minutos

Para los trabajos de grupos que se proponen a continuación, así como en los siguientes talleres que se realizarán en el futuro, los participantes conformarán Equipos de trabajo multisectoriales para cada hospital o Unidad de salud, los que deben ser conformados equitativamente por los representantes de las usuarias, las parteras, el personal de salud, y demás participantes de las organizaciones de la sociedad civil y de los gobiernos locales.

Estos grupos que se llamarán Equipos de Adecuación Cultural, trabajarán conjuntamente en las propuestas y actividades específicas en el diagnóstico, el diseño y el seguimiento del proceso de adecuación de la atención del parto.



Trabajo de Grupos N° 2: Identificación de brechas culturales

 1 hora

El objeto de este segundo trabajo de grupos es identificar las diferencias (brechas culturales) entre las expectativas que tienen las mujeres usuarias para la atención de su parto, y la atención ofrecida por los servicios de salud.

Aunque a lo largo del taller es posible ir identificando las brechas, este es el momento para que los participantes lo manifiesten de manera explícita.

Para este trabajo, los participantes al interior de cada Equipo de Adecuación Cultural deberán dialogar sobre lo que quieren o esperan las mujeres en la atención del parto, tomando en cuenta los aspectos propuestos en la siguiente guía de trabajo.

Notas

GUÍA DE TRABAJO

Identificación de diferencias (brechas) entre las expectativas de las mujeres en la atención del parto y la atención ofrecida por los servicios de salud

Lea cuidadosamente esta guía.

Objetivo:


Identificar las diferencias (brechas) existentes entre las expectativas (lo que quieren o esperan las mujeres) en la atención del parto y la atención ofrecida por los servicios de salud

Metodología:

1. Nombre un/a conductor/a que guíe el trabajo de grupo.
2. Nombre un/a secretario/a relator/a que apunte lo que se dice, haga un resumen y luego presente en la plenaria.
3. Con las matrices del trabajo de grupo anterior y con sus propias experiencias, identifiquen:
 - a. Las expectativas (lo que quieren o esperan las mujeres) en la atención del parto en los servicios de salud.
 - b. La diferencia con la realidad de la atención ofrecida en los servicios de salud, en cuanto a:
 - Ambiente: luz, temperatura, limpieza – esterilidad, otros
 - Aseo de la mamá: baño, rasura, enema, otros
 - Abrigo – ropa
 - Alimentación o comida (antes de dar a luz, durante el parto y después de dar a luz)
 - Posición de la mamá para dar a luz
 - Acompañamiento (quién quisiera que esté a su lado para dar a luz)
 - Información – comunicación que quisiera
 - Trato que quisiera la mamá cuando va a dar a luz
 - Cómo quisiera la entrega del recién nacido/a a su mamá
 - Qué quisiera que se haga con la placenta
 - Otros aspectos




Presentación plenaria

 45 minutos

Para organizar esta exposición plenaria, el/la facilitador/a debe ir enunciando uno a uno, los puntos discutidos en la guía de trabajo, de tal forma que las personas designadas como relatoras de los equipos expongan, turnándose entre ellas, el trabajo de discusión al interior de su grupo. Luego de la plenaria puede hacer una breve síntesis, a manera de conclusión, de los resultados del trabajo de grupos.

Compromisos para el segundo taller

 10 minutos

Acuerde junto con los participantes la agenda (fechas) para el segundo taller y para las reuniones de seguimiento intermedias. Señale la importancia de que éste sea un proceso sostenido con el que hay que comprometerse a participar para poder darle continuidad. Para ello, los asistentes a este primer taller no deben dejar de asistir a las reuniones ni a los siguientes

Notas

Para hacer este trabajo de grupo los participantes tienen 1 hora, luego se hará la presentación de los resultados en la plenaria. Para organizar sus respuestas pueden apoyarse de la siguiente matriz.


Equipo No. : _____

Las expectativas y diferencias en la atención del parto en los servicios de salud son:

Expectativas en:	Diferencias (brechas) entre las expectativas y la atención en el hospital o servicio
Ambiente: luz, temperatura, limpieza, esterilidad, otros:	
Aseo de la mamá: baño, rasura, enema, otros:	
Abrigo – ropa:	
Alimentación o comida (antes de dar a luz, durante el parto y después de dar a luz):	
Posición de la mamá para dar a luz:	
Acompañamiento (quien quisiera que esté a su lado para dar a luz):	
Información – comunicación que quisiera:	
Trato que quisiera la mamá cuando va a dar a luz:	
Cómo quisiera la entrega del recién nacido/a a su mamá:	
Qué quisiera que se haga con la placenta:	
Otros:	

talleres, pues es muy importante que las mismas personas que conformaron los Equipos de Adecuación Cultural y desarrollaron los objetivos del Primer Taller participen en los compromisos de los siguientes talleres y reuniones intermedias.

Cierre

 5 minutos

Recalque la importancia del trabajo de este primer taller, manifestando que una vez identificadas las brechas culturales y las expectativas de las usuarias, el principal objetivo del segundo taller será la elaboración de propuestas de intervención para modificar la atención del parto, de manera que responda culturalmente a las necesidades de las mujeres y sus familias. Se agradece calurosamente la participación de todos, y se concluye el primer taller.

Consejos para anotar

- ✓ Registre las exposiciones de cada uno de los equipos para preparar la matriz de expectativas que será una guía para el trabajo del Segundo Taller.
- ✓ No olvide solicitar a los relatores de cada equipo las matrices de los trabajos de grupos.

Notas

TALLER N°2: Identificación de propuestas de intervención para modificar la atención del parto

Objetivo

Elaborar propuestas de intervención para modificar la atención del parto a fin de que responda mejor a las necesidades y expectativas culturales de las usuarias.

Objetivos específicos


1. Identificar las brechas culturales prioritarias sobre las que se iniciará el trabajo de adecuación cultural, de acuerdo a las expectativas de las usuarias y a la realidad de las unidades de salud.
2. Elaborar propuestas concretas de intervención para modificar la atención del parto en los servicios de salud.
3. Elaborar indicadores que sirvan para medir los avances a lo largo del proceso de adecuación.
4. Elaborar un plan de trabajo para iniciar la adecuación cultural de los servicios y la humanización en la atención del parto.

Participantes

1. Personal de Salud (Equipos de Mejora Continua de Calidad)
2. Mujeres Usuarias de los servicios de salud
3. Parteras tradicionales y/o Promotores de Salud
4. Representantes de los Gobiernos locales

Contenidos

¿Por qué estamos aquí?

 10 minutos

Luego de dar la bienvenida a los participantes, realice una breve introducción sobre las razones por las que se desarrolla esta iniciativa y el método que la caracteriza. Describa brevemente, los objetivos, la metodología y el



formato del taller: actividades, horarios, almuerzo, etc. Discuta y defina acuerdos de convivencia tales como el respeto de horarios, de turnos para intervenir, oír las opiniones de todos, etc.

Para conocernos mejor

 20 minutos

Antes de iniciar el taller, realice una dinámica para que todos los participantes se conozcan mejor. Puede motivar a los participantes para que se presenten a sí mismos y compartan sus expectativas, así como sus impresiones acerca del primer taller de HACAP.

Recapitulación del primer taller de humanización y adecuación cultural de la atención del parto


 20 minutos

Realice un breve resumen de las principales actividades desarrolladas en el primer taller, haciendo énfasis en los resultados que se obtuvieron en los trabajos de grupo, donde se identificaron las brechas culturales sobre las expectativas que las usuarias tenían con respecto a la atención del parto en los servicios de salud.



Recalque la importancia del trabajo del primer taller, manifestando que una vez identificadas las brechas culturales y las expectativas de las usuarias, el principal objetivo del presente taller, será la elaboración de propuestas de intervención para modificar la atención del parto, para que responda culturalmente a las necesidades de las mujeres y sus familias.

Trabajo de Grupos N° 1: Identificación de brechas culturales prioritarias

 1 hora

Para este trabajo de grupos, los mismos Equipos de Adecuación Cultural que se conformaron en el taller anterior, se reunirán para dialogar hasta llegar a un consenso sobre cuáles serían al menos dos brechas culturales prioritarias sobre las que se iniciará el trabajo de adecuación cultural, tomando en cuenta las expectativas de las usuarias, la realidad de las unidades de salud, y los aspectos propuestos en la siguiente guía de trabajo.



GUÍA DE TRABAJO

Identificación de brechas culturales prioritarias

Lea cuidadosamente esta guía.

Objetivo

Identificar las brechas culturales prioritarias sobre las cuales se iniciará el trabajo de humanización y adecuación cultural

Metodología

1. Nombre un/a conductor/a que guíe el trabajo de grupo.
2. Nombre un/a secretario/a relator/a que apunte lo que se dice, haga un resumen y luego presente en la plenaria.
3. Con la matriz de expectativas en la atención del parto elaborada en el trabajo del primer taller, identifique:
 - a. Dos brechas culturales prioritarias en la atención del parto sobre las que se iniciará el trabajo de adecuación cultural, tomando en cuenta:
 - las expectativas de las usuarias expuestas en la matriz adjunta
 - la realidad de las unidades de salud.

Notas

1. Para hacer este trabajo de grupo los participantes tienen 45 minutos, luego se hará la presentación de los resultados en la plenaria.
2. Para tomar en cuenta las expectativas de las usuarias y priorizar las brechas culturales pueden apoyarse en la información de la siguiente matriz. (Se debe proporcionar a cada Equipo la sistematización del 2° trabajo de grupos del Primer Taller. Así por ejemplo):

Ejemplo: Matriz de expectativas en la atención del parto en los servicios de salud (1 taller)

Expectativas en:	Grupo 1	Grupo 2
Ambiente: luz, temperatura, limpieza – esterilidad, otros	Luz tenue, temperatura cálida. Una de las participantes sugirió música suave.	Luz tenue, temperatura cálida
Aseo de la mamá: baño, rasura, enema, otros	Cuando se acerca el parto, la madre puede prepararse e ir bañada desde la casa, no les gustaría ser rasuradas.	No les gustaría ser bañadas, ni rasuradas, tampoco les gustaría que se les aplique un enema.
Abrigo – ropa	No les gustaría tener que sacarse toda la ropa, la bata que se les proporcione podría ser de franela para estar abrigadas.	Usar una bata abrigada, si es posible que se les proporcione calefacción.
Alimentación o comida: (antes de dar a luz, durante el parto y después del parto)	En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación, antes de dar a luz, algunas ingieren una copita de trago con canela, otras ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de higo, de pera, de chirimoya, etc (según el sector), también quisieran ser alimentadas al poco tiempo de dar a luz, para esto quisieran que les permitan a sus familiares llevar caldo de gallina, o arroz de cebada.	Antes y durante el parto quisieran beber distinto tipo de aguas de hierbas con panela. Luego del parto, quisieran que se les permita a la familia llevarles comida, especialmente la sopa de arroz de cebada con pollo.
Posición de la mamá para dar a luz	Opcional de la paciente: puede ser acostada en la mesa ginecológica, o arrodillada o en cuclillas sobre una colchoneta	Ídem
Acompañamiento (quién quisiera que esté a su lado para dar a luz)	Una sola persona: la madre, el esposo, o la partera. La paciente puede decidir quien quisiera que le acompañe.	Que se les permita ingresar a la sala de partos con un familiar y la partera que refiere. La barrera protectora que deberán usar, la usarían sobre su misma ropa.
Información – comunicación que quisiera	“La paciente tiene el derecho de saber”: cómo va a ser la atención de su parto (sobre todo con madres primerizas), qué ocurre con su parto (en caso de complicaciones), qué medicamentos le van a administrar.	Quisieran que se les explique todos los procedimientos a que va a ser sometida la parturienta, pero no sólo a la parturienta, sino también a los acompañantes. “crear empatía entre el proveedor y el usuario”.
Trato que quisiera la mamá cuando va a dar a luz	“Que no sean groseros, que no nos griten”, ni nos digan cosas que nos pueden afectar al momento de dar a luz”, que tengan paciencia y consideración, tampoco con mucho cariño, sino cordialmente.	“En una palabra: un trato con calidez”.
Cómo quisiera la entrega del recién nacido/a a su mamá	Si el bebé esta sano, quisieran que se les entregue de inmediato, caso contrario que se le atienda y se le proporcione los cuidados necesarios	Alojamiento conjunto inmediato.
Qué quisiera que se haga con la placenta	Algunas personas quisieran que se les entregue la placenta para enterarla, “porque si no se entierra, al niño se le hacen los dientes amarillos”, otras tienen la costumbre de utilizar el cordón umbilical “para hacerle una agüita para que el marido no tome trago”.	Que el hospital se haga cargo del desecho de la placenta, pero si la familia quiere que se devuelva la placenta, que se la devuelva.
Otros	Lo ideal sería que en los controles prenatales, el personal de salud, la paciente y la familia planifiquen en conjunto todos estos puntos claves del parto. Que efectivamente la atención sea completamente gratuita, y que las usuarias no tengan que pagar, o comprar nada, porque la LMGYAI así lo establece.	En el caso de parto normal, las madres pueden salir a partir de las 6 horas luego de dar a luz, en partos con algún tipo de complicación, las madres de familia están dispuestas a permanecer 24 horas o un poco más en el hospital.



¿Qué es la Adaptación Cultural de la atención del parto, a través de ciclos rápidos?

Es un Método que permite a los Equipos introducir CAMBIOS CONCRETOS en la atención del parto, a través de CICLOS RÁPIDOS Y PROGRESIVOS DE CAMBIOS.

Los cambios permiten disminuir las BRECHAS CULTURALES existentes entre la forma de atención del parto deseada por las usuarias, y la practicada en la Unidad de Salud.

Presentación Plenaria

🕒 15 minutos

Las personas designadas como relatoras de los grupos deben exponer los resultados del trabajo de discusión al interior de su equipo, explicando las razones que llevaron al grupo a priorizar aquellas brechas culturales.

Al final, los resultados de los trabajos de grupos pueden exponerse en una pizarra o papelógrafo de la siguiente manera (ejemplo):

Brechas culturales prioritarias	Equipo		
	1	2	3
Trato a la usuaria	•	•	•
Posición para dar a luz		•	•
Información y comunicación antes, durante y después del parto	•		

Presentación de la metodología de Ciclos Rápidos para la Adecuación Cultural⁴⁰

🕒 1 hora

Una vez que fueron escogidas las brechas culturales prioritarias, los Equipos de Adecuación Cultural de la atención del parto deberán introducir cambios concretos en los procesos de atención, empleando ciclos rápidos desarrollados en forma progresiva hasta alcanzar el objetivo propuesto y observar un mejoramiento.

Esta metodología contempla dos componentes:

- a. Preguntas fundamentales, y
- b. Ciclo de cambio (adecuación)

En el primer componente se plantean tres preguntas fundamentales para iniciar el mejoramiento de un proceso. La primera pregunta cuestiona al Equipo de Adecuación Cultural sobre el objetivo que quiere alcanzar en el mejoramiento del proceso escogido, la segunda pide al Equipo identificar ideas concretas de cambio que serán puestas en práctica para adecuar culturalmente la atención del parto, y finalmente la tercera pregunta pide al Equipo identificar indicadores para observar de manera objetiva si los cambios que serán ejecutados están o no mejorando la calidad.



Objetivo mal planteado (especulativo)	Objetivo bien planteado (medible)
Mejorar el trato a la paciente	Lograr que el 100% de las usuarias que acuden a dar a luz reciban el trato adecuado.
Cambiar la posición del parto	Lograr que en el 100% de la atención de los partos normales se pregunte a la madre la posición que ella quiere adoptar para dar a luz y se la atienda en dicha posición.
Dar una buena información	Lograr que el 100% de las usuarias que acuden a dar a luz al Hospital reciban información adecuada durante la atención del parto.

1. ¿Qué estamos tratando de lograr?

Esta pregunta permite que el Equipo identifique una meta con respecto a la brecha prioritaria escogida. A esta meta la llamaremos objetivo.

El objetivo por tanto será un enunciado escrito de los logros esperados por el Equipo de Adecuación Cultural, con metas numéricas tomando como base los datos del desempeño actual del proceso. El objetivo por tanto no es especulativo, sino que puede ser medido.

Así por ejemplo, para las brechas culturales que se han priorizado en el trabajo de grupos del ejemplo anterior, los objetivos se podrían enunciar de la siguiente manera:

2. ¿Qué cambios podemos hacer en el proceso para alcanzar el objetivo que queremos lograr?

Probablemente esta es la pregunta que requiere más interés por parte del Equipo, ya que de ésta depende la efectividad del trabajo futuro. La creatividad del equipo se pone en juego para dar respuesta a esta pregunta.

En primer lugar, el Equipo deberá estudiar de forma minuciosa el proceso de atención escogido para detectar las deficiencias, deberán discutir cómo se dan las deficiencias de adecuación cultural, las posibles causas para que las mismas se den, y sus circunstancias concretas. Luego deberán pensar en propuestas concretas de cambios en base a la experiencia y conocimientos de cada uno de los miembros del Equipo. Es importante además que el Equipo reflexione qué pasaría al introducir el cambio en el sistema de atención actual, lo que llevaría a determinar si el cambio es o no factible.

Las deficiencias en el proceso de atención que inciden sobre la brecha cultural escogida, es decir: acciones que

1. ¿Qué estamos tratando de lograr?

- Es un OBJETIVO que debe plantear el equipo
- Es un enunciado escrito de los LOGROS ESPERADOS como consecuencia del esfuerzo del equipo, establecido con METAS NUMERICAS

Ejemplo: Lograr que el 100% de la atención de los partos normales se pregunte a la madre la posición que ella quiere adoptar para dar a luz y se la atienda en dicha posición.

no se realizan adecuadamente, elementos que son innecesarios o redundantes, y elementos que deberían estar incluidos en el proceso pero que no lo están; deben ser identificados de forma precisa y planteados de manera adecuada.

Una vez que se han identificado las deficiencias, lo siguiente es elaborar PROPUESTAS CONCRETAS de cambios en la ORGANIZACIÓN DEL PROCESO o en su CONTENIDO, lo que llamaremos “ideas de cambio”, Ejemplo:

La idea de cambio no es redactar en POSITIVO la deficiencia encontrada. Tampoco es un objetivo o una meta que se quiere alcanzar, las ideas de cambio son CAMINOS CONCRETOS nuevos y diferentes que se van a seguir para modificar el proceso deficiente, y así mejorarlo.

3. ¿Cómo sabremos que un cambio realizado produjo una mejora en la adecuación cultural?

Esta interrogante nos lleva a pensar en indicadores que permitan determinar el grado del progreso del cumplimiento del objetivo planteado por el Equipo de

DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN LA ATENCIÓN		IDEAS DE CAMBIO	
MAL IDENTIFICADA	BIEN IDENTIFICADA	MAL ELABORADA	BIEN ELABORADA
No hay dónde atender el parto vertical	La sala de partos no está adecuada para atender el parto vertical	Construir una sala de partos adecuada para atender el parto vertical (está mal elaborada porque no es factible)	Adecuar la sala de partos con insumos físicos adecuados para atender el parto vertical
No existe personal capacitado	El personal no está capacitado para atender el parto vertical	Capacitar al personal (está mal elaborada porque es la deficiencia redactada en positivo y no propone ningún cambio concreto)	Invitar a parteras comunitarias para que compartan sus conocimientos con el personal del hospital sobre los procedimientos para atender el parto vertical

Adecuación Cultural.

Estos indicadores permitirán verificar si los cambios que se realizan al proceso de atención, durante la ejecución de los ciclos rápidos, producen o no un mejoramiento conducente a la Humanización - Adecuación Cultural de la Atención del Parto.

Para crear los indicadores el Equipo debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Definir cuál es la medida (promedio, porcentaje, número) que nos permitirá observar de manera adecuada lo que deseamos medir.
- En la fórmula para medir el indicador, debe haber un numerador y un denominador, el evento escogido para el numerador siempre está incluido en el denominador, Ejemplo:
- En general la fórmula para los indicadores cuantitativos se compone de un numerador y un denominador, pero también podría ser un número absoluto, como conteo de eventos, o una medición en grados o escalas.

En las siguientes matrices se pueden apreciar algunos ejemplos de cómo se desarrollan los INDICADORES, redactando en forma que refleje objetivamente la medición del cambio o adecuación.

3. ¿Cómo sabremos que un cambio realizado produjo una mejora en la adecuación cultural?

- Con indicadores que nos digan si los cambios que hicimos mejoraron la adecuación cultural
- Midiendo el progreso en los indicadores a lo largo del tiempo

Ejemplo: Porcentaje de partos atendidos en los cuales se preguntó la preferencia de la madre y se la atendió en la posición preferida para dar a luz

Número de partos (vía vaginal) atendidos en un mes, en los que se preguntó a la madre en qué posición quería dar a luz, y se la atendió en dicha posición.

----- x 100
Total de partos (vía vaginal) atendidos durante el mismo periodo

Así, si el número de partos normales atendidos en un mes en los que se preguntó a la madre en qué posición quería dar a luz, y se la atendió en dicha posición es **14**, y el número total de partos normales (vía vaginal) atendidos en el mes es **20**, el indicador se calcularía de la siguiente manera:

$$\frac{14}{20} \times 100 = 0,7 \times 100 = 70$$

Brecha Cultural: Trato a la usuaria

¿Qué estamos tratando de lograr?: Lograr que el 100% de las usuarias que acuden a dar a luz reciban el trato adecuado.

Indicador	Formula	Fuente del Numerador	Fuente del Denominador	Técnica de Recolección de Datos	Responsable	Universo/ Muestra	Periodicidad
Porcentaje de pacientes que recibieron trato adecuado durante la atención de su parto.	No. de encuestas aplicadas en las que las pacientes dicen que recibieron trato adecuado durante la atención de su parto. x 100 Total de encuestas aplicadas	Resultado de la Encuesta	Total de encuestas realizadas	Aplicación de la Encuesta de satisfacción	Comité de usuarias Organizaciones de la comunidad Estudiantes de colegios	20 encuestas	Trimestral

Brecha Cultural: Posición del parto

¿Qué estamos tratando de lograr?: Lograr que el 100% de la atención de los partos normales se pregunte a la madre la posición que ella quiere adoptar para dar a luz y se la atienda en dicha posición.

Indicador	Formula	Fuente del Numerador	Fuente del Denominador	Técnica de Recolección de Datos	Responsable	Universo/ Muestra	Periodicidad
Porcentaje de partos normales atendidos en los que se preguntó la preferencia de la madre y se la atendió en la posición preferida para dar a luz	No. de encuestas aplicadas en las que en los partos normales se preguntó la preferencia de la madre y se la atendió en la posición preferida para dar a luz x 100 Total de encuestas aplicadas	Resultado de la Encuesta	Total de encuestas realizadas	Aplicación de la Encuesta de satisfacción	Comité de usuarias Organizaciones de la comunidad Estudiantes de colegios	20 encuestas	Trimestral

Brecha Cultural: Información a la paciente

¿Qué estamos tratando de lograr?: Lograr que el 100% de las usuarias que acuden a dar a luz al Hospital reciban información adecuada durante la atención del parto.

Indicador	Formula	Fuente del Numerador	Fuente del Denominador	Técnica de Recolección de Datos	Responsable	Universo/ Muestra	Periodicidad
Porcentaje de mujeres que recibieron información adecuada durante la atención del parto	$\frac{\text{No. de encuestas aplicadas en las que las usuarias recibieron información adecuada durante la atención del parto}}{\text{Total de encuestas aplicadas}} \times 100$	Resultado de la Encuesta	Total de encuestas realizadas	Aplicación de la Encuesta de satisfacción	Comité de usuarias Organizaciones de la comunidad Estudiantes de colegios	20 encuestas	Trimestral

- Es necesario determinar de manera clara cuál será la fuente de información para el indicador. (Ejemplo: encuesta de satisfacción, historia clínica, libro de partos, etc.)
- La técnica a usarse para recoger la información debe ser factible (Ejemplo: aplicación de encuesta, registro de egreso hospitalario, revisión del libro de partos, etc.)

Consejos para facilitar

Usualmente la encuesta es la técnica de recolección de información más empleada para conocer la satisfacción de los/as usuarios/as con los servicios recibidos. Sin embargo, si el equipo decide que la TÉCNICA de recolección de datos debe ser una encuesta de satisfacción, es necesario tener en cuenta algunas consideraciones importantes que presentamos al final de este manual.

Trabajo de Grupos N° 2: Elaboración de propuestas de intervención para modificar la atención del parto, aplicando la metodología de ciclos rápidos.

 1 hora

Para este trabajo de grupos, nuevamente se reúnen los mismos Equipos de Adecuación Cultural. Estos grupos deben elaborar propuestas de intervención para modificar la atención del parto, aplicando la metodología de ciclos rápidos, según la siguiente guía de trabajo.



GUÍA DE TRABAJO

Elaboración de propuestas de intervención

Lea cuidadosamente esta guía.

Objetivo

Aplicar la metodología de Adecuación Cultural de la atención del parto a través de ciclos rápidos, para elaborar propuestas de intervención que modifiquen la atención del parto.

Metodología

1. Nombre un/a conductor/a que guíe el trabajo de grupo.
2. Nombre un/a secretario/a relator/a que apunte lo que se dice, haga un resumen y luego presente en la plenaria.
3. Después de haber escogido por consenso una brecha prioritaria a ser adecuada culturalmente,

cada equipo de Adecuación Cultural deberá responder las siguientes preguntas:

1. ¿Qué estamos tratando de lograr? El equipo deberá enunciar con metas numéricas (que puedan ser medibles) el objetivo que se propone.
2. ¿Qué cambios podemos hacer en el proceso para alcanzar el objetivo que queremos lograr? Es una pregunta clave para el equipo. El proceso de atención escogido debe ser analizado de forma minuciosa para detectar las deficiencias, luego deberán pensar en propuestas concretas de cambios basándose en la experiencia y conocimientos de cada uno de los miembros del Equipo. Para ello, el Equipo además debe reflexionar si el cambio es o no factible de aplicar en el sistema de atención actual.

Notas

Para hacer este trabajo de grupo los participantes tienen 1 hora, luego se hará la presentación de los resultados en la plenaria. Para registrar sus respuestas pueden apoyarse en la siguiente matriz.

¿QUÉ ESTAMOS TRATANDO DE LOGRAR? (OBJETIVO):

¿QUÉ CAMBIOS PODEMOS HACER EN EL PROCESO PARA ALCANZAR EL OBJETIVO QUE QUEREMOS LOGRAR? (IDEAS DE CAMBIO):

DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN LA ATENCIÓN:	IDEAS DE CAMBIO:

GUÍA DE TRABAJO

(para el personal de salud y representantes de gobiernos locales)

Desarrollar indicadores para la medición

Lea cuidadosamente esta guía.

Objetivo

Desarrollar indicadores para medir los cambios que han sido propuestos para mejorar la atención del parto en los servicios, y de esta manera responder a las necesidades culturales de las usuarias.

Metodología

1. Nombre un/a conductor/a que guíe el trabajo de grupo.
2. Nombre un/a secretario/a relator/a que apunte lo que se dice, haga un resumen y luego presente en la plenaria.
3. El grupo desarrollará un indicador para medir el ciclo rápido que se ha plateado en el anterior trabajo de grupos. Para ello el equipo debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:
 - a. Definir cuál es la medida (promedio, porcentaje, número) que nos permitirá observar de manera adecuada lo que deseamos medir.

- b. En la fórmula para medir el indicador, debe haber un numerador y un denominador. El evento escogido para el numerador siempre está incluido en el denominador. Ejemplo:

Número de partos (vía vaginal) atendidos en un mes, en los que se preguntó a la madre en qué posición quería dar a luz, y se la atendió en dicha posición.

_____ x 100

Total de partos (vía vaginal) atendidos durante el mismo periodo

- c. Determinar de manera clara cuál será la fuente de información para el indicador (ejemplo: encuesta de satisfacción, historia clínica, libro de partos, etc.)
- d. La técnica a usarse para recoger la información debe ser factible (aplicación de encuesta, registro de egreso hospitalario, registro de libro de partos, etc.)

Notas

Para hacer este trabajo de grupo los participantes tienen 30 minutos, luego se hará la presentación de los resultados en la plenaria. Para registrar sus respuestas pueden apoyarse en la siguiente matriz.

3. ¿CÓMO SABREMOS QUE UN CAMBIO REALIZADO PRODUJO UNA MEJORA EN LA ADECUACIÓN CULTURAL? (INDICADORES)

Indicador	Fórmula	Fuente del Numerador	Fuente del Denominador	Técnica de Recolección de Datos	Responsable	Universo/ Muestra	Periodicidad

GUÍA DE TRABAJO

(para las usuarias, parteras y promotores)

Planificar la aplicación de la encuesta de satisfacción

Lea cuidadosamente esta guía.

Objetivo

Planificar cómo se van a aplicar la encuesta de satisfacción para medir los indicadores.

Metodología

1. Nombre un/a conductor/a que guíe el trabajo de grupo.
2. Nombre un/a secretario/a relator/a que apunte lo que se dice, haga un resumen y luego presente en la plenaria.
3. El grupo deberá proponer los temas básicos sobre los que se debe preguntar a las usuarias.

4. El grupo deberá proponer personas u organizaciones de la comunidad para aplicar las encuestas de satisfacción a las usuarias que han acudido a la atención de su parto en el servicio de salud. Estas personas pueden ser los propios promotores comunitarios de salud, o brigadistas del Equipo de Adaptación Cultural, o en su defecto, pueden ser estudiantes de colegios, comités de usuarias, o alguna otra organización de mujeres de la comunidad.
5. Para hacer este trabajo de grupo los participantes tienen 30 minutos, luego se hará la presentación de los resultados en la plenaria. Para registrar sus respuestas pueden apoyarse en la siguiente matriz.

Consejos para anotar

- ✓ Es tarea del/la facilitador/a diseñar una sencilla encuesta basándose en los resultados de este trabajo de grupo.
- ✓ También deberá contactar y capacitar a las personas u organizaciones que han sido propuestas por los miembros de este grupo, para aplicar la encuesta.

Temas o preguntas que se tratarán en la encuesta

1.

2.

3.

4.

5.

Personas u organizaciones propuestas para aplicar la encuesta

Contactos: (nombres, dirección, telf.)

Presentación plenaria

🕒 30 minutos

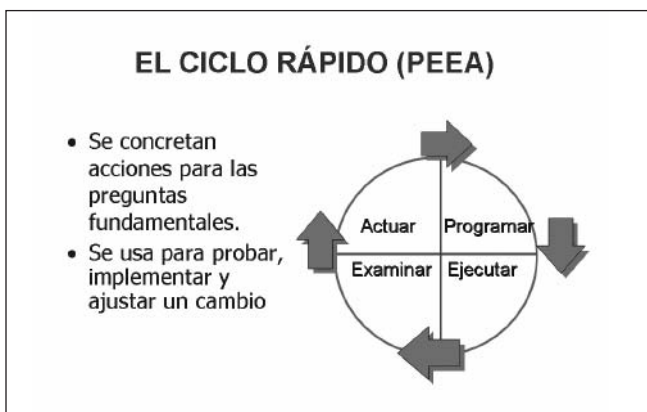
La persona designada como relatora del primer grupo debe exponer brevemente el indicador que su grupo ha propuesto para medir el progreso del cambio. A continuación, la persona designada como relatora del segundo grupo debe presentar la propuesta para la aplicación de la encuesta de satisfacción que medirá el indicador.

Presentación de la segunda parte de la metodología de ciclos rápidos para la adecuación cultural

🕒 20 minutos

Una vez respondidas las preguntas fundamentales, el CICLO RÁPIDO (Programar, Ejecutar, Examinar, Actuar) permite poner en práctica las ideas de cambio planteadas.

El ciclo se usa para probar, implementar y ajustar los cambios que se proponen realizar, mediante el ciclo: Programar – Ejecutar – Examinar – Actuar.



PROGRAMAR

Es una descripción en detalle de cómo se implementará el cambio en el ciclo, incluyendo:

- Las actividades para lograr el cambio
- El lugar dónde se realizarán las actividades
- Cuándo se realizarán las actividades
- Quién/es será/n responsable/s de hacer las actividades

En la fase de programar se deberá incluir:

- El cambio o cambios que se realizarán
- Todas las actividades a desarrollar para que se concreten los cambios
- Dónde se realizarán las actividades
- Cuando se realizarán las actividades, y
- El responsable de ejecutar cada una de las actividades.

EJECUTAR

- Aplicar lo programado
- Capacitar al personal para la ejecución
- Documentar problemas y observaciones



La fase de “ejecutar” constituye la puesta en práctica de los cambios y actividades que han sido programadas en el paso anterior.

Para la fase de ejecutar será necesario capacitar al personal que desarrollará los cambios propuestos, así como también documentar problemas que se presenten y realizar observaciones pertinentes a la ejecución de lo programado.

Es conveniente que el ciclo rápido de prueba se realice a pequeña escala, esto significa en un ambiente pequeño, con un número pequeño de personas que ejecutarán el cambio, y en un tiempo corto (no más de dos a tres semanas). Esto permite al equipo valorar si los cambios que se programaron realmente dan el resultado de mejoramiento deseado, sin afectar a toda la Unidad de Salud o un servicio extenso de ésta, y sin hacer uso ineficiente de recursos.

Se recomienda también que el Equipo realice un ejercicio de simulación de las actividades del cambio, lo que permitirá concienciar sobre la propuesta que se está queriendo probar. Otra recomendación para el equipo es la consulta o presentación de la propuesta del cambio a personas que conozcan sobre el mismo.

La presente matriz ayuda a organizar la programación, y permite que el equipo pueda hacer el seguimiento del ciclo programado. (Ejemplo:)

Ideas de cambio	Actividades	¿Dónde?	¿Cuándo?	Responsable
Adecuación física de la sala de partos	Conseguir una colchoneta forrada con plástico para atender el parto vertical	Almacenes de Equipos médicos	23/05/2005	Equipo de Adecuación Cultural
	Adaptar una barra o soporte en la pared de la sala de partos	Sala de Partos	30/05/2005	Equipo de Adecuación Cultural
Capacitación al personal médico para la atención del parto vertical	Capacitación teórico-práctica al personal que atiende partos, por parte de parteras instructoras	Sala de Partos	17/06/2005	Parteras comunitarias del Equipo de Adecuación Cultural
	Conseguir y distribuir al personal el libro del parto vertical del Dr. Osvaldo Cárdenas	Librerías	18/06/2005	Equipo de Adecuación Cultural
	Reuniones de evaluación de las primeras atenciones	Sala de reuniones	20/06/2005	Coordinadora de Área

Trabajo de Grupos N° 3: Elaboración de un plan de trabajo para iniciar la adecuación cultural de los servicios y la humanización en la atención del parto.

 20 minutos

Para este trabajo de grupos se vuelven a reunir los Equipos de Adecuación Cultural conformados por usuarias, parteras, promotores, personal de salud y

representantes de los gobiernos locales. Pues es importante que todos los actores elaboren conjuntamente un plan de trabajo para iniciar la adecuación cultural de los servicios y la humanización en la atención del parto, siguiendo las ideas de cambio propuestas en el trabajo de grupo anterior y según la siguiente guía de trabajo.

Notas

GUÍA DE TRABAJO

Programar un ciclo rápido— plan de trabajo

Lea cuidadosamente esta guía.


Objetivo

Aplicar la metodología de Adecuación Cultural de la atención del parto a través de ciclos rápidos, programando un ciclo rápido con respecto a la brecha cultural seleccionada, para modificar la atención del parto.

Metodología


1. Nombre un/a conductor/a que guíe el trabajo de grupo.
2. Nombre un/a secretario/a relator/a que apunte lo que se dice, haga un resumen y luego presente en la plenaria.
3. Cada Equipo de Adecuación Cultural programará un ciclo rápido de cambios (a ser ejecutados en un plazo corto de 2 a 3 semanas) que responda a las ideas de cambio propuestas en el trabajo de grupos anterior.
4. Para hacer este trabajo de grupo los participantes tienen 20 minutos. Luego se hará la presentación de los resultados en la plenaria. Las respuestas pueden ser registradas en la siguiente matriz.

Presentación plenaria

 15 minutos

Las personas designadas como relatoras de los diferentes grupos deben presentar los planes de trabajo para modificar la atención del parto, que deberán cumplirse antes del tercer taller.


Compromisos para el tercer Taller

 10 minutos

Acuerde junto con los participantes la agenda (fechas) para el Tercer Taller y para las reuniones de evaluación y seguimiento intermedias. Señale la importancia de que éste sea un proceso sostenido con que hay que

comprometerse a participar para darle continuidad. Para ello, los asistentes no deben dejar de asistir a las reuniones ni al siguiente taller, pues es muy importante que las mismas personas que participaron y desarrollaron los objetivos y los planes de trabajo del segundo taller, participen en los compromisos del tercero.

Cierre

 5 minutos

Recalque la importancia del trabajo de este Segundo taller, manifestando que una vez programados los ciclos rápidos de Adecuación Cultural, el principal objetivo del Tercer taller será conocer los logros y dificultades en el primer ciclo de adecuación, para realizar ajustes y/ o programar nuevos ciclos rápidos. Además se iniciará la medición de los indicadores para saber si estamos logrando mejoras. De esta manera se agradece la participación de todos, y se concluye el Segundo Taller.

Consejos para anotar

- ✓ No olvide solicitar a los relatores de cada wquipo las matrices de los trabajos de grupos, pues estos son necesarios para ayudar a realizar ajustes y/o programar nuevos ciclos rápidos en el Tercer Taller.

TALLER N°3:

Ajuste y seguimiento de los ciclos rápidos de cambio y adaptación cultural

Objetivo

Garantizar el seguimiento y el ajuste de los cambios en la atención del parto en los servicios de salud, con la participación de todos los actores.

Objetivos específicos

1. Evaluar el progreso de los ciclos rápidos que están en marcha.
2. Identificar los elementos favorecedores al cambio y los elementos de resistencia al mismo.
3. Ajustar el diseño de los ciclos rápidos y las actividades con el aporte colectivo, definir estrategias de manejo de la resistencia al cambio.
4. Desarrollar mecanismos para la continuación y ampliación del proceso HACAP (recomendaciones para ciclos rápidos progresivos)

Participantes

1. Personal de salud (Equipos de Mejora Continua de Calidad)
2. Usuaris organizadas de los servicios de salud
3. Parteras/os tradicionales y/o promotores/as de salud
4. Representantes de los gobiernos locales



Contenidos

¿Por qué estamos aquí?

🕒 10 minutos

Luego de dar la bienvenida a los participantes, realice una breve introducción sobre las razones por las que se desarrolla esta iniciativa y el método que la caracteriza. Presente brevemente, los objetivos, la metodología y el formato del taller: actividades, horarios, almuerzo, etc. Discuta y defina con el grupo los acuerdos de convivencia: respetar los horarios, los turnos para intervenir, oír las opiniones de todos, etc.

Para conocernos más

🕒 20 - 30 minutos


Antes de iniciar el taller, realice una dinámica para que todos los participantes se conozcan mejor. Puede motivar a los participantes para que se presenten a sí mismos y compartan sus expectativas, así como sus impresiones acerca del Segundo Taller de Humanización – Adecuación Cultural de la Atención del Parto.

Recapitulación del Segundo Taller de Humanización – Adecuación Cultural de la Atención del Parto

 30 minutos

Realice un breve resumen de las principales actividades desarrolladas en el Segundo Taller, haciendo énfasis en los resultados que se obtuvieron en los trabajos de grupo, donde se elaboraron propuestas de intervención para modificar la atención del parto de modo que responda culturalmente a las necesidades de las mujeres y sus familias. Recalque la importancia del trabajo del Segundo taller, manifestando que una vez programados los ciclos rápidos de cambio, el principal objetivo del presente taller será hacer un seguimiento y ajuste a los cambios en la atención del parto en los servicios de salud, con la participación de todos los actores.

Exposición de experiencias y discusión plenaria de la implementación de los ciclos rápidos de cambio: logros y dificultades


 1 hora

Cada Equipo debe exponer sus experiencias con la implementación de los primeros ciclos rápidos de Adecuación Cultural, explicando brevemente cuáles han sido los logros en este proceso, y si fuera el caso, las razones por las que han tenido dificultades en implementar alguna actividad.

Luego de cada una de las exposiciones motive a los demás participantes a compartir sus opiniones, ideas y sugerencias para resolver las dificultades de cada equipo o para imitar los logros de los demás equipos. Explique que es normal que se genere resistencia al cambio, así como la necesidad de que el Equipo de Adecuación Cultural identifique estrategias para superarla.



Trabajo de Grupos N° 1: Ajuste de ciclos rápidos de cambio para la adecuación cultural de los servicios para la atención del parto.

 1 hora

Para este trabajo de grupos, se reúnen nuevamente los Equipos de Adecuación Cultural conformados por representantes de todos los actores participantes. Estos Equipos, que en el taller anterior programaron los ciclos rápidos de Adecuación Cultural, ahora deben ajustar los ciclos en donde han tenido dificultades, proponiendo nuevas ideas de cambio y/o programando nuevas actividades, tomando en cuenta los aportes del diálogo colectivo previo y los aspectos propuestos en la siguiente guía de trabajo.



GUÍA DE TRABAJO

Ajustar un ciclo rápido

Lea cuidadosamente esta guía.

Objetivo


Ajustar los ciclos rápidos de adecuación cultural de la atención del parto proponiendo nuevas ideas de cambio y/o programando nuevas actividades.

Metodología

1. Nombre un/a conductor/a que guíe el trabajo de grupo.
2. Nombre un/a secretario/a relator/a que apunte lo que se dice, haga un resumen y luego presente en la plenaria.
3. Cada Equipo de Adecuación Cultural ajustará el ciclo rápido (que pueda ser ejecutado en corto plazo: 2 a 3 semanas) en el que han hallado dificultades, tomando en cuenta los siguientes aspectos:
 - a. ¿Cuáles fueron las dificultades o impedimentos para ejecutar el ciclo planteado?
 - b. ¿Cómo se manifestó la resistencia al cambio?
 - c. ¿Es posible superar estas dificultades planteando otras actividades, o es necesario pensar en nuevas ideas de cambio?
4. Para hacer este trabajo de grupo los participantes tienen 40 minutos, luego se hará la presentación de los resultados en la plenaria. Para registrar sus respuestas pueden apoyarse en la siguiente matriz.

Ideas de cambio	Actividades	¿Dónde?	¿Cuándo?	Responsable

Receso - Café


 15 minutos

Presentación plenaria

 20 minutos

Las personas designadas como relatoras de los grupos deben presentar el ajuste de sus planes de trabajo para modificar la atención del parto, exponiendo brevemente las respuestas a las preguntas planteadas en la guía de trabajo.

¿Cómo sabemos si los equipos están logrando Cambios?: Exposición de resultados de la primera medición de indicadores

 30 minutos

Una persona representante del grupo conformado por las usuarias, parteras y promotores comunitarios de salud que en el taller anterior planificó la aplicación de la encuesta de satisfacción para medir los indicadores,

EXAMINAR

- Medir el indicador y comparar con lo esperado
- Discutir los resultados de los cambios implementados
- Resumir lo aprendido



deberá exponer los resultados que han arrojado las encuestas realizadas a las usuarias atendidas en el servicio de salud.


Los resultados de la primera medición constituyen una línea de base, sobre la cual se van comparando los avances logrados con la implementación de sucesivos ciclos de cambio y con la medición periódica de los indicadores.

En esta etapa el Equipo debe comparar el resultado obtenido de la primera medición del indicador diseñado, con sucesivas mediciones si es que éstas ya se han realizado, de acuerdo al objetivo que se ha formulado. Además en ese momento se debe discutir en conjunto los resultados obtenidos con la implementación del cambio, se debe interpretar que quieren decir los resultados de las encuestas, y resumir lo aprendido.

Almuerzo

 45 minutos

ACTUAR




- Resolver situaciones inmediatas
- Documentar y estandarizar lo positivo
- Capacitar en nuevos métodos del proceso
- Reflexionar sobre lo aprendido
- Volver al paso inicial (programar)
 - El cambio funciona bien: expandir el cambio
 - El cambio funciona pero necesita ajustes : ajustar el cambio
 - El cambio no funciona: Otra idea de cambio

- Si el cambio funciona bien, se realizará un nuevo ciclo para expandir el mismo cambio a mayor escala.
- Si el cambio funciona, pero necesita ajustes, se realizará un nuevo ciclo rápido ajustando el cambio de acuerdo a las necesidades de la experiencia previa.
- Si el cambio no funciona o no produce los resultados esperados, se programará otra idea de cambio, ya que con la que se ejecutó no se logró los efectos esperados.

Es importante tener en cuenta que para poder mejorar un proceso de atención, es necesario hacer cambios, pero no todos los cambios producen mejoramiento. Por esta razón es necesario probar y estudiar las ideas de cambio antes de implementarlas en toda la Unidad o Sistema de Salud.

Así por ejemplo, vemos en la transparencia que la persona que quiere cambiar tiene varios modelos de som-

El mejoramiento requiere cambios, pero no todo cambio es un mejoramiento.
El cambio debe ser probado y estudiado antes de ser implementado



Presentación: Recomendaciones para el ciclo rápido progresivo

 30 minutos

Una vez que han sido construidos los indicadores, el Equipo cuenta con los elementos necesarios para desarrollar el ciclo rápido de manera progresiva. Para ello, la última fase del ciclo rápido propone resolver las situaciones inmediatas que se presenten, así como realizar la documentación necesaria para explicar cómo se ha llevado adelante el proceso, reflexionar sobre lo aprendido y finalmente volver al paso inicial (programar), de acuerdo a los siguientes resultados:

breros, los cuales se prueba para buscar cuál le permite mejorar su apariencia. Lo mismo ocurre en los servicios de salud: se tienen muchas alternativas de cambio pero es necesario probarlas para implementar la que mejor resultados nos brinda.

Las ideas de cambio pueden ser sucesiva y progresivamente más complejas.

La ejecución de los ciclos rápidos para probar o desarrollar un cambio permite lo siguiente:

- Brindan oportunidad de realizar pequeñas pruebas, que si llegan a fracasar no tendrán un impacto sobre el desempeño global de la Unidad de Salud.

- Permiten documentar cuánto sería el mejoramiento que se podría esperar, una vez que se haya implementado el cambio.
- Ayudan a adaptar el cambio a las condiciones del ambiente local.
- Permiten evaluar costos y efectos secundarios del cambio.

INSTITUCIONALIZAR EL CAMBIO

- Es necesario desarrollar todos los soportes en el proceso para mantener el cambio en forma permanente
- Genera gran expectativa por ver mejoras y no fracasos
- A mayor alcance del cambio, habrá que vencer mayor resistencia

- Reducen al mínimo la resistencia al cambio para cuando se realice la implementación a gran escala del nuevo proceso con los cambios.

Los ciclos rápidos que se realizan en forma sucesiva permiten lo siguiente:

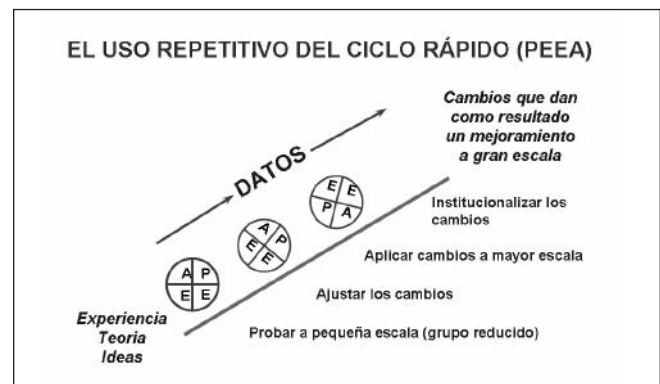
- Ajustar y probar los cambios de manera progresiva.
- Recoger datos útiles durante cada ciclo.
- Incluir una gama más amplia de situaciones en cada uno de los ciclos que se ejecutan progresivamente.
- Cada ciclo desarrollado mejora la aceptación o el consenso para la implementación a mayor escala del nuevo proceso con los cambios.

Una vez que el equipo ha probado el cambio que programó, con la obtención de resultados positivos, podrá dar el siguiente paso que es la institucionalización del nuevo proceso que incluye el cambio ya probado. Para ello el equipo deberá tomar en cuenta lo siguiente:

- Desarrollar todos los soportes, como logística de insumos, y los procesos administrativos para que el proceso pueda mantenerse (con el cambio) en forma permanente.
- El nuevo proceso genera gran expectativa en todo el personal del servicio de salud por ver mejoras y no fracasos.

- A mayor alcance del cambio, habrá que vencer mayor resistencia al mismo, ya que el cambio afecta a todo el personal del servicio de salud, en este caso un factor importante es la comunicación que el Equipo realice en torno al nuevo proceso.

En la transparencia que presentamos a continuación se resume el proceso que lleva adelante la Adecuación



Cultural de la atención del parto a través de ciclos rápidos.


Partiendo de los conocimientos, experiencia, la teoría y la ciencia, se inicia el proceso y se realizan varios ciclos rápidos que pueden resumirse de la siguiente forma:

1. El primer ciclo es el de prueba, a pequeña escala, por tanto con un grupo reducido.
2. El segundo ciclo será de ajustes de los cambios, de acuerdo a las experiencias obtenidas en la realización del primero, o e regreso al primer ciclo de prueba con una nueva idea de cambio en caso de que el cambio propuesto no funcione.
3. El tercer ciclo rápido constituye la aplicación del cambio a mayor escala, para ajustar los detalles necesarios antes de implementar el cambio en toda la Unidad de Salud.
4. Puede existir o darse un mayor número de ciclos rápidos, lo que el Equipo requiera hasta que perciba que el nuevo proceso puede aplicarse a gran escala en la Unidad o Sistema de Salud.
5. Finalmente una vez probado el nuevo proceso, se realizará todos los trámites administrativos necesarios para mantener el proceso en forma definitiva.

Durante todo el proceso se recogerá y analizará los datos necesarios para cada ciclo rápido de Adecuación Cultural de la atención del parto.

En cada ciclo rápido se logra un mejoramiento en la atención del parto para adecuarlo a las necesidades y expectativas de las usuarias y sus familias. Sin embargo siempre queda algo por mejorar, o una vez mejorado un proceso se puede iniciar la misma metodología de mejoramiento con ciclos rápidos con otros procesos de atención que requieran ser mejorados.

Compromisos para el seguimiento y Cierre

 10 minutos

Elabore junto a los participantes la agenda (fechas) para las reuniones de evaluación y seguimiento. Recalque el valor del trabajo realizado por todos los participantes a lo largo de estos tres talleres, y señale la importancia de que éste sea un proceso sostenido al que hay que comprometerse en participar para darle continuidad. Para ello, los Equipos de Adecuación Cultural que se han formado y trabajado a lo largo de estos tres talleres deben reunirse periódicamente a fin de desarrollar nuevos ciclos rápidos hasta lograr completar el objetivo de Humanizar-Adecuar culturalmente la Atención del Parto de modo que responda a las necesidades y expectativas de las usuarias y sus familias. De esta manera se agradece la participación de todos, y se concluye el Tercer Taller.

Metodología para elaborar encuestas de satisfacción

La encuesta es una técnica de recolección de información empleada para conocer la satisfacción de los/as usuarios/as con los servicios recibidos, pues sus datos recogen la opinión sobre la asistencia recibida, tras el proceso de atención. Sin embargo, antes de aplicar una encuesta es necesario tener en cuenta algunas consideraciones importantes que exponemos a continuación.

¿Cómo se debe elaborar la encuesta?

Primero se debe definir de manera adecuada lo que deseamos conocer. Las preguntas deberán tratar de averiguar lo que las usuarias opinan sobre la atención de su parto, y así saber si el objetivo planteado por el Equipo de Adecuación Cultural se ha cumplido o no. De esta manera, se debe elaborar un banco de preguntas concretas (entre 5 y 10), que abarquen de manera general todos los aspectos puntuales que se desean conocer. Estos aspectos a conocer deben ser aquellos que son importantes para las usuarias, por lo cual la encuesta debe ser elaborada en conjunto con ellas.

Las preguntas deben ser cerradas, es decir que deben generar una respuesta corta (SI/NO), o una escala de valores (bueno, regular, malo). Si fuera necesario, se deberán traducir las preguntas al Kichwa, con la ayuda de las usuarias o parteras indígenas del Equipo.

¿Quién debe encuestar?

Las encuestas de satisfacción deben ser realizadas por personas ajenas al servicio de salud, ya que es posible que la usuaria responda en forma positiva por complacer a la encuestadora (si es de la Unidad de Salud) o porque teme que no se le presten servicios en el futuro. Para evitar este sesgo se recomienda que la encuesta la realicen personas del comité de usuarias, o de organizaciones de la comunidad, estudiantes de colegios, estudiantes universitarios, voluntarios/as, promotores de salud u otras personas que deberán ser capacitadas en el uso del instrumento y la metodología para aplicar la encuesta. También se debe tomar en consideración que es posible que las señoras encuestadas se sientan incómodas si el encuestador es un varón. De ser este el caso, es mejor que la persona que encuesta sea mujer.

Durante la aplicación de la encuesta se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Saludar a la persona que se va a encuestar e identificarse.
- Explicar brevemente los objetivos de la encuesta y enfatizar que es anónima por lo que no es necesario dar sus nombres.
- Consultar a la usuaria si acepta ser encuestada.
- Realizar las preguntas de la encuesta leyéndolas en forma clara y, si es necesario, explicar la pregunta sin influenciar sobre la respuesta.
- Agradecer por la información y el tiempo otorgados por la usuaria y enfatizar que ésta se utilizará para mejorar el servicio.

APLICACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

- **A quién encuestar**
 - Usuaris que acaban de recibir la atención
 - Preferible en forma aleatoria, NO usuarias especiales (conocidas, viven cerca, jóvenes)
- **En dónde encuestar**
 - En un lugar cómodo, alejado de otros usuarios y del personal, cerca de la salida del establecimiento
- **En qué momento encuestar**
 - Los días de mayor demanda
 - Antes de que la usuaria abandone la Unidad de Salud

¿A quién se debe encuestar?

Se encuestará a usuarias que han recibido atención del parto en el servicio de salud. La encuesta debe ser aleatoria, es decir, NO se debe seleccionar a las encuestadas porque sean personas conocidas para el encuestador, vivan cerca, sean jóvenes o cualquier otra característica que aparentemente favorezca la realización de la encuesta.

¿En qué momento y en dónde se debe encuestar?

Es mejor realizar la encuesta en el domicilio de las usuarias que hayan dado a luz en el hospital o centro de salud, en el mes anterior a la encuesta.

APLICACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

- **Cuántas encuestas**
 - Muestra que permita ver la percepción de las usuarias acerca del servicio (20 encuestas)
 - NO se trata de una muestra con significancia estadística
- **Tabulación de la encuesta**
 - Cada línea representa la encuesta de una usuaria
 - Al final se obtiene el porcentaje de usuarias satisfechas
 - Cada columna representa una dimensión de la calidad
 - Se obtiene el porcentaje de satisfacción en cada dimensión

¿Cuántas encuestas se debe aplicar?

Lo que interesa es conocer las percepciones u opiniones de las usuarias acerca del servicio, no obtener una muestra con representatividad estadística. Dependiendo del número de partos que se atienden en la Unidad de Salud, se recomienda realizar aproximadamente 20 encuestas trimestralmente.

Tabulación de la encuesta

El instructivo y el instrumento que presentamos a continuación a manera de ejemplo, sirven para la aplicación de las encuestas y para su procesamiento.

Cada línea en forma horizontal (filas) en la que se anotan las respuestas, representa la encuesta de una usuaria. Si se tabula en forma horizontal se obtiene al final el porcentaje de respuestas positivas y negativas que determinan si la encuestada estuvo satisfecha o no con la atención de su parto.

Cada una de las preguntas registradas en forma vertical (columnas) representa un aspecto o dimensión del indicador que deseamos medir, según los ejemplos que hemos contemplado a lo largo de este manual. Si se tabula en forma vertical se obtiene al final el porcentaje de satisfacción de cada pregunta o variable entre todas las usuarias encuestadas. Para obtener el porcentaje total de usuarias satisfechas se promedia entre el total de la tabulación horizontal y el total de la tabulación vertical.

La siguiente matriz demuestra la forma cómo se puede procesar las encuestas. (Ejemplo 1):

Encuesta de Satisfacción (Variable trato)

Provincia _____ Área de Salud _____ N° _____

Unidad Operativa _____ Fecha de la medición _____

Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

Instructivo:

1. Realice la medición de este indicador en forma trimestral.
2. La muestra de este indicador será de 20 encuestas.
3. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
4. Las encuestas se deberán aplicar a las usuarias que fueron atendidas su parto (abdominal y vaginal) en la Unidad de Salud.
5. Se recomienda aplicar esta encuesta antes de que la usuaria abandone la Unidad de Salud y los días de mayor demanda.
6. La encuesta se realizará de acuerdo a las preguntas del instrumento en sentido horizontal y se registrará la respuesta en el casillero correspondiente, según la calificación obtenida en cada pregunta. En la primera columna se encuentra registrado el número de encuesta a ser aplicada (cada línea es una encuesta).
7. Cada pregunta tiene dos opciones de respuesta (SÍ / NO) con un puntaje establecido para cada respuesta, solamente la pregunta # 6 tiene tres opciones de respuesta (Bueno, Regular o Malo) cada opción tiene su puntaje.

Notas

Instrumento de recolección de datos:

N° de encuesta	Pregunta: ¿Cómo le trataron en la atención de su parto? :												Puntaje total cada encuesta	
	(1) ¿Le trataron por su nombre?		(2) ¿Le tutearon y/o le trataron con diminutivos?		(3) ¿Le gritaron y/o le insultaron?		(4) ¿ Le trataron con prepotencia y/o le dieron ordenes?		(5) ¿Se sintió discriminada, y/o le dieron preferencia a otras personas?		(6) El trato que recibió en la atención de su parto fue:			
	S=1	N=0	S=0	N=1	S=0	N=1	S=0	N=1	S=0	N=1	B=2	R=1	M=0	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
TCP														=
Puntaje Total de encuestas x 100 /20 = Porcentaje total de satisfacción de usuarias														

Encuesta de Satisfacción de Usuarias (Ejemplo 2)

La encuesta que presentamos a continuación, ha sido elaborada por el Equipo técnico del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) para efectos de la investigación operativa sobre la humanización y adecuación cultural de la atención del parto en el Ecuador. Esta encuesta probablemente abarca todos los elementos posibles de la satisfacción de las usuarias. Sin embargo, justamente debido a su amplitud, para procesar las respuestas se requiere la ayuda de una base de datos como SPSS, o NUD*IST. No obstante constituye un valioso instrumento de medición que ponemos a su consideración.

Provincia _____ Cantón _____ Área de salud _____
Unidad Operativa _____ Fecha _____
Encuestador _____ Supervisado por _____

Buenos días/tardes. Mi nombre es _____. Soy parte del Proyecto de Garantía de Calidad, somos un proyecto dedicado a mejorar la calidad de los servicios de salud del Ecuador. Como parte de nuestro trabajo estamos realizando una encuesta con madres que últimamente han dado a luz en [Nombre del centro de salud] para conocer sobre la atención que recibieron y sobre qué tan contentas están con esta experiencia.

Lo que usted nos diga no se contará a nadie y tampoco vamos a registrar su nombre. Sus respuestas pueden ayudar a mejorar la atención del parto en [Nombre del centro de salud] y en otros centro de salud del país; y beneficiar a muchas madres para que les atiendan mejor en sus próximos partos. Todas sus respuestas son aceptadas y respetadas, porque lo que nos interesa es conocer su opinión. La encuesta tardará unos pocos minutos.
¿Le gustaría ayudar con estas preguntas?

Espera la respuesta de ella. Si es negativa, agradecerle por su tiempo y despedirse.
Si es afirmativa, sigue con la próxima parte.

Muy bien, Vamos a empezar con unas preguntas sobre Ud. y su bebé.

1. ¿Ya tiene nombre su bebé?

2. Sumado este bebé, ¿Cuántas veces ha dado a luz en total?

Si la encuestada ha tenido 2 ó más partos ? → 3

Si la encuestada ha tenido 1 solo parto ? → 4

3. De todos los partos, ¿cuántos han sido en la casa y cuantos en un hospital o centro de salud?

No. partos en la casa _____

No. partos institucionales _____

4. ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud.? _____

(En caso que la encuestada no conozca su edad, se puede pedir la cédula para verificar)

5. ¿Ud se considera: mestiza, indígena, negra, blanca, u otro?

- Mestiza [1]
- Indígena [2]
- Negra [3]
- Blanca [4]
- Otro/NS/NR [99]

6. ¿Su estado civil es: casada, soltera, divorciada, unión libre, viuda u otro?

- Casada [1]
- Soltera [2]
- Divorciada/Viuda [3]
- Unión Libre [4]
- Otro [99]

7. Muy bien señora, ahora, quiero hacerle unas preguntas sobre el [nombre del centro de salud]. Cuando Ud. llegó al [nombre del centro de salud] a dar a luz, ¿estaban atendiendo?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

8. Cuando Ud. llegó al [nombre del centro de salud], hubo personal capacitado para atender su parto?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

9. En los días que pasó en el centro de salud, ¿le mandaron a comprar algún medicamento o algo más?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

De ser afirmativo, ¿Cuál?

10. En los días que pasó en el centro de salud, ¿Ud. tuvo que pagar algo?

- Sí [1]
- No [2] ' 12
- NS/NR [99] ' 12

De ser afirmativo: ¿De qué?

11. ¿Ud. estuvo de acuerdo con el pago?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

12. En los días que pasó en el centro de salud, ¿Usted sintió algún tipo de rechazo o maltrato por ser (... Ver respuesta de la pregunta 5)?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

¿Qué pasó?

13. ¿Ud quería que algún familiar o persona de su confianza le acompañe cuando estaba dando a luz?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

De ser afirmativo, ¿Quién?

14. ¿Cuando estaba dando a luz, le acompañó algún familiar o persona de su confianza?

- Sí [1] ' 16
- No [2]
- NS/NR ' 17

¿Quién?

* Encuestadora: Si la respuesta es afirmativa, leer en voz alta el instructivo después de la pregunta 15 antes de seguir con la 16.

15. ¿Porqué no le acompañó nadie cuando estaba dando a luz?

- Estaba sola [1]
- No quise [2]
- No le dejaron entrar [3]
- Otra razón [4]
- NS/NR

Gracias por su información, me está ayudando mucho, ya mismo acabamos. Ahora voy a mostrarle un cartón en el cual va a encontrar dibujadas varias caritas.

Mostrándole a la encuestada siguiente la tarjeta indíquele que en un lado hay una carita muy feliz, muy contenta, o se puede decir, muy alegre; al otro lado, hay una carita muy triste, muy molesta, o quizás muy brava. Entre los dos lados, hay otras caritas que son un poco menos felices o un poco menos tristes.



Quiero pedirle que Ud. me señale qué carita explica o indica mejor como se sintió Ud. en el último parto que dio en [nombre del centro de salud] Recuerde que todas sus respuestas son aceptadas.

16. En caso de que alguien le acompañó cuando estaba dando a luz, ¿Qué carita indica mejor, cómo se sintió Ud. con el trato que recibió su acompañante en el centro de salud?

- | | |
|---|-------------------|
| <i>Muy feliz</i> | <i>Muy triste</i> |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| <input type="radio"/> NS/NR [99] <input type="radio"/> NA [0] | |

17. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió en cuanto a los trámites que Ud. o sus familiares tuvieron que hacer para recibir atención en el centro de salud?

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| <i>Muy feliz</i> | <i>Muy triste</i> |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| <input type="radio"/> NS/NR [99] | |

18. ¿Qué carita indica mejor lo que Ud. sintió en cuanto al tiempo que esperó para ser atendida?

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| <i>Muy feliz</i> | <i>Muy triste</i> |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| <input type="radio"/> NS/NR [99] | |

19. ¿Qué carita indica mejor lo que Ud. sintió con la forma en que le trató el personal del centro de salud?

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| <i>Muy feliz</i> | <i>Muy triste</i> |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| <input type="radio"/> NS/NR [99] | |

20. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió Ud. en cuanto a la intimidad que tuvo durante su parto?

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| <i>Muy feliz</i> | <i>Muy triste</i> |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| <input type="radio"/> NS/NR [99] | |

21. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió Ud. en cuanto al clima dentro de la sala de partos?

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| <i>Muy feliz</i> | <i>Muy triste</i> |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| <input type="radio"/> NS/NR [99] | |

22. ¿Qué carita indica mejor lo que Ud. sintió en cuanto a cómo le abrigaron cuando estaba dando a luz?

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| <i>Muy feliz</i> | <i>Muy triste</i> |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| <input type="radio"/> NS/NR [99] | |

23. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió Ud. con la comida que recibió cuando estaba en el centro de salud?

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| <i>Muy feliz</i> | <i>Muy triste</i> |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| <input type="radio"/> NS/NR [99] | |

24. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió Ud. en cuanto a la limpieza de los servicios higiénicos del centro de salud?

Muy feliz *Muy triste*

1 2 3 4 5 6 7

NS/NR [99]

25. ¿Qué cara representa mejor cómo se sintió Ud. en cuanto a la limpieza de los otros lugares del centro de salud (sala de espera, corredores, etc)?

Muy feliz *Muy triste*

1 2 3 4 5 6 7

NS/NR [99]

Ahora le voy a hacer unas preguntas, en cada una, quiero que me responda con un SI o un NO.

26. ¿El personal del centro de salud hizo alguna cosa que no le gustó o le molestó, cuando Ud. estaba dando a luz?

- Sí [1]
- No [2] ' 28
- Indecisa [3] ' 28
- NS/NR [99] ' 28

De ser afirmativo, ¿Qué cosa?

27. ¿Cree Ud. que era necesario que en el centro de salud le hagan [nombrar cosas desagradables mencionadas] durante el parto?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]
- No aplica [0]

28. ¿Cree Ud. que el personal del centro de salud, tenía la experiencia suficiente para atender su parto?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

29. ¿Alguien del centro de salud le avisó de su salud?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

30. ¿Alguien del centro de salud le avisó sobre como estaba su bebé?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

31. ¿Usted entendió todo lo que le dijeron en el centro de salud mientras daba a luz?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

32. ¿Cree que el personal del centro de salud entendió lo que Ud. dijo durante el parto?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]

33. ¿El personal del centro de salud le preguntó a Ud. en que posición quería dar a luz?

- Sí [1] ' 35
- No [2]
- NS/NR [99]

34. ¿Le habría gustado que le pregunten en qué posición quería dar a luz?

- Sí [1]
- No [2]
- NS/NR [99]
- No aplica [0]

35. ¿Cuando estuvo en el centro de salud, a Ud. le pareció que la atención que le daban era mejor, igual o peor que las otras mujeres?

- Mejor [1]
- Igual [2]
- Peor [3]
- NS/NR [99]

Si la respuesta fue “mejor” o “peor”, pregúntale:
¿Por qué piensa Ud. que le trataron así?

Encuestadora: Antes de continuar, revise las preguntas 2 y 3, para ver el número de partos institucionales; si tiene más de un parto continúe la encuesta, caso contrario pase a la pregunta # 38

36. ¿Ud. ha dado a luz a otros hijos en [nombre del centro de salud]?

- m** Sí [1]
- m** No [2] ' 38
- m** NS/NR [99] ' 38

37. Comparando con sus otros partos, ¿Ud. cree que la atención que recibió en este parto fue mejor, igual o peor que antes?

- Mejor [1]
- Igual [2]
- Peor [3]
- NS/NR [99]

38. ¿Si usted se embaraza nuevamente, daría a luz en [nombre del centro de salud]?

- Sí [1]
- No [2]
- Indecisa [3]
- NS/NR [99]

¿Por qué?

39. Si una vecina le pidiera un consejo sobre donde dar a luz, ¿Ud. le aconsejaría que vaya a dar a luz en este centro de salud?

- Sí [1]
- No [2]
- Indecisa [3]
- NS/NR [99]

¿Por qué?

Muchas gracias por su tiempo y colaboración, me ayudó mucho, sus respuestas son de mucha utilidad para mejorar los servicios de salud. Que tenga un buen día.

Próximos pasos

Con esta publicación, el Ministerio de Salud Pública, la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, QAP y FCI quieren poner la metodología empleada en esta fructífera experiencia de trabajo, a disposición de todas las unidades de salud del país. Queremos también agradecer a todas las personas que han colaborado en esta experiencia piloto y que han puesto su capacidad de escuchar, dialogar, y pensar constructiva y creativamente, al servicio de esta iniciativa.

Quisiéramos también alentar a gerentes de redes de salud, profesionales sanitarios, a proveedores/as tradicionales de salud, usuarios y usuarias de los servicios y líderes comunitarios/as a emprender diálogos orientados a lograr ofrecer una atención del parto respetuosa y sensible a los valores, las necesidades y las expectativas de todas las mujeres. La metodología y herramientas de trabajo aquí presentadas pueden servir para identificar brechas culturales entre la oferta y la demanda de servicios de atención del parto, y para definir e implementar cambios progresivos en los servicios de salud que

permitan facilitar e incrementar el acceso universal a servicios de salud materna.

Nos complace también informar de que a lo largo del año 2006 y 2007 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y QAP están llevando a cabo una nueva investigación operativa para validar y evaluar el impacto de la aplicación de este tercer componente del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE), es decir, la humanización y adecuación cultural de los servicios a las necesidades y requerimientos de las usuarias y sus familiares, en el marco de la promoción de los Sistemas Integrados de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE) como estrategia operativa para reducir la mortalidad materna.

Esta metodología y este manual ya están siendo utilizados por Ministerios de Salud de otros países de la región, como Nicaragua, y deseamos que sirva a todas las personas comprometidas con el logro del Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio, de mejorar la salud materna.

Marzo de 2007

Para recibir más información y para mandar sus comentarios, no dude en ponerse en contacto con nosotros:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Juan Larrea N14-47 y Riofrío
PBX 2972900
Quito – Ecuador
www.msp.gov.ec/web/informacion.asp

Unidad de Aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Santa María E4-333 y Av. Amazonas.
Edificio Tarqui piso 10.
Tel: 02 234-355 / Fax: 02 2 230 704
maternidadgratuita@yahoo.com.mx

Quality Assurance Project

University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Ave., Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
Tel: (301) 654-8338
Fax: (301) 941-8427
jhermida@urc-chs.com
www.qaproject.org

Family Care International Ecuador

Leonidas Plaza N 24 287 y Lizardo
García
Quito, Ecuador
Tel/Fax: (593 22) 558-321
Ecuador@fcimail.org

FCI – Programa para América Latina y el Caribe

588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY
10012 EE UU
Tel: +1 (212) 941-5300
Fax: +1 (212) 941-5563
lac@fcimail.org
www.familycareintl.org

Referencias Bibliográficas

- Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita,
1992 Las wawas del Inka: Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas, Informes de Investigación, N° 2, ILCA, La Paz-Bolivia
- Benítez, Lilyan y Alicia Garcés,
1994 Culturas Ecuatorianas. Ayer y Hoy, Quito, Abya-Yala.
- Buitrón Myriam,
2002 "La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachik mamakunapak sumak yachaycuna", en Buitrón Myriam, et, al, La sabiduría y arte de las parteras, Venecia, Circolo culturale Menocchio.
- Carbonell, Beatriz,
"Cultura y Diversidad en Salud (inuits, kari`ñas, mapuches, saharuies)", Universidad Fasta-S.C. Bariloche, Argentina.
- Chiriguini, María Cristina, María Elina Vitello y Nélide Luna,
2001 "Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen", ponencia del IV Congreso Chileno Antropología, noviembre 2001, Universidad de Chile, en <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1208.html>
- Clark, Margaret,
1970 Health in the Mexican American Culture. Berkeley: Univerity of California.
- Foster, George M.
1987 "On the Origin of Humoral Medicine in Latin America", Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol.1, N° 4 (Dec., 1987), 355-393.
- González, Daniel,
2005 Propuesta Conceptual para la Implementación de la Humanización Adecuación Cultural de la Atención del Parto, Quito, FCI-Ecuador, (mimeo).
- Gri, Gian Paolo,
2002 "Madres y co-madres", en Buitrón Myriam, et, al, La sabiduría y arte de las parteras, Venecia, Circolo culturale Menocchio.
- Hermida, Jorge y Luis Fernando Vieira,
2004 Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial SICOE. Una estrategia operativa para reducir la mortalidad materna, Documento para la discusión, QAP / URC, julio de 2004.
- Junge, Patricia,
2001 "Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica", ponencia del IV Congreso Chileno de Antropología, Noviembre 2001, Universidad de Chile, en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1201.html>
- Lévi-Strauss, Claude,
1987 Antropología Estructural, Barcelona, Edit. Paidós.
- Martínez, María Lorena, Janeth Adela Vaca, Diana P.,
1988 Creencias y costumbres en madres Primi y Multigestas respecto al embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido que demandan atención en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito, PUCE, Tesis de Grado, Facultad de Enfermería.
- Mc Kee, L.
1982 "Los cuerpos tiernos: simbolismo y magia en las prácticas post-parto en Ecuador", América Indígena 42(4): 615-628.
- Nanda, Serena,
1994 Antropología Cultural. Adaptaciones Socioculturales, Quito, Abya-Yala.
- Quezada, Alberto,
1995 "La atención tradicional del parto en la región centro-sur del Ecuador", en La Medicina Tradicional en el Ecuador, Plutarco Naranjo, Ruperto Escaleras, Ed., Quito, Universidad Andina Simón Bolívar, Corporación Editora Nacional.

Suremain, Charles, María Eugenia Gutierrez y Pierre Lefèvre,

2002 El buen uso de lo "cálido" y de lo "frío". La alimentación y sus beneficios percibidos para la salud de la madre y del niño en Bolivia.

Tenesaca, Elvira,

1990 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.

Documentos Institucionales

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Boletín Novedades CLAP No 17, Diciembre 1998.

Documento Básico del Proyecto Colaborativo / Iniciativa regional para la reducción de la mortalidad materna. Proyecto de Garantía de la Calidad QAP/URC-CHS, abril 2003.

Ecuador...Diez años después, Evaluación del cumplimiento de los compromisos del Ecuador en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo 1994, CONAMU – UNFPA Ecuador, Quito, junio 2004.

Endemain 2004, Encuesta demográfica y de Salud Materna e Infantil, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR, Enero 2005.

Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y morbilidad maternas, Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, 26a Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington DC, 23 a 27 de septiembre de 2002.

Herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad, Manual del Facilitador, adaptación realizada por: Dr. Jorge Hermida QAP/URC.

Maternidad sin Riesgos, Hoja informativa preparada por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG).

Organización Mundial de la Salud, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión. Ginebra: OMS, 1992.

Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. OPS, UNFPA, UNICEF, FCI, Population Council, BID, Banco Mundial y USAID, 2003.

Notas

1. Mortalidad Materna Azote Mundial, Documento Informativo preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG).
2. Organización Mundial de la Salud, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión. Ginebra: OMS, 1992.
3. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe.
4. Datos presentados por la Lcda. Lourdes Pazmiño en el taller nacional de intercambio de experiencias sobre la implementación del SICOE y del componente de adaptación cultural para la atención del parto, para la reducción de la mortalidad materna, celebrado en Sangolquí (Ecuador) el 30 y 31 de agosto de 2005.
5. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), UNICEF, USAID, Family Care International (FCI), Population Council, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) conforman el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe. Este Grupo de Trabajo fue constituido en 1999 para apoyar los esfuerzos de los países para lograr la efectiva reducción de la mortalidad materna. Con este fin, promueve y facilita la comunicación y coordinación interagencial tanto a nivel nacional como regional.
6. Endemain 2004, Encuesta demográfica y de Salud Materna e Infantil, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR, Enero 2005.
7. Ecuador...Diez años después, Evaluación del cumplimiento de los compromisos del Ecuador en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo 1994, CONAMU – UNFPA Ecuador, Quito, junio 2004, Pág. 65.
8. Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial SICOE. Una estrategia operativa para reducir la mortalidad materna, Documento para la discusión. Jorge Hermida, y Luis Fernando Vieira, QAP / URC, julio de 2004.
9. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y morbilidad maternas, Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, 26a Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington DC, 23 a 27 de septiembre de 2002.
10. Documento Básico del Proyecto Colaborativo COE / Iniciativa regional para la reducción de la mortalidad materna. Proyecto de Garantía de la Calidad QAP/URC-CHS, abril 2003.
11. Para más información sobre formas de cuidado benéficas y formas de cuidado efectivas o perjudiciales, se recomienda revisar el Boletín Novedades del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) No 17, Diciembre 1998.
12. González Guzmán, Daniel, Propuesta Conceptual para la Implementación de la Humanización Adecuación Cultural de la Atención del Parto, Quito, FCI-Ecuador, Marzo 2005.
13. Benítez, Lilyan y Alicia Garcés, Culturas Ecuatorianas. Ayer y Hoy, Quito, Abya-Yala, 1994, Pág. 8 (Subrayado nuestro)
14. Junge, Patricia, “Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica”, ponencia: IV Congreso Chileno de Antropología, Noviembre 2001, Universidad de Chile, en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1201.html>
15. Ídem.
16. Clark, Margaret, Health in the Mexican American Culture. Berkeley: University of California, 1970, obra referida en: Nanda, Serena, Op. cit., Pág. 25.
17. Serena Nanda Op. cit, Pág. 25.

18. Foster, George M., "On the Origin of Humoral Medicine in Latin America", *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.1, N° 4 (Dec., 1987), Pág. 355. (traducción nuestra)
19. Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita, *Las wawas del Inka: Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*, Informes de Investigación, N° 2, ILCA, La Paz-Bolivia, 1992., Pág. 64.
20. Testimonios vertidos en el sociodrama de la atención del parto en casa, "1° Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto QAP/FCI/DPST", Píllaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (mimeografiado)
21. 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. 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.
22. Testimonio de Luis Alfredo Ashqui, Partero y Promotor de Salud de la Dirección Provincial de Salud Indígena de Tungurahua.
23. Quezada, Alberto, "La atención tradicional del parto en la región centro-sur del Ecuador", en *La Medicina Tradicional en el Ecuador*, Plutarco Naranjo, Ruperto Escaleras, Ed., Quito, Universidad Andina Simón Bolívar, Corporación Editora Nacional. 1995. Pág. 46.
24. Ídem, Pág. 53.
25. Testimonio de una Comadrona de Guamote, Prov. de Chimborazo, en: Buitrón Myriam, "La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachik mamakunapak sumak yachaycuna", en Buitrón Myriam y colaboradores, *La sabiduría y arte de las parteras*, Venecia, Circolo culturale Menocchio. 2002, Pág. 52.
26. Quezada, Alberto, Ídem.
27. Testimonio de María Cristina Tigsi, comadrona de la comunidad Chauzán Totorillas, Guamote Prov. de Chimborazo, en: Buitrón Myriam, Op. cit., Pág. 42.
28. María Cristina Chiriguini, María Elina Vitello y Nélide Luna, "Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen", ponencia del Cuarto Congreso Chileno Antropología, Nov. 2001, Universidad de Chile, en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1208.html>
29. Testimonio de María Concepción Acos, Mujeres Indígenas de Tungurahua. (MIT)
30. Descripción del sociodrama del parto atendido por una partera, "1° Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto", QAP/FCI/DPST, Píllaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (mimeografiado)
31. Testimonio de María Rosa Palomo, Partera de la comunidad Aspatuk Alto – Santa Rosa, Prov. Tungurahua.
32. Buitrón Myriam, Op. cit., Pág. 58.
33. Tenesaca, Elvira, Op. Cit., Pág. 66.
34. Ídem.
35. Ídem, Pág. 59.
36. Tenesaca, Elvira, Op. Cit., Pág. 70.
37. Buitrón Myriam, Op. cit., Pág. 62.
38. Ídem, Pág. 66.
39. Más información sobre el modelo SICOE puede consultarse en www.mortalidadmaterna.org, o en el sitio web de Quality Assurance Project; QAP: www.qaproject.org
40. Herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad, Manual del Facilitador, adaptación realizada por: Dr. Jorge Hermida QAP/URC.